



# Psychologie

8<sup>e</sup> édition

## du développement humain

Diane E. Papalia  
Ruth D. Feldman

Adaptation française  
dirigée par Annick Bève

Nicole Laquerre  
Josée Jacques  
Hélène Baril  
François Gileau  
Geneviève Scavone

Mc  
Graw  
Hill  
Education

CHENELIÈRE  
ÉDUCATION



# Psychologie

## du développement humain

8<sup>e</sup> édition

Diane E. Papalia  
Ruth D. Feldman

**Adaptation française  
dirigée par Annick Bève**

Nicole Laquerre  
Josée Jacques  
Hélène Baril  
François Gileau  
Geneviève Scavone

**Conception et rédaction  
des outils pédagogiques en ligne**

**Julie Benoit**  
Collège La Cité

**Éliane Lafontaine**  
Cégep régional de Lanaudière à Joliette

**Jacinthe Leduc**  
Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

**Geneviève Scavone**  
Cégep régional de Lanaudière à Joliette

**Achetez  
en ligne ou  
en librairie**

**En tout temps,  
simple et rapide!**

[www.cheneliere.ca](http://www.cheneliere.ca)

**Mc  
Graw  
Hill**  
Education

**CHENELIÈRE**  
ÉDUCATION

**Psychologie du développement humain**  
8<sup>e</sup> édition

Traduction et adaptation de : *Experience Human Development, twelfth Edition* de Diane Papalia et Ruth Duskin Feldman  
© 2012 Mc-Graw-Hill (ISBN 978-0-07-803514-2)

© 2014 TC Média Livres Inc.

*Conception éditoriale* : Sylvain Giroux  
*Édition* : Maxime Forcier  
*Coordination* : Julie Garneau  
*Révision linguistique* : Mireille L.-Rousseau  
*Correction d'épreuves* : Annie Cloutier  
*Conception graphique* : Martin Roux  
*Conception de la couverture* : Martin Roux  
*Impression* : TC Imprimeries Transcontinental

Des marques de commerce sont mentionnées ou illustrées dans cet ouvrage. L'Éditeur tient à préciser qu'il n'a reçu aucun revenu ni avantage conséquemment à la présence de ces marques. Celles-ci sont reproduites à la demande de l'auteur ou de l'adaptateur en vue d'appuyer le propos pédagogique ou scientifique de l'ouvrage.

Les cas présentés dans les mises en situation de cet ouvrage sont fictifs. Toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant déjà existé n'est que pure coïncidence.

Le matériel complémentaire mis en ligne dans notre site Web est réservé aux résidents du Canada, et ce, à des fins d'enseignement uniquement.

L'achat en ligne est réservé aux résidents du Canada.

**Catalogage avant publication**  
**de Bibliothèque et Archives nationales du Québec**  
**et Bibliothèque et Archives Canada**

Papalia, Diane E.

[Human development. Français]

Psychologie du développement humain

8<sup>e</sup> édition.

Traduction de la 12<sup>e</sup> édition de : *Experience human development*.  
Comprend des références bibliographiques et un index.

ISBN 978-2-7651-0709-5

1. Psychologie du développement. 2. Psychobiologie du développement.  
i. Feldman, Ruth Duskin. ii. Bève, Annick, 1942- . iii. Titre. v. Titre :  
Human development. Français.

BF713.P3514 2014

155

C2014-940467-0

**CHENELIÈRE**  
**ÉDUCATION**

5800, rue Saint-Denis, bureau 900  
Montréal (Québec) H2S 3L5 Canada  
Téléphone : 514 273-1066  
Télécopieur : 514 276-0324 ou 1 888 460-3834  
info@cheneliere.ca

**TOUS DROITS RÉSERVÉS.**

Toute reproduction du présent ouvrage, en totalité ou en partie, par tous les moyens présentement connus ou à être découverts, est interdite sans l'autorisation préalable de TC Média Livres Inc.

Toute utilisation non expressément autorisée constitue une contrefaçon pouvant donner lieu à une poursuite en justice contre l'individu ou l'établissement qui effectue la reproduction non autorisée.

**ISBN 978-2-7651-0709-5**

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2014  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

1 2 3 4 5 ITIB 18 17 16 15 14

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada (FLC) pour nos activités d'édition.

Gouvernement du Québec – Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres – Gestion SODEC.

## AVANT-PROPOS

Nous avons le grand plaisir de vous présenter la huitième édition du Papalia et Feldman. L'édition précédente a connu un franc succès au sein du réseau collégial, mais il y a toujours place à l'amélioration. Aussi avons-nous tenu compte des précieux commentaires fournis par plusieurs professeurs qui ont utilisé notre manuel.

Dans cette nouvelle édition, la rigueur scientifique est demeurée notre priorité et la structure du contenu a été conservée. Les données statistiques ont été mises à jour et nous avons présenté les résultats de recherches récentes. Nous avons maintenu les mêmes exigences en ce qui concerne la qualité de la langue utilisée, soit la clarté, la précision et l'accessibilité. Les références au contexte québécois et canadien constituant une des forces de notre ouvrage, nous les avons privilégiées. Nous avons aussi accordé une plus grande place aux facteurs sociaux et culturels afin d'offrir une vision plus large de la diversité des influences qui façonnent l'individu. Nous avons également tenu compte davantage de la clientèle du secteur technique, à la fois dans les mises en situation et les exemples choisis, mais aussi en mettant l'accent sur ce qui favorise un développement sain. Enfin, nous avons amélioré la stratégie pédagogique en favorisant beaucoup plus l'intégration et le transfert des apprentissages. Pour ce faire, nous avons mieux relié les exemples concrets à la théorie et aux principes de développement. Nous savons quel défi représente le cours de psychologie du développement humain : couvrir une matière riche, abondante et parfois complexe en trop peu de temps. Pour rendre compte de cette complexité, nous avons mis en évidence la continuité, mais aussi les interactions multiples qui existent entre les différentes dimensions et étapes du développement humain, de la période prénatale jusqu'à la fin de la vie. Nous avons par ailleurs gardé le souci constant de rendre la matière encore plus accessible aux étudiants.

Nous avons maintenu les quatre types d'encadrés présents dans l'édition précédente, mais plusieurs d'entre eux ont été remplacés par des encadrés portant sur des thèmes plus actuels, tandis que les autres étaient mis à jour. Deux nouveaux encadrés « Parole d'expert » ont été ajoutés, l'un portant sur l'attachement et l'autre, sur l'incidence des technologies de l'information et des communications, de plus en plus présentes dans les écoles du Québec. Par ailleurs, les autres encadrés « Paroles d'expert » ont été mis à jour avec la collaboration des chercheurs concernés.

Dans la rubrique « Faites le point », nous avons renforcé l'aspect pédagogique du manuel par l'ajout de questions portant sur des cas concrets, qui favorisent l'intégration et l'application des connaissances. Dans le même esprit, nous avons placé les questions référant à chaque mise en situation à des endroits stratégiques dans chacun des chapitres et les avons identifiées par un symbole facilement repérable. Enfin, la présentation des résumés a été améliorée. Nous sommes donc convaincus d'avoir apporté des améliorations importantes à cette nouvelle édition, qui demeure un outil pédagogique indispensable pour les enseignants comme pour les étudiants, ils y trouveront tout le contenu nécessaire à leur apprentissage.

Annick Bève

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS DE L'ÉDITION ORIGINALE ANGLAISE

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux nombreux amis et collègues qui, par leur travail et leur intérêt pour notre projet, nous ont aidés à clarifier nos idées sur le développement de l'enfant. Nous remercions tout particulièrement Gabriela A. Martorell, du Virginia Wesleyan College, qui a collaboré étroitement avec nous tout au long du processus de révision.

Nous apprécions le soutien indéfectible de notre éditeur. Nous remercions tout spécialement Krista Bettino, qui a guidé les premières étapes de cette nouvelle édition; Alison McNamara, éditrice parraineuse; Dawn Groundwater, directeur du développement; Joanne Butler, éditrice pigiste, dont la supervision assidue a profité à notre projet d'innombrables façons; Carol Mulligan, qui a préparé la bibliographie avec le plus grand soin; Holly Paulsen, responsable de la production et Cassandra Chu, directrice artistique.

Comme toujours, nous apprécions les commentaires de nos lecteurs, grâce auxquels nous continuons d'améliorer *Experience Human Development*.

Diane E. Papalia

Ruth Duskin Feldman

## REMERCIEMENTS DE L'ADAPTATION FRANÇAISE

Cette huitième édition n'aurait pu voir le jour sans la collaboration de plusieurs personnes, auxquelles nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance.

En premier lieu, nous souhaitons exprimer notre gratitude envers les professeurs du réseau collégial, dont les critiques pertinentes et constructives nous ont été d'une aide précieuse et nous ont permis d'améliorer la qualité de ce manuel: Mélanie Beaubien (Cégep de Trois-Rivières), Isabelle Bernard (Cégep de Lévis-Lauzon), Serge Marcotte (Cégep André-Laurendeau), Carmen Martinez (Collège de Rosemont), Marceline St-Pierre-Allaire (Collège de Rosemont) et Nathalie Talon (Cégep Marie-Victorin).

Nous tenons également à souligner la généreuse contribution des chercheurs québécois qui ont accepté de nous accorder des entrevues et de collaborer aux rubriques «Paroles d'expert», soit, par ordre d'apparition dans l'ouvrage: Réjean Tessier (professeur et chercheur à l'école de psychologie de l'Université Laval), Natacha Trudeau (professeure et chercheuse à l'école d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal), Richard Cloutier (professeur retraité de l'école de psychologie de l'Université Laval), George M. Tarabulsy (professeur et chercheur à l'école de psychologie de l'Université Laval), Richard E. Tremblay (professeur émérite au département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheur au centre de recherche de l'hôpital Sainte-Justine), Thierry Karsenti (titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les technologies en éducation et professeur titulaire à l'Université de Montréal), Howard Steiger (professeur et chercheur à l'Université McGill), Francine Duquet (professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal) et Johanne de Montigny (psychologue à l'unité des soins palliatifs du centre universitaire de santé McGill).

Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à toute l'équipe de Chenelière Éducation pour son soutien, son entière collaboration et son professionnalisme. Plus particulièrement, nous tenons à remercier Sylvain Giroux (éditeur-concepteur), Maxime Forcier (éditeur) et Julie Garneau (chargée de projet), ainsi que Mireille Léger-Rousseau (révisseuse linguistique) et Annie Cloutier (correctrice d'épreuves).

# AUTEURES ET ADAPTATEURS

## LES AUTEURES

---

### DIANE PAPALIA

Docteure en psychologie, Diane E. Papalia a enseigné à des milliers d'étudiants du premier cycle de l'Université du Wisconsin à Madison et publié de nombreux articles dans des revues professionnelles, dont la plupart portaient sur son sujet de recherche principal, soit le développement cognitif de l'enfance à la vieillesse.

### RUTH FELDMAN

Ruth Duskin Feldman est une écrivaine et une éducatrice récipiendaire de nombreux prix. Ex-enseignante, elle a développé du matériel pédagogique adapté à tous les niveaux, de l'école élémentaire jusqu'au collège, et préparé les annexes des livres de D. Papalia et S. Olds. Elle a écrit ou coécrit quatre ouvrages grand public. Conférencière reconnue, elle a publié des articles dans une multitude de journaux et de revues et donné de nombreuses entrevues dans les médias nationaux et locaux américains sur l'éducation et sur les enfants surdoués.

## LES ADAPTATEURS

---

### ANNICK BÈVE

Annick Bève est titulaire de certificats de licence de psychologie de l'Université de Lille, en France. Elle détient également un baccalauréat en sciences de l'éducation de l'Université de Montréal. Arrivée au Québec en 1967, elle a commencé la même année à enseigner la psychologie au collège Saint-Ignace et au collège Saint-Viateur, puis au Cégep Ahuntsic, où elle a poursuivi sa carrière jusqu'à sa retraite, en 2002. Durant toutes ces années, elle a donné la plupart des cours de psychologie inscrits au programme, mais plus particulièrement le cours *Psychologie du développement humain*. Elle a collaboré à l'évaluation et à la révision de nombreux manuels de psychologie publiés au Québec et a dirigé deux adaptations en langue française précédentes du livre *Human Development*, de Diane E. Papalia et Sally W. Olds, publiées respectivement en 2005 et en 2010. Annick Bève a signé l'adaptation des chapitres 1, 12 et 13 de cette 8<sup>ème</sup> édition, en plus d'avoir assumé la direction pédagogique de l'ensemble de l'ouvrage.

### NICOLE LAQUERRE

Nicole Laquerre a suivi une formation en psychologie à l'Université de Montréal avant de poursuivre des études supérieures spécialisées en formation à distance à l'Université du Québec. Elle est également détentrice d'un certificat de perfectionnement en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke et a enseigné pendant plus de 30 ans la psychologie au collège de Rosemont. Conceptrice pédagogique de plusieurs cours offerts par le Cégep@distance, dont *Développement de l'enfant et de l'adolescent*, *Psychologie du développement* et *Introduction à la psychologie*, elle a obtenu en 1998, pour le cours *Introduction à la psychologie*, et en 2003, pour le cours *Développement de l'enfant et de l'adolescent*, le Prix d'excellence en conception pédagogique décerné par l'Association canadienne de l'éducation à distance. Nicole Laquerre a assuré l'adaptation des chapitres 2, 3, 5, 7, 8 et 10.

## JOSÉE JACQUES

Détentrice d'une maîtrise en psychologie de l'Université de Montréal, Josée Jacques a aussi obtenu un diplôme de deuxième cycle en études sur la mort ainsi qu'un certificat en pédagogie. Professeure au département de psychologie du collège de Rosemont depuis plus de 25 ans, mais également psychologue en bureau privé, elle est l'auteure de nombreux livres et articles. Josée Jacques a été récipiendaire du Prix du ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie pour l'adaptation du livre *Communiquer et Interagir* en 2013. Elle a aussi reçu une mention d'honneur de l'Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC) en 2011 et de la Fédération autonome du collégial (FAC) en 2008 pour son engagement, son professionnalisme et ses talents de communicatrice. Josée Jacques est l'adaptatrice des chapitres 11 et 14 de cet ouvrage.

## HÉLÈNE BARIL

Titulaire d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Hélène Baril enseigne au collégial et est psychologue en bureau privé depuis 15 ans. Ses travaux de recherche portent principalement sur l'adaptation psychosociale des adolescents lors du passage à l'âge adulte. Elle a également publié plusieurs articles scientifiques liés au développement, lesquels traitent notamment des relations amicales et amoureuses ainsi que de l'incidence du dévoilement de l'homosexualité au sein de la famille. Hélène Baril a adapté le chapitre 9 de cette édition.

## FRANÇOIS GILEAU

Titulaire d'une maîtrise ès arts (M.A) en psychologie de l'Université de Montréal axée sur les stratégies cognitives du traitement de l'information chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, François Gileau a commencé sa carrière de professeur en tant que chargé de cours à l'Université du Québec avant de la poursuivre au niveau collégial. Il a collaboré à plusieurs ouvrages destinés aux étudiants et aux étudiantes du réseau collégial. Il est professeur de psychologie au Cégep de St-Hyacinthe et est responsable depuis plusieurs années des cours de psychologie de l'enfant qui sont donnés dans le programme Technique d'éducation à l'enfance. Son champ d'expertise est le développement cognitif de l'enfant. François Gileau est l'adaptateur du chapitre 4 de cette édition.

## GENEVIÈVE SCAVONE

Geneviève Scavone possède un baccalauréat en psychologie et complète actuellement une maîtrise en psychologie à l'Université de Montréal. Elle détient une expérience en enseignement au Cégep régional de Lanaudière à Joliette pour les cours *Initiation à la psychologie* et *Analyses quantitatives en science humaine* ainsi qu'à l'Université de Montréal à titre d'auxiliaire d'enseignement, notamment pour les cours *Psychologie sociale*, *Psychologie physiologique* et *Relations interpersonnelles*. Elle a participé à diverses publications scientifiques au cours des cinq dernières années à titre d'assistante et de coordonnatrice de recherche en psychologie sociale et en neurosciences. Geneviève Scavone a adapté le chapitre 6 de cette édition.



# CARACTÉRISTIQUES DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage comporte plusieurs caractéristiques favorisant un apprentissage structuré et stimulant.

## En ouverture de chapitre



**CHAPITRE 1**

### Le développement humain : vue d'ensemble et approches théoriques

**PLAN DU CHAPITRE**

1.1 L'étude du développement humain	1.2.3 L'approche cognitive
1.1.1 La vision actuelle du développement	1.2.4 L'approche humaniste
1.1.2 Les principes du développement	1.2.5 L'approche écologie
1.1.3 Les dimensions du développement	1.3 Les méthodes de recherche en psychologie du développement
1.1.4 Les périodes du cycle de vie	1.3.1 L'élaboration des théories
1.1.5 Les différences individuelles	1.3.2 Les caractéristiques des principales méthodes de recherche
1.1.6 Les facteurs d'influence : l'hérédité et l'environnement	1.3.3 Les stratégies de collecte des données
1.1.7 L'étude scientifique du développement humain	1.3.4 La dimension éthique de la recherche
1.2 Les approches théoriques du développement humain	
1.2.1 L'approche psychanalytique	
1.2.2 L'approche behavioriste et néobehavioriste	

**L**e développement humain est un processus dynamique et continu qui perdure tout au long de la vie. Tout en maintenant une certaine continuité, chaque dimension de la personne, qu'elle soit physique, cognitive, affective ou sociale, subit de profonds changements, sous les influences respectives et souvent combinées de l'hérédité et de l'environnement. Chaque d'être se développe en interaction avec les autres, faisant alors du développement un processus global. Au fil du temps, différents courants de pensée se sont intéressés au développement humain, notamment les approches psychanalytique, behavioriste, cognitive, humaniste et écologique. Toutefois, si aucune d'entre elles ne suffit à expliquer en totalité le développement et sa complexité, chacune propose un angle particulier essentiel à la compréhension des processus qui le composent.

Chaque ouverture comprend un **plan du chapitre** qui permet à l'étudiant d'avoir une vue d'ensemble des notions qui seront abordées dans le chapitre, en plus d'en structurer la lecture et l'étude.

L'ouverture de chapitre présente aussi un bref **aperçu** du contenu, rédigé sous forme de texte. Cette synthèse a pour but de placer le contenu dans une perspective globale et de susciter l'intérêt de l'étudiant pour les notions qui seront abordées.

## À l'intérieur des chapitres

Le texte s'ouvre sur une **mise en situation** qui met en lumière certaines caractéristiques propres à la période de développement étudiée.

Des **symboles** référant à chaque mise en situation sont placés à des endroits stratégiques de chacun des chapitres. Certains sont accompagnés d'une question favorisant la réflexion de l'étudiant.

74 CHAPITRE 3

### Mise en situation

Thomas a un aujourd'hui. Toute la famille est réunie au chalet des grands-parents pour fêter cet anniversaire. Thomas et ses deux cousines - Juliette, 4 ans et Mégane, 20 mois - s'amuse à bord de l'eau sous la supervision des adultes.

Juliette creuse un trou dans le sable et essaie de le remplir d'eau avec son petit seau. Inlassablement, elle retourne chercher de l'eau, la verse dans le trou et la regarde disparaître dans le sable. Même s'il n'y a pas d'eau, grand-papa admire le « lac » de Juliette. « Bravo ma grande! Tu vas nous faire un beau lac! » et Juliette continue fièrement son jeu. Mégane, comme d'habitude, veut faire comme sa grande sœur. Elle court chercher de l'eau, mais comme sa coordination et son équilibre sont encore précaires, l'eau s'échappe de son contenant au fur et à mesure qu'elle approche du trou et, quand elle va le remplir, il ne reste presque plus rien.

Elle se laisse vite de ce jeu et reste alors au bord de l'eau à regarder les petits poissons qui passent près de ses pieds. Son papa lui dit: « Oh! Les petits poissons! » et Mégane répète « ti-pissons ». Elle voudrait bien les attraper, mais les poissons sont trop rapides et disparaissent dès qu'elle fait un mouvement. Mégane dit alors « pati pessons » et papa lui répond: « Oui, ils sont partis les petits poissons. »

Thomas, quant à lui, se déplace à quatre pattes et s'arrête pour saisir un petit caillou. Alors qu'il s'apprête à le porter à sa bouche, maman le rattrape, le met debout et le prend par les deux mains pour le faire avancer. Thomas adore marcher ainsi. Ensuite, maman l'assoit au bord de l'eau avec une petite pelle et Thomas s'amuse

à taper dans l'eau et à éclabousser autour de lui. Il rit aux éclats, mais lorsque Juliette vient récupérer sa pelle, ses rires se transforment en cris, jusqu'à ce qu'on lui donne une autre pelle semblable. Mégane vient s'asseoir à côté de son cousin et tape dans l'eau avec ses mains. Elle s'empare ensuite d'un poisson en plastique et tente d'éclabousser de plus en plus fort, avec toutes sortes d'objets. Au bout d'un certain temps, à force de recevoir de l'eau dans le visage, Thomas ferme les yeux dès qu'il voit Mégane se préparer à taper dans l'eau.

Quelques minutes plus tard, grand-maman arrive avec le gîteau de fête de Thomas et toute la famille se regroupe joyeusement autour de la table.

« Thomas ferme les yeux dès qu'il voit Mégane se préparer à taper dans l'eau. »

à taper dans l'eau et à éclabousser autour de lui. Il rit aux éclats, mais lorsque Juliette vient récupérer sa pelle, ses rires se transforment en cris, jusqu'à ce qu'on lui donne une autre pelle semblable. Mégane vient s'asseoir à côté de son cousin et tape dans l'eau avec ses mains. Elle s'empare ensuite d'un poisson en plastique et tente d'éclabousser de plus en plus fort, avec toutes sortes d'objets. Au bout d'un certain temps, à force de recevoir de l'eau dans le visage, Thomas ferme les yeux dès qu'il voit Mégane se préparer à taper dans l'eau.

Quelques minutes plus tard, grand-maman arrive avec le gîteau de fête de Thomas et toute la famille se regroupe joyeusement autour de la table.

☞ Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

### 3.1 Le développement physique

Dans cette première partie, nous allons aborder le développement des sens et de la motricité du bébé. Dans les premiers mois de la vie d'un enfant, il est difficile de faire la distinction entre son développement physique et son développement cognitif, tant les deux sont liés. Prenons l'exemple de l'apprentissage: à la base, il s'agit d'une fonction cognitive; toutefois, les enfants apprennent beaucoup par l'action, c'est-à-dire au moyen des fonctions motrices et sensorielles. Le bébé a besoin d'explorer son environnement à l'aide de ses sens et par ses propres mouvements, car c'est cette exploration qui lui permet de savoir où finit son corps et où commence le reste du monde. Ainsi, les mouvements de Thomas avec l'eau lui apprennent comment son corps peut transformer son environnement.

Il en va de même pour les gestes qui accompagnent les premières tentatives de paroles. Quand un enfant dit « bye-bye! », il ouvre et ferme la main, en plus de montrer qu'il est socialement en relation avec une personne. Quand un enfant dit « haut », il lève les bras, montrant ainsi à l'adulte où il veut aller. Le cerveau ne traite donc pas de façon séparée les fonctions sensorielles et motrices, les fonctions cognitives et les fonctions sociales: il les intègre. Par conséquent, lorsque nous étudions le développement de la personne, nous devons garder en tête l'importance de faire des liens entre toutes les dimensions, qu'elles soient physiques, cognitives, affectives ou sociales.

ENCADRÉ 1.1 D'UNE CULTURE À L'AUTRE

**Objectifs et défis des recherches interculturelles**

L'influence exercée par la culture a tendance à être sous-estimée dans la recherche en psychologie. Ainsi, les chercheurs « tendent à généraliser ce qu'ils observent dans les laboratoires européens ou nord-américains à l'entièreté de l'humanité, la plupart du temps sans vérifier que cela se justifie réellement » (Licata et Heine, 2012).

Pourtant, en observant les enfants issus de différents groupes culturels, les chercheurs peuvent découvrir les aspects du développement qui sont universels (et donc intrinsèques à la condition humaine), et ceux qui sont déterminés par la culture. Par exemple, les enfants de toutes les cultures apprennent à parler selon la même séquence, passant des gazouillis au babillage avant de prononcer des mots et de commencer à les combiner entre eux. Si les mots diffèrent d'une culture à l'autre, tous les jeunes enfants apprennent cependant à les assembler pour former les premières phrases, quelle que soit la complexité de leur langue maternelle. Ces observations permettent de croire que l'apprentissage du langage est inné et universel, comme nous le verrons dans le chapitre 3.

Le développement moteur des très jeunes enfants semble, lui aussi, largement influencé par la culture. Par exemple, dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, d'Asie et d'Afrique, les mères portent leurs jeunes enfants sur le dos en les retenant par une bande de tissu. Les enfants africains, qui sont souvent placés dans cette position assise tandis que leur mère vaque à ses activités quotidiennes, tendent à s'asseoir et à marcher plus tôt que les enfants américains (Rogoff et Morelli, 1989). La culture influence également les habiletés qu'un enfant va acquérir. Ainsi, alors qu'un enfant québécois apprend très tôt à lire, puis à écrire et, de plus en plus souvent, à utiliser un ordinateur, un enfant du même âge né dans une zone rurale du Népal apprend à conduire les buffles et à se repérer dans les sentiers de montagne.



scientifiques à mener des recherches auprès de divers groupes culturels. Il ne faut jamais oublier que la science est ancrée dans son contexte culturel et que les sciences humaines, en particulier, font souvent preuve, à leur insu, d'ethnocentrisme. Ainsi, on peut s'appuyer sur les résultats de certaines recherches sans jamais les remettre en question, jusqu'au jour où l'on découvre que ces résultats sont dus à des influences culturelles particulières qui n'ont pas été mesurées. Parce que de très nombreuses recherches en psychologie du développement ont mis l'accent sur ce qui se passe dans les sociétés occidentales industrialisées, on peut en arriver à considérer que le développement type d'un enfant occidental représente la norme. Or, lorsque cette « norme » sert de mesure, cela peut conduire à des conclusions erronées sur le développement. À l'extrême, on peut même en arriver – à tort, bien sûr – à considérer comme anormal le développement des enfants issus d'autres cultures (Rogoff et Morelli, 1989).

Par ailleurs, si la psychologie du développement reconnaît de façon générale l'influence marquante de la culture, cette dernière est souvent présentée comme « un arrière-plan mal défini des phénomènes psychologiques » (Ratner, 2000). La culture est un ensemble instable et dynamique (Grenfield, 2009) d'individus qui « partagent certaines activités et relations sociales, (re) créent et (re) négocient en permanence les savoirs, les règles, les normes qui organisent leur vie commune » (Troadek, 2010). Elle se renouvelle constamment, ce qui peut expliquer la difficulté rencontrée par les chercheurs qui veulent « capturer » la façon dont elle influence nos comportements.

Les chercheurs se contentent souvent de comparer les ressemblances et les différences psychologiques qui existent entre des groupes de diverses origines culturelles, sans montrer vraiment à quels facteurs ou à quels

Cet ouvrage propose des **encadrés** qui abordent un aspect ou une problématique propre à un aspect du développement humain.

On trouve quatre types d'encadrés :

- **Application :** Cet encadré explore certaines applications pratiques de la recherche ou de la théorie sur le développement.
- **Approfondissement :** Cet encadré apporte un complément d'information pertinent à un élément abordé dans le chapitre.
- **D'une culture à l'autre :** Cet encadré propose d'autres perspectives en montrant comment un aspect du développement peut être vécu au sein d'autres cultures.
- **Paroles d'expert :** Cet encadré brosse le portrait d'un chercheur québécois ou d'une chercheuse québécoise dont les travaux contribuent à l'enrichissement de la connaissance en psychologie du développement.

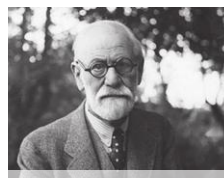
**Approche cognitiviste**

Approche qui s'intéresse au développement de l'intelligence et des processus cognitifs tels que la perception, la mémoire ou la pensée, ainsi qu'aux comportements qui en résultent.

Certains termes clés, qui apparaissent en caractère gras et en couleur dans le texte, sont définis en marge. Ces définitions faciles à repérer se retrouvent également dans un glossaire général en fin de volume. Ces **définitions en marge** aident l'étudiant à mieux comprendre le vocabulaire d'usage en psychologie du développement.

**TABLEAU 1.4** Les stades du développement cognitif selon J. Piaget

Stade	Âge	Principales caractéristiques	Principales acquisitions
Sensorimoteur	Naissance à 2 ans	À partir de l'exercice des réflexes, appréhension du monde par les sens et la motricité. Début d'organisation cognitive.	Permanence de l'objet
Préopératoire	2 à 6 ans	Développement d'un système de représentation. Utilisation croissante des symboles (imitation différée, jeu symbolique, langage). Égocentrisme. Non-conservation.	Langage, pensée symbolique
Opérations concrètes	6 à 12 ans	Utilisation d'opérations mentales pour résoudre des problèmes concrets. Compréhension croissante des relations spatiales et des liens de causalité.	Notions de conservation, classification, réversibilité, décentration
Opérations formelles	12 ans et plus	Pensée qui peut se détacher du concret et formuler des hypothèses. Peut envisager le possible. Peut réfléchir sur des idées, des données abstraites.	Pensée abstraite, raisonnement hypothético-déductif



**Sigmund Freud**  
À l'aide des souvenirs d'enfance de ses patients adultes, le médecin viennois Sigmund Freud a développé une théorie du développement psychosexuel durant l'enfance. Sa fille Anna a suivi ses traces et élaboré ses propres théories du développement de la personnalité.

**FIGURE 1.2** Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner



Les cercles concentriques montrent cinq niveaux d'influence environnementale, qui vont du plus intime (au centre) au plus extérieur, le tout dans un contexte temporel. Les cercles forment un ensemble d'influences imbriquées les unes dans les autres autour de la personne qui se développe. Les frontières entre les différents systèmes sont fluides et elles sont en interrelation.

Source: Adapté de [http://en.wikipedia.org/wiki/File:Bronfenbrenner%27s\\_Ecological\\_Theory\\_of\\_Development.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Bronfenbrenner%27s_Ecological_Theory_of_Development.jpg)

Plusieurs **tableaux**, **figures** et **photos**, en plus d'agrémenter et de dynamiser le texte, viennent préciser, illustrer et soutenir une explication donnée dans le texte. Ils permettent aussi parfois de synthétiser ou de simplifier des notions plus complexes, en vue d'en favoriser la compréhension.

**FAITES LE POINT**

- À l'aide d'un exemple, illustrez comment les trois instances psychiques de la personnalité interagissent dans la théorie psychosexuelle.
- Comment les approches behavioriste et néobehavioriste expliquent-elles le développement ?
- Dans la théorie de Piaget, quels sont les deux mécanismes cognitifs qui permettent à l'enfant de s'adapter de mieux en mieux à son environnement et comment fonctionnent-ils ?

Vous avez cessé d'utiliser votre cellule dans un conduit depuis que votre ami a renversé un cycliste alors qu'il textait au volant. À l'aide de quelle théorie pourriez-vous expliquer votre décision ?

À chaque fin de section, une rubrique **Faites le point** propose une série de questions permettant à l'étudiant de vérifier sa compréhension de la matière et de s'assurer de ses acquis. Les questions précédées d'un losange présentent des cas concrets favorisant l'intégration et l'application des connaissances.

## En fin de chapitre

### Résumé

#### L'étude du développement humain

- La psychologie du développement humain est l'étude scientifique des processus responsables des changements et de la continuité qui interviennent tout au long de la vie des individus.
- Le développement est un phénomène complexe, dynamique et continu. Il touche aux quatre dimensions de la personne : physique, cognitive, affective et sociale. Ces dimensions sont indissociables et en constante interaction.
- Les facteurs internes (la nature) réfèrent à l'hérédité, qui assure le contrôle de la maturation du corps et de ses fonctions. Les facteurs externes (la culture) concernent les influences du milieu où l'individu se développe. Ces influences en constante interaction peuvent être normatives ou non.
- Les connaissances acquises par l'étude scientifique du développement ont eu des retombées importantes, particulièrement sur les pratiques familiales et scolaires.

#### Les approches théoriques du développement humain

- L'approche psychanalytique de Freud suppose que le développement de la personnalité adulte est déterminé par les événements ayant eu lieu durant l'enfance. Freud identifie

cinq stades de développement psychosexuel : les stades oral, anal et phallique, la période de latence et le stade génital, au cours desquels ces trois instances de la personnalité se développent : le ça, le moi et le surmoi.

- Selon Erikson et la théorie du développement psychosocial, les influences sociales sont les plus importantes et la recherche de l'identité est au cœur du développement, qui se poursuit tout au long du cycle de vie. Huit stades psychosociaux, caractérisés par une crise à résoudre, permettent au moi de se développer et d'atteindre un équilibre.
- L'approche behavioriste ne s'intéresse qu'aux comportements observables, mesurables et quantifiables et accorde une importance déterminante à l'environnement. Le conditionnement répondant (Pavlov) et le conditionnement opérant (Skinner) sont les deux formes d'apprentissage qui expliquent les modifications survenant au cours du développement.
- La théorie de l'apprentissage social de Bandura reconnaît le rôle des processus cognitifs dans l'apprentissage. L'enfant apprend en observant des modèles et en imitant des comportements observés autour de lui, ainsi que leurs conséquences sur autrui.

Un **résumé** permet de revenir brièvement sur le contenu du chapitre afin d'en faire ressortir les points essentiels.

**BIBLIOGRAPHIE**

**INDEX**

À chaque fin de section, une rubrique **Faites le point** propose une série de questions permettant à l'étudiant de vérifier sa compréhension de la matière et de s'assurer de ses acquis. Les questions précédées d'un losange présentent des cas concrets favorisant l'intégration et l'application des connaissances.

En fin de volume, vous pourrez consulter au besoin la bibliographie complète ainsi qu'un index général des sujets traités.

# TABLE DES MATIÈRES

## Chapitre 1

### Le développement humain : vue d'ensemble et approches théoriques

<b>1.1 L'étude du développement humain</b> .....	4
1.1.1 La vision actuelle du développement.....	4
1.1.2 Les principes du développement.....	5
1.1.3 Les dimensions du développement.....	6
1.1.4 Les périodes du cycle de la vie.....	7
1.1.5 Les différences individuelles.....	7
1.1.6 Les facteurs d'influence : l'hérédité et l'environnement.....	7
1.1.7 L'étude scientifique du développement humain.....	9
<b>1.2 Les approches théoriques du développement humain</b> .....	11
1.2.1 L'approche psychanalytique.....	12
1.2.2 L'approche béhavioriste et néobéhavioriste.....	17
1.2.3 L'approche cognitiviste.....	20
1.2.4 L'approche humaniste.....	26
1.2.5 L'approche écologique.....	28
<b>1.3 Les méthodes de recherche en psychologie du développement</b> .....	32
1.3.1 L'élaboration des théories.....	32
1.3.2 Les caractéristiques des principales méthodes de recherche.....	33
1.3.3 Les stratégies de collecte des données.....	34
1.3.4 La dimension éthique de la recherche.....	34

## Chapitre 2

### La conception, le développement prénatal, la naissance et le nouveau-né

<b>2.1 La conception</b> .....	40
2.1.1 La fécondation.....	40
2.1.2 Les naissances multiples.....	41
2.1.3 Les mécanismes de l'hérédité.....	41
<b>2.2 Le développement prénatal</b> .....	49
2.2.1 Le désir d'enfant.....	49
2.2.2 Les périodes du développement prénatal.....	51
2.2.3 Les influences sur le développement prénatal.....	55
<b>2.3 La naissance</b> .....	59
2.3.1 L'accouchement.....	60
2.3.2 Le contexte de la naissance.....	62
<b>2.4 Le nouveau-né</b> .....	64
2.4.1 L'aspect physique du nouveau-né.....	64
2.4.2 L'évaluation du nouveau-né.....	64

2.4.3 Les bébés de faible poids à la naissance.....	65
2.4.4 L'allaitement.....	68

## Chapitre 3

### Le développement physique et cognitif de l'enfant, de la naissance à deux ou trois ans

<b>3.1 Le développement physique</b> .....	74
3.1.1 Le développement du système nerveux.....	75
3.1.2 Les capacités sensorielles du bébé.....	79
3.1.3 Les cycles physiologiques.....	80
3.1.4 La croissance.....	81
3.1.5 Le développement de la motricité.....	82
<b>3.2 Le développement cognitif</b> .....	86
3.2.1 L'approche béhavioriste et l'apprentissage chez le nourrisson.....	86
3.2.2 L'approche psychométrique.....	87
3.2.3 La théorie de Piaget : le stade sensorimoteur.....	87
3.2.4 La théorie du traitement de l'information : perception et mémoire.....	93
3.2.5 L'approche socioculturelle : les interactions entre l'enfant et les personnes de son entourage.....	96
<b>3.3 Le développement du langage</b> .....	98
3.3.1 Les étapes du développement du langage.....	98
3.3.2 Les théories de l'acquisition du langage.....	103
3.3.3 Les facteurs d'influence de l'acquisition du langage.....	105

## Chapitre 4

### Le développement affectif et social de l'enfant, de la naissance à deux ou trois ans

<b>4.1 Les fondements du développement affectif et social</b> .....	112
4.1.1 L'apparition de la conscience de soi.....	112
4.1.2 Les premières manifestations émotives.....	114
4.1.3 Le tempérament.....	119
<b>4.2 Les théories du développement de la personnalité</b> .....	121
4.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud.....	122
4.2.2 La théorie psychosociale d'Erikson.....	122
4.2.3 L'évaluation des théories du développement de la personnalité.....	125
<b>4.3 Les théories de l'attachement</b> .....	126
4.3.1 Les théories de l'apprentissage.....	126
4.3.2 Les théories éthologiques de l'attachement.....	126
4.3.3 La théorie éthologico-psychanalytique.....	127

<b>4.4 Les facteurs d'influence et les conséquences de l'attachement</b> .....	130
4.4.1 Le rôle du tempérament.....	130
4.4.2 L'influence des parents.....	130
4.4.3 Les conséquences à long terme de l'attachement.....	131
<b>4.5 La famille : le premier contexte du développement affectif et social</b> .....	133
4.5.1 La régulation mutuelle.....	133
4.5.2 L'autorégulation.....	134
4.5.3 La référence sociale.....	134
4.5.4 La socialisation.....	135
4.5.5 Le rôle de la mère et du père.....	135
4.5.6 Les relations avec les frères et sœurs.....	136
4.5.7 Les perturbations des relations familiales.....	136

## Chapitre 5

### Le développement physique et cognitif de l'enfant de trois à six ans

<b>5.1 Le développement physique</b> .....	142
5.1.1 La croissance et les transformations physiques.....	142
5.1.2 Le développement du cerveau.....	143
5.1.3 Les habiletés motrices.....	143
5.1.4 Les habitudes de vie.....	146
5.1.5 La santé et la sécurité des enfants.....	148
<b>5.2 Le développement cognitif</b> .....	150
5.2.1 Le stade préopérateur de Piaget.....	150
5.2.2 Les jeunes enfants et les théories de l'esprit.....	155
5.2.3 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire.....	158
5.2.4 L'influence des parents et du milieu sur le développement cognitif.....	161
<b>5.3 La maîtrise du langage</b> .....	162
5.3.1 L'augmentation du vocabulaire et les progrès en syntaxe.....	162
5.3.2 Le langage social.....	165
5.3.3 Le soliloque.....	165
5.3.4 Les retards de langage.....	165
5.3.5 Les habiletés préparatoires à la lecture.....	166
<b>5.4 La place du jeu dans le développement</b> .....	166
5.4.1 Les types de jeux.....	167
5.4.2 L'aspect social du jeu.....	168
5.4.3 L'influence du sexe de l'enfant et de la culture sur le jeu.....	169
<b>5.5 L'éducation préscolaire</b> .....	170
5.5.1 Le programme éducatif des centres de la petite enfance.....	170
5.5.2 La maternelle.....	171

## Chapitre 6

### Le développement affectif et social de l'enfant de trois à six ans

<b>6.1 L'évolution de la conscience de soi</b> .....	176
6.1.1 Le concept de soi.....	176
6.1.2 L'estime de soi.....	177
6.1.3 La compréhension et la régulation des émotions.....	179
<b>6.2 Le développement de l'identité de genre</b> .....	180
6.2.1 Les différences de genre.....	180
6.2.2 Les étapes du développement de l'identité de genre.....	181
6.2.3 Les influences biologiques.....	182
6.2.4 Les rôles et les stéréotypes sexuels.....	183
<b>6.3 Les théories du développement de l'identité de genre</b> .....	186
6.3.1 La théorie psychanalytique.....	186
6.3.2 Les théories cognitives.....	186
<b>6.4 Les théories du développement de la personnalité</b> .....	189
6.4.1 La théorie psychosexuelle de Freud.....	189
6.4.2 La théorie psychosociale d'Erikson.....	190
6.4.3 La perspective sociale cognitive.....	191
<b>6.5 Le développement social</b> .....	191
6.5.1 Les premiers amis.....	191
6.5.2 Le comportement prosocial.....	192
6.5.3 Les problèmes de comportement.....	193
6.5.4 L'agressivité.....	194
<b>6.6 L'encadrement des enfants</b> .....	199
6.6.1 Les différentes formes de discipline.....	199
6.6.2 Les styles parentaux.....	201
6.6.3 Les facteurs d'influence des conduites parentales.....	203
6.6.4 Le soutien aux familles en état de vulnérabilité.....	204

## Chapitre 7

### Le développement physique et cognitif de l'enfant de six à onze ans

<b>7.1 Le développement physique</b> .....	208
7.1.1 La croissance.....	209
7.1.2 Le développement du cerveau.....	209
7.1.3 L'obésité infantile et l'image corporelle.....	210
7.1.4 L'état de santé.....	211
7.1.5 Le développement des habiletés motrices.....	212
<b>7.2 Le développement cognitif</b> .....	214
7.2.1 Le stade des opérations concrètes de Piaget.....	214
7.2.2 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire.....	219

7.2.3	L'approche psychométrique : l'évaluation de l'intelligence .....	222
<b>7.3</b>	<b>L'évolution du langage: la communication</b> .....	225
7.3.1	Le vocabulaire, la grammaire et la syntaxe .....	225
7.3.2	La pragmatique : la capacité de communiquer .....	226
7.3.3	La littératie .....	226
<b>7.4</b>	<b>La scolarisation</b> .....	228
7.4.1	L'écologie de la réussite scolaire .....	228
7.4.2	Les besoins d'éducation particuliers .....	232

## Chapitre 8

### Le développement affectif et social de l'enfant de six à onze ans

<b>8.1</b>	<b>Le soi en développement</b> .....	240
8.1.1	La représentation de soi .....	240
8.1.2	Le développement émotionnel .....	241
<b>8.2</b>	<b>Le développement de la personnalité de 6 à 11 ans : les approches théoriques</b> .....	243
8.2.1	La théorie psychosexuelle de Freud .....	243
8.2.2	La théorie psychosociale d'Erikson .....	243
<b>8.3</b>	<b>L'enfant et sa famille</b> .....	245
8.3.1	Les relations familiales .....	245
8.3.2	La structure familiale .....	248
<b>8.4</b>	<b>L'enfant d'âge scolaire et son groupe de pairs</b> .....	253
8.4.1	L'influence des pairs sur l'enfant .....	253
8.4.2	La popularité .....	254
8.4.3	L'amitié à l'âge scolaire .....	255
8.4.4	Les agressions et l'intimidation .....	256
<b>8.5</b>	<b>La santé mentale des enfants</b> .....	260
8.5.1	Les facteurs de risque .....	261
8.5.2	Les principaux troubles émotionnels dans l'enfance .....	261
8.5.3	L'intervention en santé mentale infantile .....	264
8.5.4	Le stress et la résilience chez les enfants .....	264

## Chapitre 9

### Le développement physique et cognitif de l'adolescent de onze à vingt ans

<b>9.1</b>	<b>Le développement physique</b> .....	272
9.1.1	La puberté .....	273
9.1.2	Le développement du cerveau .....	277
<b>9.2</b>	<b>La santé physique et mentale</b> .....	278
9.2.1	L'activité physique .....	279
9.2.2	Le sommeil .....	280
9.2.3	La nutrition et les troubles alimentaires .....	280
9.2.4	L'utilisation et l'abus de substances .....	285
9.2.5	La dépression .....	287
9.2.6	La mortalité à l'adolescence .....	288
<b>9.3</b>	<b>Le développement cognitif</b> .....	290
9.3.1	Le stade des opérations formelles de Piaget .....	290

9.3.2	Les changements dans le traitement de l'information .....	291
9.3.3	Le développement du langage .....	292
9.3.4	L'égoïsme de l'adolescent et la théorie d'Elkind .....	293
<b>9.4</b>	<b>Le développement moral</b> .....	294
9.4.1	La théorie de Kohlberg .....	294
9.4.2	La théorie de Gilligan .....	297
9.4.3	Les comportements prosociaux .....	298
<b>9.5</b>	<b>L'éducation et la formation professionnelle</b> .....	298
9.5.1	Les déterminants de la réussite scolaire .....	299
9.5.2	Le décrochage scolaire .....	302
9.5.3	L'éducation supérieure et le choix d'une carrière .....	303

## Chapitre 10

### Le développement affectif et social de l'adolescent de onze à vingt ans

<b>10.1</b>	<b>La quête de l'identité</b> .....	308
10.1.1	La théorie psychosociale d'Erikson .....	309
10.1.2	La théorie de Marcia .....	310
10.1.3	Les différences sexuelles dans la formation de l'identité .....	311
10.1.4	Les facteurs ethniques et culturels dans la formation de l'identité .....	312
<b>10.2</b>	<b>La sexualité à l'adolescence</b> .....	313
10.2.1	La théorie psychosexuelle de Freud .....	313
10.2.2	Les comportements sexuels des adolescents .....	314
10.2.3	L'orientation sexuelle .....	316
10.2.4	Les comportements sexuels à risque .....	317
<b>10.3</b>	<b>Le développement des relations affectives et sociales</b> .....	322
10.3.1	La rébellion : mythe ou réalité .....	322
10.3.2	Les relations avec les parents .....	323
10.3.3	Les relations avec la fratrie .....	325
10.3.4	Les relations avec les pairs .....	325
<b>10.4</b>	<b>Les problèmes psychosociaux à l'adolescence</b> .....	328
10.4.1	Les facteurs de risque .....	328
10.4.2	La prévention et le traitement .....	331

## Chapitre 11

### Le développement du jeune adulte de vingt à quarante ans

<b>11.1</b>	<b>Les perspectives générales sur l'âge adulte</b> .....	336
11.1.1	L'espérance de vie et l'allongement de l'âge adulte .....	336
11.1.2	L'émergence de la vie adulte et l'atteinte de la maturité .....	337
<b>11.2</b>	<b>Le développement physique</b> .....	338
11.2.1	Les facteurs associés à la santé et au bien-être .....	338
11.2.2	Les problèmes de santé mentale .....	343

<b>11.3 La sexualité et la reproduction</b> .....	344
11.3.1 Les comportements sexuels .....	344
11.3.2 Les infections transmises sexuellement .....	345
11.3.3 Les troubles menstruels .....	345
11.3.4 L'infertilité .....	346
<b>11.4 Le développement cognitif</b> .....	347
11.4.1 Le développement de la pensée postformelle .....	347
11.4.2 Le modèle de Schaie .....	349
11.4.3 La théorie triarchique de l'intelligence de Sternberg .....	350
11.4.4 L'intelligence émotionnelle .....	351
11.4.5 L'évolution du jugement moral .....	352
<b>11.5 Le développement affectif et social</b> .....	354
11.5.1 Le développement de la personnalité adulte : les différents modèles théoriques .....	354
11.5.2 Les relations affectives intimes ou profondes .....	358
<b>11.6 Les styles de vie</b> .....	361
11.6.1 Les types d'union : le mariage et l'union de fait .....	361
11.6.2 Les couples de même sexe .....	364
11.6.3 Le célibat .....	365
<b>11.7 Les rôles sociaux du jeune adulte</b> .....	365
11.7.1 Le départ de la maison familiale .....	365
11.7.2 Le rôle de travailleur .....	366
11.7.3 Le rôle de parent .....	369

## Chapitre 12

### Le développement de l'adulte d'âge mûr de quarante à soixante-cinq ans

<b>12.1 L'âge mûr : une étape particulière du cycle de la vie</b> .....	374
<b>12.2 Le développement physique à l'âge mûr</b> .....	375
12.2.1 Les transformations corporelles .....	375
12.2.2 Les changements hormonaux .....	376
12.2.3 La sexualité des personnes d'âge mûr .....	380
12.2.4 La santé physique et mentale .....	381
<b>12.3 Le développement cognitif à l'âge mûr</b> .....	386
12.3.1 Les habiletés cognitives .....	386
12.3.2 Les caractéristiques de l'intelligence à l'âge mûr .....	388
12.3.3 La créativité .....	389
<b>12.4 Le développement affectif et social à l'âge mûr</b> .....	390
12.4.1 Les différentes approches théoriques .....	390
12.4.2 La crise ou la transition à l'âge mûr .....	391
12.4.3 L'évolution de l'identité .....	392
<b>12.5 L'évolution des relations sociales à l'âge mûr</b> .....	394
12.5.1 La théorie du convoi social .....	394
12.5.2 La théorie de la sélectivité socioémotionnelle .....	395
12.5.3 Les relations de couple .....	396
12.5.4 L'amitié .....	397
12.5.5 Les relations familiales .....	398
12.5.6 Les relations avec les parents vieillissants .....	401

<b>12.6 Les préoccupations professionnelles</b> .....	403
12.6.1 Le travail .....	403
12.6.2 Le retour aux études .....	404

## Chapitre 13

### Le développement de l'adulte d'âge avancé de soixante-cinq ans à la fin de la vie

<b>13.1 Le vieillissement de la population</b> .....	410
13.1.1 Les indices démographiques .....	411
13.1.2 Les causes du vieillissement de la population .....	413
13.1.3 Les conséquences du vieillissement de la population .....	414
<b>13.2 Le développement physique</b> .....	415
13.2.1 Les théories du vieillissement .....	415
13.2.2 Les changements physiques associés au vieillissement .....	417
<b>13.3 La santé physique et mentale</b> .....	420
13.3.1 Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques .....	420
13.3.2 Les problèmes de santé physique et leur impact .....	422
13.3.3 Les problèmes de santé mentale .....	422
<b>13.4 Le développement cognitif</b> .....	427
13.4.1 L'intelligence et le traitement de l'information .....	427
13.4.2 La mémoire .....	429
<b>13.5 Le développement affectif et social</b> .....	431
13.5.1 L'évolution de la personnalité .....	431
13.5.2 La théorie psychosociale d'Erikson .....	431
13.5.3 Les différents modèles du vieillissement réussi .....	432
13.5.4 La vie sociale des personnes âgées .....	433
13.5.5 Les relations interpersonnelles des personnes âgées .....	436

## Chapitre 14

### La mort et le deuil

<b>14.1 La mort</b> .....	444
14.1.1 Les soins aux personnes mourantes .....	445
14.1.2 La confrontation avec la mort : les enjeux psychologiques .....	447
14.1.3 Le droit à la mort : les enjeux éthiques, médicaux et juridiques .....	450
14.1.4 La perception de la mort selon les âges .....	454
<b>14.2 Le deuil</b> .....	459
14.2.1 Le processus de deuil .....	459
14.2.2 Les types de deuil .....	462
14.2.3 L'aide aux personnes endeuillées .....	465
<b>Bibliographie</b> .....	468
<b>Sources iconographiques</b> .....	496
<b>Index</b> .....	498





# Le développement humain : vue d'ensemble et approches théoriques

## PLAN DU CHAPITRE

### **1.1 L'étude du développement humain**

- 1.1.1 La vision actuelle du développement
- 1.1.2 Les principes du développement
- 1.1.3 Les dimensions du développement
- 1.1.4 Les périodes du cycle de vie
- 1.1.5 Les différences individuelles
- 1.1.6 Les facteurs d'influence : l'hérédité et l'environnement
- 1.1.7 L'étude scientifique du développement humain

### **1.2 Les approches théoriques du développement humain**

- 1.2.1 L'approche psychanalytique
- 1.2.2 L'approche behavioriste et néobehavioriste

- 1.2.3 L'approche cognitiviste

- 1.2.4 L'approche humaniste
- 1.2.5 L'approche écologique

### **1.3 Les méthodes de recherche en psychologie du développement**

- 1.3.1 L'élaboration des théories
- 1.3.2 Les caractéristiques des principales méthodes de recherche
- 1.3.3 Les stratégies de collecte des données
- 1.3.4 La dimension éthique de la recherche

**L**e développement humain est un processus dynamique et continu qui perdure tout au long de la vie. Tout en maintenant une certaine continuité, chaque dimension de la personne, qu'elle soit physique, cognitive, affective ou sociale, subit de profonds changements, sous les influences respectives et souvent combinées de l'hérédité et de l'environnement. Chacune d'elles se développe en interaction avec les autres, faisant alors du développement un processus global. Au fil du temps, différents courants de pensée se sont intéressés au développement humain, notamment les approches psychanalytique, behavioriste, cognitiviste, humaniste et écologique. Toutefois, si aucune d'entre elles ne suffit à expliquer en totalité le développement et sa complexité, chacune propose un angle particulier essentiel à la compréhension des processus qui le composent.

## Mise en situation

Carole a 42 ans. Elle est l'aînée d'une famille de trois enfants qui ont connu une enfance très difficile. Leur père, alcoolique, pouvait boire jusqu'à vingt bières en une journée. Sous l'effet de l'alcool, celui-ci devenait violent. Il criait constamment et il lui arrivait de frapper sa conjointe devant leurs enfants terrorisés. La mère de Carole, une femme soumise, mais courageuse et très croyante, n'avait jamais pu se résoudre à divorcer. Pour parvenir à nourrir sa famille, elle faisait des ménages. Elle aimait beaucoup ses enfants et les poussait à bien travailler à l'école. N'ayant que très peu d'argent, elle les récompensait pour leurs bons résultats en leur faisant leur dessert préféré. Son père, par contre, n'encourageait jamais Carole et répétait que la place des femmes était à la maison. Pourtant, l'école est vite devenue une sorte de refuge pour Carole : elle s'y sentait en sécurité et on la valorisait pour son travail. Au secondaire, un professeur de sciences qui connaissait sa situation familiale l'avait particulièrement aidée à garder espoir en son avenir et à ne pas décrocher. Il lui répétait qu'il croyait en elle et qu'elle avait les capacités nécessaires pour faire des études avancées. Carole l'admirait beaucoup et lui faisait confiance. Dès l'âge de 15 ans, elle avait commencé à travailler à temps partiel dans un supermarché et accumulé quelques économies. À force de persévérance et de volonté, Carole était entrée à l'université, où elle avait obtenu un baccalauréat en biologie.

### « Carole avait beaucoup de difficultés à faire confiance à son conjoint. »

Aujourd'hui, Carole occupe un poste important dans une compagnie pharmaceutique. Elle est appréciée et gagne très bien sa vie. Elle est mariée depuis neuf ans. Au début de sa relation de couple, Carole a connu des moments difficiles : elle avait beaucoup de difficultés à faire confiance à son conjoint et doutait souvent de son amour pour elle. Peu à peu, cependant, leur relation s'est stabilisée et Carole est heureuse à présent. Toutefois, même si son mari désirait fonder une famille, Carole n'a jamais voulu avoir d'enfant.

Les souvenirs de sa propre enfance sont encore très douloureux et, bien que son père soit décédé depuis des années, elle ne peut sentir l'odeur de la bière sans éprouver un grand malaise et avoir la nausée. Quand Carole parle d'elle-même avec sa meilleure amie, elle dit qu'elle est une « rescapée » !



Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



### Psychologie du développement humain

Étude des processus responsables des changements quantitatifs et qualitatifs et de la continuité qui interviennent tout au long de la vie des individus.

#### Changement quantitatif

Changement mesurable en nombre ou en quantité, concernant par exemple la taille, le poids et l'étendue du vocabulaire.

#### Changement qualitatif

Changement de nature, de structure ou d'organisation, concernant par exemple le type d'intelligence et l'évolution de l'attachement d'une personne.

## 1.1 L'étude du développement humain

### 1.1.1 La vision actuelle du développement

La **psychologie du développement humain** est l'étude scientifique des processus responsables des changements quantitatifs et qualitatifs et de la continuité qui interviennent tout au long de la vie des individus. Ces processus concernent tous les aspects du développement, à toutes les étapes de l'existence humaine. Le développement est un processus dynamique, cohérent et organisé qui a une fonction adaptative.

#### Les changements et la continuité

Les chercheurs qui s'intéressent au développement humain étudient les nombreux changements qui interviennent de la conception à la maturité ainsi que les caractéristiques qui demeurent stables. Les changements développementaux interviennent à tout âge, même s'ils sont généralement plus visibles et plus rapides chez les enfants. Il existe deux types de changements : les changements quantitatifs et les changements qualitatifs. Les **changements quantitatifs** sont ceux que l'on peut mesurer, tels que les modifications de la taille et du poids, le nombre de mots de vocabulaire, l'augmentation ou la diminution des comportements agressifs, etc. Les **changements qualitatifs** désignent les transformations qui touchent à la nature de la personne ou à son organisation interne, telles que la nature de l'intelligence, l'évolution de l'attachement, l'orientation vers une nouvelle carrière, etc.

La plupart de ces changements vont dans le sens d'une plus grande adaptation, c'est-à-dire qu'ils prennent la forme d'une spécialisation et d'une complexification de plus en plus poussées. Cependant, si les personnes évoluent au cours de leur vie, elles font également

preuve d'une certaine continuité dans leur comportement et dans leur personnalité. Par exemple, des recherches ont montré qu'environ 10 % à 15 % des enfants très timides le resteront, et que 10 % à 15 % de ceux qui sont très sociables dans l'enfance le seront encore à l'âge adulte (Kagan, 1989). Certaines caractéristiques comme l'extraversion et l'ouverture à de nouvelles expériences semblent persister jusqu'à l'âge adulte, alors que d'autres se modifient avec la maturité. Nous verrons plus loin quels sont les facteurs responsables de la continuité et du changement.

### La complexité du développement

Le développement humain est un phénomène complexe. Il met en œuvre de multiples facteurs qui interagissent entre eux et qui influencent tous les individus. Par ailleurs, chaque être humain est unique et il est intéressant de découvrir ce qui détermine les différences individuelles. Qui ne s'est pas déjà demandé : « Suis-je normal ? » ou encore « Le développement de mon petit frère peut-il se comparer à celui des enfants de son âge ? » La compréhension du développement humain aide à trouver des réponses à ces questions.

C'est en examinant l'évolution des personnes que les chercheurs ont beaucoup appris sur ce qui est nécessaire à leur bon développement ; sur leur façon de réagir aux influences internes et externes ainsi que sur leur manière de réaliser pleinement leur potentiel en tant qu'individu comme en tant que membre d'une société.

### Le cycle complet de la vie

Les scientifiques reconnaissent aujourd'hui que le développement humain est un processus qui se poursuit tout au long de la vie, soit de la conception à la mort de l'individu. Le champ de recherche qui, auparavant, s'intéressait surtout à l'enfance, couvre aujourd'hui l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Nous verrons plus loin dans ce chapitre l'approche de Paul B. Baltes sur le cycle complet de la vie.

## 1.1.2 Les principes du développement

Le développement est un processus dynamique et continu qui n'est pas le fruit du hasard. Avant comme après la naissance, il suit certains principes communs à tous les êtres humains. Ces principes sont la progression céphalo-caudale, la progression proximo-distale et la progression du simple au complexe.

### La progression céphalo-caudale

Selon la **progression céphalo-caudale**, le développement commence par la tête et se termine par les membres inférieurs. La tête, le cerveau et les yeux de l'embryon sont en effet les premiers organes à se développer. La tête de l'embryon de deux mois représente ainsi la moitié de son corps, tandis qu'à la naissance, elle n'en représente plus que le quart. Puis sa proportion se réduit encore au cours de la croissance de l'organisme, jusqu'à constituer seulement un huitième du corps chez l'adulte. Le développement sensoriel et moteur suit le même principe. Les enfants apprennent en effet à utiliser les parties supérieures de leur corps avant les parties inférieures. Ainsi, les bébés lèvent la tête avant de maîtriser les mouvements du tronc, et ils peuvent saisir un objet avec leurs mains bien avant de savoir ramper ou marcher.

### La progression proximo-distale

Selon la **progression proximo-distale**, le développement procède du centre vers la périphérie, soit du tronc vers les extrémités du corps. Ainsi, chez l'embryon, la tête et le tronc se développent avant les bras et les jambes, et les mains et les pieds se développent avant les doigts et les orteils. Il en va de même pour le développement moteur. Le bébé apprend d'abord à maîtriser les articulations qui rattachent les bras et les jambes au tronc, puis les parties antérieures des bras et des jambes, les mains et les pieds et, finalement, les doigts et les orteils.

#### Progression céphalo-caudale

Principe selon lequel le développement se fait de la tête aux pieds, c'est-à-dire que les parties supérieures du corps se développent avant les parties inférieures.

#### Progression proximo-distale

Principe selon lequel le développement se fait du centre vers la périphérie, c'est-à-dire que les parties près du tronc se développent avant les extrémités.



### L'interaction entre les dimensions du développement

Ces enfants qui examinent un insecte dans un bocal illustrent bien les rapports qui existent entre les différentes dimensions du développement : la perception sensorielle, l'apprentissage cognitif et les interactions affectives et sociales.

## La progression du simple au complexe

Selon cette progression, l'individu apprend d'abord à effectuer des choses simples avant de pouvoir réaliser des opérations plus complexes. Ce principe s'applique à l'acquisition de presque toutes les habiletés physiques et cognitives. Ainsi, avant d'être en mesure de marcher seul, l'enfant doit d'abord être tenu par les mains pour apprendre à mettre un pied devant l'autre ; de même, il prononce des mots avant de pouvoir faire des phrases. Cette évolution progressive permet à l'individu de s'adapter de mieux en mieux à son milieu.

### 1.1.3 Les dimensions du développement

Les changements et la continuité concernent plusieurs dimensions du développement humain, soit le développement physique, le développement cognitif et le développement affectif et social. Toutefois, même si nous

abordons séparément chacune d'entre elles pour en faciliter la compréhension, il ne faut pas perdre de vue qu'elles demeurent indissociables et qu'elles s'influencent mutuellement tout au long du processus de développement.

#### Le développement physique

Les changements concernant la maturation et la croissance du corps, l'évolution du cerveau, le développement des capacités sensorielles et motrices ainsi que la santé font tous partie du développement physique et peuvent toucher d'autres dimensions. Le développement physique exerce une influence majeure sur le développement de l'intelligence et de la personnalité. C'est d'abord au moyen de ses sens et de ses mouvements que le nouveau-né entre en contact avec le monde qui l'entoure. Ainsi, un enfant qui souffre de fréquentes infections aux oreilles pourrait connaître un retard sur le plan du développement du langage. À la puberté, les changements importants qui surviennent sur le plan des hormones et du corps agissent sur la façon dont le soi se développe. Enfin, chez certaines personnes vieillissantes, des modifications physiques dans le cerveau peuvent entraîner une détérioration des facultés intellectuelles et de la personnalité.

#### Le développement cognitif

Les habiletés mentales telles que la perception, l'apprentissage, la mémoire, le langage, le raisonnement et la créativité correspondent à plusieurs composantes du développement cognitif. Les progrès sur le plan cognitif, de même que les déclinés, sont étroitement liés à des facteurs physiques, affectifs et sociaux. L'apprentissage du langage dépend ainsi du développement physique de la bouche et du cerveau. Par ailleurs, un enfant précoce sur le plan du langage sera plus susceptible d'interagir positivement avec les autres et de gagner par le fait même de la confiance en soi. D'autre part, l'évolution des processus de mémorisation reflète les gains et les pertes quant aux connexions neuronales du cerveau. Ainsi, un adulte qui a de la difficulté à mémoriser le nom des gens peut développer de la timidité lors des rencontres sociales.

#### Le développement affectif et social

La dimension affective et sociale du développement englobe les émotions, le concept de soi, la personnalité ainsi que les relations sociales dans différentes situations telles que la vie de famille, l'école et le milieu de travail. Le développement affectif et social peut influencer sur le fonctionnement physique et cognitif. Ainsi, une personne privée de relations sociales significatives peut voir sa santé physique et mentale en être affectée.

On sait également que la motivation et la confiance en soi sont des facteurs importants de la réussite scolaire, alors que l'anxiété peut nuire à la performance lors d'un examen. Par ailleurs, les dimensions physiques et cognitives ont aussi des effets sur la vie affective et sociale : une personne âgée qui devient sourde peut se sentir socialement isolée et se replier sur elle-même, de la même façon qu'une personne analphabète peut avoir une piètre estime d'elle-même.

### 1.1.4 Les périodes du cycle de vie

Toute division du cycle de vie en périodes réfère à ce qui est communément accepté par les membres d'une société à une époque donnée : il s'agit donc d'une *construction sociale*.

Par conséquent, on ne peut dire objectivement à quel moment précis l'enfant devient adulte ou le jeune adulte, un adulte mature.

Dans les sociétés occidentales, la conception de l'adolescence vue comme une période distincte du développement humain n'est apparue que récemment. Jusqu'au début du xx<sup>e</sup> siècle, la personne était considérée comme un enfant jusqu'à ce qu'elle quitte l'école, entre sur le marché du travail ou se marie ; elle devenait alors adulte. Nous avons cependant choisi de diviser l'étude du cycle de vie en huit périodes : période prénatale, 0 à 2-3 ans, 3 à 6 ans, 6 à 11-12 ans, 12 à 20 ans, 20 à 40 ans, 40 à 65 ans, 65 ans et plus. Même si cette division est approximative et un peu arbitraire, particulièrement en ce qui concerne l'âge adulte, elle est généralement acceptée dans les sociétés occidentales. Les chercheurs qui étudient le développement considèrent en effet que chacune de ces périodes est marquée par des phénomènes qui lui sont propres.

### 1.1.5 Les différences individuelles

Nous avons souligné plus haut le caractère unique de chaque être humain. En effet, même si les personnes se développent généralement selon une séquence commune, il existe de nombreuses différences individuelles quant au moment et à la façon dont les changements se produisent. Par exemple, l'âge auquel un enfant commence à marcher ou à parler peut varier grandement. Dans ce livre, lorsque nous indiquons les âges auxquels se présentent certains phénomènes, nous nous référons donc à des âges moyens. Dans ce contexte, la réponse à la question : « Telle personne se développe-t-elle normalement ? » demande beaucoup de nuances. Nous considérons que le développement d'une personne est en avance ou en retard seulement en cas d'écart extrême.

La majorité des enfants franchissent les étapes du développement à des âges semblables parce que la maturation du corps et du cerveau suit une séquence relativement fixe. Cependant, les expériences particulières qui sont les nôtres, les différents milieux où nous vivons et les modes de vie que nous adoptons constituent autant d'éléments qui influencent notre développement et lui donnent son caractère unique.

### 1.1.6 Les facteurs d'influence : l'hérédité et l'environnement

Le développement est soumis à l'influence du bagage génétique et à celle des expériences faites par chaque individu dans un environnement donné, ou encore à la « nature » et à la « culture ». Les scientifiques tentent de comprendre comment ces facteurs d'influence interviennent respectivement dans les processus de développement et comment ils interagissent. Alors que l'hérédité transmet à chacun de nous un bagage unique, l'environnement dans lequel nous nous développons nous amène à vivre d'innombrables expériences. Certaines de ces expériences sont purement individuelles, tandis que d'autres sont communes à des ensembles d'individus, à des groupes d'âge, des générations, des sociétés ou des cultures.

**Hérédité**

Ensemble des traits, individuels et spécifiques, transmis d'une génération à l'autre par les gènes.

**Maturation**

Succession de changements physiques, programmés génétiquement, qui rendent l'individu apte à maîtriser certaines habiletés.

**Influence du milieu**

Influence attribuable à la relation que l'individu entretient avec son environnement.

**Les facteurs internes**

Les influences internes sur le développement proviennent de l'**hérédité**. L'hérédité individuelle se définit comme l'ensemble des traits génétiques hérités des parents, alors que les traits hérités de l'espèce à laquelle nous appartenons constituent l'hérédité spécifique. La **maturation** désigne la succession des changements physiques, programmés génétiquement, qui rendent un individu apte à maîtriser certaines habiletés. Les modifications neurophysiologiques et biochimiques qui se produisent dans l'organisme au cours de la maturation ouvrent de nouvelles possibilités. De nombreux changements, surtout durant l'enfance et l'adolescence, sont liés à la maturation du corps, plus particulièrement à celle du cerveau. Ainsi, il est inutile de demander à un nourrisson de contrôler ses sphincters, puisque ses fonctions neurophysiologiques n'ont pas encore atteint le niveau de maturation nécessaire à l'acquisition de la propreté.

La maturation est un processus naturel et universel. Nous verrons dans le chapitre 3 comment ces changements liés à la maturation sont associés à une horloge biologique interne.

**Les facteurs externes**

Les influences externes, ou **influences du milieu**, proviennent du contact avec le monde extérieur. Nous verrons dans le chapitre 2 que dès la fécondation, l'embryon, puis le fœtus, peut subir les influences du milieu prénatal. Toutefois, c'est surtout à partir de la naissance qu'une multitude de facteurs interviennent dans le développement du nourrisson : le type de famille dans laquelle il naît, le statut économique de celle-ci, la présence ou l'absence de frères et de sœurs, les relations avec les grands-parents, les caractéristiques du voisinage, le type de société et la culture d'appartenance sont parmi les facteurs les plus marquants.



Dans la mise en situation, Carole grandit dans un contexte familial difficile, ce qui exerce une influence déterminante sur certains de ses choix à l'âge adulte. L'influence respective de l'hérédité (la nature) par rapport à celle du milieu (la culture) a longtemps fait l'objet d'une controverse. Autrement dit, l'hérédité joue-t-elle un rôle plus grand que le milieu, ou est-ce plutôt l'inverse ? Aujourd'hui, la plupart des théoriciens s'entendent pour dire que ces deux types d'influence sont conjointement impliqués dans le développement et qu'il est souvent très difficile de les distinguer. Par exemple, lorsque, sous l'effet de la maturation, le corps de la jeune fille se transforme lors de la puberté, les regards que les garçons plus âgés portent sur elle changent. Sous l'effet de cette nouvelle expérience venant de l'environnement, la jeune fille peut devenir plus coquette ou encore se sentir mal à l'aise dans son corps. Ainsi, l'étude du développement humain met en évidence l'interaction constante entre l'inné et l'acquis, entre la maturation et l'apprentissage.

**Les influences normatives et les influences non normatives**

On distingue deux sortes d'influences normatives. Les influences normatives liées à l'âge sont constituées des facteurs qui agissent de façon semblable sur la plupart des gens d'un groupe d'âge donné, quels que soient le lieu et l'époque où ils vivent. Elles comprennent des événements biologiques comme la puberté ou la ménopause et des événements socioculturels comme l'entrée à l'école, le mariage ou la retraite.

Les influences normatives liées à une génération sont des facteurs qui marquent profondément un groupe de personnes à un moment historique donné. Elles touchent toutes les personnes d'une **cohorte**, c'est-à-dire d'un groupe d'individus nés à peu près au même moment et qui ont vécu des expériences semblables durant la même période de vie. Par exemple, les personnes qui ont grandi durant la Seconde Guerre mondiale ont été profondément marquées par ces événements. Elles tendent à faire preuve d'un sentiment d'interdépendance sociale plus fort que les générations suivantes (Rogler, 2002). À la différence de leurs grands-parents, les enfants qui grandissent aujourd'hui sont influencés

**Cohorte**

Groupe d'individus nés à peu près au même moment et ayant vécu des expériences semblables durant la même période de vie.

par l'usage de la télévision, des ordinateurs et d'Internet. Ainsi, des chercheurs de l'université de Montréal ont montré que l'exposition quotidienne précoce (entre 2 et 4 ans) à la télévision pourrait avoir une influence négative sur l'intérêt en classe et sur les habiletés mathématiques à l'âge de dix ans (Pagani, Fitzpatrick et Barnett, 2010).

Les influences non normatives sont liées à des événements inhabituels qui ont une influence marquante sur la vie d'un individu. Il peut s'agir d'événements courants qui se produisent à un âge inhabituel ou d'événements rares que la majorité des gens ne connaîtront jamais. Ces événements peuvent être heureux ou dramatiques : perdre ses parents alors qu'on est encore bébé ou développer une maladie grave, être accepté à l'université à l'âge de 15 ans ou gagner 30 millions de dollars à la loterie, etc. Une personne peut elle-même contribuer à créer ses propres événements non normatifs, par exemple en choisissant de pratiquer assidûment un sport comme le plongeon et en devenant championne olympique.

### Les périodes critiques ou sensibles

Une **période critique** constitue un moment particulier où un événement donné (ou son absence) aura plus d'incidence sur le développement de l'individu qu'à tout autre moment. Si l'existence de périodes critiques a bien été démontrée chez les animaux, comme nous le verrons dans le chapitre 4 avec les théories éthologiques de l'attachement, qu'en est-il des humains? Comme nous le verrons dans le chapitre 2, lors de la grossesse, l'existence de périodes critiques pour le développement physique du fœtus est incontestable. Cependant, il n'en va pas de même des autres aspects du développement, pour lesquels l'existence de périodes critiques irréversibles est très controversée. Ainsi, l'immaturation du cerveau à la naissance et durant l'enfance lui confère une grande plasticité, et c'est la raison pour laquelle plusieurs chercheurs préfèrent parler alors de **période sensible**, c'est-à-dire d'une période durant laquelle une personne est particulièrement prête à répondre à certaines stimulations ou expériences (Bruer, 2001). Durant cette période, un apprentissage donné présentera une efficacité maximale.

### 1.1.7 L'étude scientifique du développement humain

L'étude scientifique du développement humain a apporté des connaissances de plus en plus précises sur les processus qui le caractérisent aux différentes périodes de la vie. Ainsi, elle a modifié la façon dont les adultes considèrent les enfants et se comportent avec eux. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les pratiques éducatives familiales et scolaires, particulièrement à l'école, où la connaissance du développement cognitif de l'enfant a largement influencé l'enseignement des mathématiques. Elle a permis également de poser un regard plus ouvert sur les capacités réelles des personnes âgées.

#### Les études sur l'enfance

Au fil des siècles, les conceptions de l'enfance et de l'éducation des enfants ont bien changé. Selon l'historien français Philippe Ariès (1960), ce n'est qu'au <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle que les enfants ont commencé à être considérés comme des êtres qualitativement différents des adultes. Auparavant, une fois passée la période où leur survie était incertaine, ils étaient intégrés au monde des adultes. L'observation des tableaux anciens nous montre souvent des enfants qui possèdent des traits d'adultes et sont vêtus comme eux. Si cette position d'Ariès a été largement acceptée, d'autres analyses proposent un tableau différent. Le psychologue David Elkind (1987) a ainsi trouvé dans la Bible et dans des textes grecs et romains des éléments témoignant de la nature particulière des enfants.



#### Un exemple d'influence normative

L'utilisation étendue des ordinateurs exerce une influence normative sur le développement de l'enfant, ce qui n'existait pas pour les générations précédentes.



Pour plus d'informations sur la plasticité du cerveau, consulter l'encadré 1.1W « Approfondissement - La valeur adaptative de l'immaturation ».

#### Période critique

Moment particulier où un événement donné (ou son absence) aura plus d'incidence sur le développement qu'à tout autre moment.

#### Période sensible

Période de temps durant laquelle une personne est particulièrement prête à répondre à certaines stimulations ou expériences et durant laquelle un apprentissage donné présentera une efficacité maximale.



Quel type d'influence l'alcoolisme du père de Carole représente-t-il?

Charles Darwin, le père de la théorie de l'évolution, fut l'un des premiers à reconnaître l'importance de l'enfance dans le développement humain. En observant et en tenant un journal sur les progrès quotidiens de son fils, né en 1839, il a constaté que la compréhension du développement durant la petite enfance était nécessaire à la compréhension de l'être humain en tant qu'individu et en tant que membre d'une espèce (Keegan et Gruber, 1985).

À partir de la fin du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, la psychologie fait officiellement son entrée dans le monde des sciences humaines. Non seulement elle se propose de comprendre et d'expliquer le comportement humain, mais elle va aussi considérer l'enfance comme une période déterminante du développement de la personne. Toutefois, à ses débuts, la psychologie du développement se limite essentiellement à la description des changements qui surviennent chez l'enfant.

### **Les études sur l'adolescence, l'âge adulte et le vieillissement**

Il faut attendre le <sup>xx</sup><sup>e</sup> siècle pour que l'adolescence soit vraiment considérée comme une période particulière du développement, avec la publication du livre de Stanley Hall (1904) *Adolescence*. La première moitié du siècle voit également la publication des travaux de Sigmund Freud et de Jean Piaget, qui auront une influence déterminante et dont nous parlerons plus loin.

Hall est aussi l'un des premiers psychologues à s'intéresser au vieillissement. En 1922, à l'âge de 78 ans, il publie *Senescence: The Last Half of Life*. Le premier centre de recherche important dédié à l'étude du vieillissement est ensuite mis sur pied en 1928, à l'Université Stanford, en Californie. Depuis la fin des années 1930, on s'intéresse également au développement de la personne à l'âge adulte. La première étude longitudinale a été menée à l'Université Harvard, où des étudiants ont été suivis de l'âge de 18 ans jusqu'à l'âge mûr. Au milieu des années 1950, des chercheurs tels que Bernice Neugarten et K. Warner Schaie ont poursuivi ces travaux sur l'adulte. Ces études et bien d'autres ont enrichi notre compréhension du développement humain à l'âge adulte.

### **Les études sur le cycle complet de la vie**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la grande majorité des chercheurs reconnaissent que le développement se poursuit tout au long du cycle de vie (*life-span development* pour les auteurs anglophones). Paul B. Baltes (1936-2006) et ses collègues (Baltes, 1987; Baltes, Lindenberger et Staudinger, 1998; Baltes et Smith, 2004) ont relevé sept principes de base qui s'appliquent au développement humain au cours du cycle de vie et que nous pouvons résumer ainsi :

1. Le développement se poursuit tout au long de la vie. C'est un processus continu de transformation des capacités d'adaptation de l'individu à son environnement. Chaque période possède ses caractéristiques propres et aucune n'est plus importante qu'une autre. Chacune est influencée par la précédente et influence à son tour les périodes suivantes.
2. Le développement est multidimensionnel. Il est influencé par les dimensions biologique, psychologique et sociale qui sont en interaction et se déterminent mutuellement, mais qui évoluent à des rythmes différents.
3. Le développement comporte des gains et des pertes. Une personne peut, simultanément, faire des gains dans une dimension et des pertes dans une autre. Les individus cherchent à maximiser les gains en se concentrant sur ce qu'ils font bien et à minimiser les pertes en s'y adaptant ou en trouvant des compensations.
4. L'influence relative de la biologie et de la culture change au cours du cycle de vie. L'équilibre entre ces deux sources d'influence varie avec le temps.
5. Le développement implique des changements dans la répartition des ressources. Au cours de leur cycle de vie, les personnes choisissent d'investir leur temps, leur



énergie, leurs talents, leur argent et leur soutien social de diverses façons, que ce soit pour assurer le développement, pour maintenir un état ou pour le retrouver s'il a été perdu (par exemple, faire du sport afin de se maintenir en santé ou se remettre en forme après une maladie) ou encore pour faire face à une perte.

6. Le développement fait preuve de plasticité. De nombreuses habiletés, telles que la mémoire ou la force physique, peuvent être améliorées avec de l'entraînement et de la pratique, et ce, jusqu'à un âge avancé. Toutefois, cette plasticité a des limites, même durant l'enfance.
7. Le développement est influencé par le contexte historique et culturel. Chaque personne se développe dans des contextes multiples définis autant par son niveau de maturation que par le lieu et l'époque où elle vit. Si l'individu influence son contexte historique et culturel, il est également influencé par lui.

### L'apport de l'étude du développement

L'étude scientifique du développement humain permet de le jalonner et de déterminer les étapes que toutes les personnes franchissent environ au même âge. Aujourd'hui, on ne se contente plus de décrire le comportement aux différentes étapes de la vie, on veut *expliquer*, prédire et, éventuellement, modifier celui-ci. En comprenant mieux les transitions qui surviennent au cours du cycle de vie et comment la plupart des gens y font face, chacun de nous est susceptible de mieux s'y préparer. Parmi ces événements importants, mentionnons l'arrivée d'un enfant, l'entrée à l'école, la première relation sexuelle, la formation d'un couple, l'entrée sur le marché du travail, l'apparition d'une maladie incurable, la retraite et le décès du conjoint. La psychologie du développement nous permet de mieux saisir l'importance de ces étapes et d'y faire face de façon plus adéquate. Elle permet également de mettre sur pied des programmes d'intervention plus efficaces afin de faciliter le développement des personnes qui vivent de telles transitions, comme nous le verrons plus loin.



#### FAITES LE POINT

1. Définissez la psychologie du développement humain.
2. Expliquez la différence entre un changement quantitatif et un changement qualitatif, puis donnez deux exemples de chacun de ces types de changement.
3. Pourquoi plusieurs chercheurs préfèrent-ils parler de « périodes sensibles » dans le développement plutôt que de « périodes critiques » ?
4. Que répondriez-vous à une personne qui affirme que le développement cognitif est la dimension la plus déterminante au cours de l'enfance ?

## 1.2 Les approches théoriques du développement humain

Pour expliquer comment l'être humain se développe, les scientifiques ont élaboré plusieurs théories. Une **théorie** se définit comme un ensemble cohérent d'énoncés et de concepts interreliés de façon logique. Elle vise à expliquer, à interpréter ou à prédire un phénomène. Une théorie est élaborée à partir de données, c'est-à-dire d'informations obtenues par la recherche et l'observation. Dans le domaine qui nous intéresse, l'objectif principal est d'expliquer le développement et de prédire quels comportements sont susceptibles d'apparaître sous certaines conditions. En organisant les données issues de la recherche, une théorie permet de formuler des *hypothèses*, c'est-à-dire des tentatives d'explication ou de prédiction d'un phénomène. Ces hypothèses

#### Théorie

Ensemble cohérent d'énoncés ou de concepts interreliés de façon logique et qui vise à expliquer, à interpréter et à prédire un phénomène.



Croyez-vous que votre enfance a eu une influence sur la personne que vous êtes aujourd'hui ? Est-il possible que Carole ait refusé d'avoir des enfants parce qu'elle a eu une enfance malheureuse ?

### Approche psychanalytique

Approche qui stipule que le développement est marqué par l'action de forces inconscientes qui motivent le comportement humain et que les événements qui se produisent durant l'enfance déterminent le développement de la personnalité adulte.

seront, à leur tour, vérifiées par d'autres recherches. Une théorie peut donc être modifiée, améliorée ou remise en question à la lumière de nouveaux résultats de recherche.

Si aucune théorie ne permet à ce jour d'expliquer l'ensemble du développement humain, chacune apporte sa propre perspective et met davantage l'accent sur un aspect ou un autre du développement. Au moins cinq approches théoriques permettent d'aborder l'étude du développement, soit les approches psychanalytique, behavioriste, cognitiviste, humaniste et écologique. Chacune a ses partisans et ses opposants, de sorte qu'aucune n'échappe à la critique. Néanmoins, ces cinq approches contribuent substantiellement à notre compréhension du développement humain. Le tableau 1.1 présente les caractéristiques de celles-ci, qui se distinguent surtout par trois points fondamentaux : l'influence respective de l'hérédité et de l'environnement, la participation active ou non de l'individu à son propre développement et la présence ou l'absence de stades dans le développement.

## 1.2.1 L'approche psychanalytique

C'est à Sigmund Freud que l'on doit l'**approche psychanalytique**. Cette approche stipule que le développement est marqué par l'action de forces inconscientes qui motivent le comportement humain et que les événements qui se produisent durant l'enfance déterminent le développement de la personnalité adulte. On dit de cette approche qu'elle est *psychodynamique*.

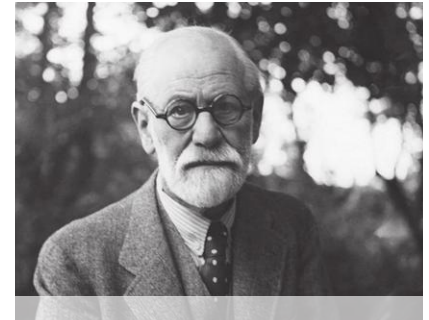
**TABLEAU 1.1** Les cinq approches théoriques du développement

	Principale théorie	Postulat de base
Psychanalytique	Théorie psychosexuelle (Freud)	Le comportement est contrôlé par de puissantes pulsions inconscientes.
	Théorie psychosociale (Erikson)	La personnalité est influencée par la société et se développe en passant par différentes crises ou alternatives critiques.
Behavioriste et néobehavioriste	Béhaviorisme ou théorie traditionnelle de l'apprentissage (Pavlov, Watson et Skinner)	Les individus réagissent aux stimuli de l'environnement ; le comportement est déterminé par l'environnement.
	Théorie de l'apprentissage social ou sociocognitive (Bandura)	Les enfants apprennent dans un contexte social donné, en observant et en imitant des modèles, et contribuent activement à leur apprentissage.
Cognitiviste	Théorie cognitiviste (Piaget)	Des changements qualitatifs de la pensée se produisent au cours de l'enfance et de l'adolescence. L'enfant amorce activement son propre développement, qui va dans le sens d'une adaptation croissante.
	Théorie socioculturelle (Vygotsky)	Les interactions sociales sont au centre du développement cognitif de l'enfant.
	Théorie du traitement de l'information	Les êtres humains sont en quelque sorte des processeurs de symboles.
Humaniste	L'actualisation de soi (Rogers)	L'être humain tend vers le développement de son plein potentiel en étant authentique et congruent.
	La pyramide des besoins (Maslow)	Les besoins de base doivent être satisfaits avant qu'une personne n'atteigne l'actualisation de soi.
Écologique	Modèle écologique (Bronfenbrenner)	L'individu se développe en fonction de six systèmes d'influence qui sont en interaction constante.

## S. Freud : la théorie psychosexuelle

Sigmund Freud (1856-1939) naît en Moravie (actuelle République tchèque) dans une famille juive, mais il est élevé à partir de l'âge de trois ans à Vienne, en Autriche. Il y reçoit une formation en médecine. Malgré son désir de devenir chercheur, il se tourne vers la pratique privée, ses origines juives faisant alors obstacle à une carrière universitaire. Il s'intéresse particulièrement à la neurologie, soit à l'étude du cerveau et des troubles du système nerveux. Dans le cadre de sa pratique, il observe que certains maux dont souffrent ses patients demeurent inexplicables physiologiquement, symptômes que l'on attribuait alors à *l'hystérie*. Il entreprend donc de sonder plus en profondeur l'esprit de ces personnes en les questionnant. Peu à peu, il parvient à la conclusion que la majorité de leurs troubles physiques ont une cause psychologique et qu'ils sont dus à des expériences traumatisantes vécues dans l'enfance, mais qui ont été refoulées, c'est-à-dire oubliées.

Freud en vient à croire que le comportement humain est essentiellement déterminé par des forces inconscientes, soit des instincts fondamentaux qu'il appelle des « pulsions ». Celles-ci orientent le comportement vers la recherche du plaisir et l'évitement de la douleur. Deux pulsions dominent le comportement de façon inconsciente : la *pulsion de vie* (ou pulsion sexuelle) et la *pulsion de mort* (ou pulsion agressive). Pour lui, la pulsion sexuelle et son assouvissement constitue un élément essentiel du développement de la personnalité durant l'enfance. La **libido**, énergie psychique fondamentale et inconsciente, est le moteur de la pulsion de vie et elle est investie de diverses manières à partir des relations que l'enfant développe avec son entourage.



### Sigmund Freud

À l'aide des souvenirs d'enfance de ses patients adultes, le médecin viennois Sigmund Freud a développé une théorie du développement psychosexuel durant l'enfance. Sa fille Anna a suivi ses traces et élaboré ses propres théories du développement de la personnalité.

### Libido

Dans la théorie freudienne, la libido représente l'énergie psychique fondamentale et inconsciente. Elle est le moteur de la pulsion de vie.

	Technique utilisée	Basée sur des stades	Cause	Individu actif ou passif
	Observation clinique	Oui	Facteurs innés modifiés par l'expérience	Passif
	Observation clinique	Oui	Interaction de facteurs innés et de facteurs dus à l'expérience	Actif
	Procédure scientifique (expérimentale) rigoureuse	Non	Expérience	Passif
	Procédure scientifique (expérimentale) rigoureuse	Non	Expérience modifiée par des facteurs innés	Actif et passif
	Entrevues souples ; observation méticuleuse	Oui	Interaction de facteurs innés et de facteurs dus à l'expérience	Actif
	Recherche interculturelle ; observation d'enfants interagissant avec des personnes plus compétentes	Non	Expérience	Actif
	Recherches en laboratoire ; contrôle technologique de réponses physiologiques	Non	Interaction de facteurs innés et de facteurs dus à l'expérience	Actif et passif
	Observation clinique	Non	Expérience	Actif et passif
	Observation clinique	Non	Expérience	Actif et passif
	Observation et analyse naturalistes	Non	Interaction de facteurs innés et de facteurs dus à l'expérience	Actif

**Conflit intrapsychique**

Conflit inconscient entre les pulsions fondamentales et les contraintes liées à la réalité extérieure et aux attentes sociales.

**Théorie du développement psychosexuel**

Théorie développée par Sigmund Freud, qui décrit une séquence invariable de stades dans le développement de la personnalité, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, au cours de laquelle différentes zones érogènes sont investies.

**Zone érogène**

Partie du corps où se concentrent les tensions sexuelles et qui procure du plaisir. Chacune d'elles est associée à un stade du développement psychosexuel.

**Ça**

Selon Freud, instance innée et inconsciente de la personnalité, présente dès la naissance, qui obéit au principe de plaisir par la recherche d'une gratification immédiate.

**Moi**

Selon Freud, seconde instance de la personnalité, qui se développe à partir du contact avec le monde extérieur et qui obéit au principe de réalité dans la recherche de modes acceptables de satisfaction des désirs.

**Surmoi**

Selon Freud, troisième instance de la personnalité, qui représente les règles, les interdits et les principes moraux transmis à l'enfant par les parents et d'autres représentants de la société. Il obéit au principe de moralité et se développe vers l'âge de cinq ou six ans.

Cependant, les contraintes liées à la réalité extérieure et aux attentes sociales empêchent souvent la satisfaction de ces pulsions et créent alors des **conflits intrapsychiques**, la plupart du temps inconscients: la personne ne sait pas qu'elle vit ces conflits, alors que ces derniers influencent pourtant ses émotions, ses comportements et même sa santé. Ce n'est qu'avec l'aide d'une psychanalyse – une forme de thérapie élaborée par Freud – que ces conflits refoulés pourront revenir à la mémoire du patient.

Freud a mis sur pied une **théorie du développement psychosexuel** fondée sur des stades, lesquels constituent la base du développement de la personnalité. Il propose cinq stades du développement psychosexuel, soit les stades oral, anal et phallique, la période de latence et le stade génital. Le tableau 1.2 résume ces cinq stades. Les trois premiers, qui correspondent aux premières années de la vie, sont les plus déterminants: la façon dont chacun d'eux est franchi influence le développement de la personnalité adulte. Chaque stade du développement psychosexuel est lié à une **zone érogène**, soit une partie du corps où se concentrent les tensions sexuelles et qui procure du plaisir. Freud considère qu'un enfant qui reçoit trop ou trop peu de gratification durant l'un de ces stades risque de faire une *fixation*, c'est-à-dire un arrêt dans le développement qui risque d'influencer sa personnalité adulte.

Selon Freud, la personnalité est une structure dynamique qui se développe avec le temps. Elle est composée de trois instances psychiques, le ça, le moi et le surmoi. Les nouveau-nés sont gouvernés par le **ça**, qui est la seule instance présente à la naissance. Source des pulsions de base et réservoir de l'énergie psychique, le ça est totalement inconscient, donc inaccessible directement, et amoral. Il ne supporte pas la tension et obéit au *principe du plaisir*, c'est-à-dire qu'il exige une satisfaction immédiate des besoins sans tenir compte de la réalité externe. Dans la théorie freudienne, le rôle de la mère est vu comme un élément déterminant en ce qui concerne la satisfaction des besoins du très jeune enfant. Toutefois, celle-ci ne peut le satisfaire parfaitement. Par exemple, lorsque le biberon est prêt, mais qu'il est trop chaud, l'enfant doit attendre et différer son plaisir: il connaît alors la frustration. L'enfant est ainsi amené peu à peu à découvrir que le monde extérieur existe, ce qui conduit au développement du **moi**, la seconde instance de la personnalité.

Le moi obéit au *principe de réalité*. Il est rationnel et, en grande partie, conscient. Il joue un rôle de médiateur entre les exigences du ça et celles de la réalité extérieure; c'est un peu l'«administrateur» de la personnalité. Selon Freud, la conscience de soi émane du moi. Plus tard apparaît le **surmoi**, troisième instance de la personnalité, qui résulte de l'intériorisation des règles, des interdits et des principes moraux transmis par les parents et les autres représentants de la société. Le surmoi se forme au stade phallique, soit lorsque le complexe d'Œdipe est résolu et que l'enfant s'identifie à ses parents (*voir le chapitre 6*). En partie conscient, mais surtout inconscient, le

**TABLEAU 1.2** Les stades du développement psychosexuel selon Freud

Stade	Âge	Zone érogène	Activités gratifiantes	Tâche à accomplir
Oral	Naissance à 12-18 mois	Bouche	Tétée, succion, morsure	Sevrage
Anal	12-18 mois à 3 ans	Anus	Rétention et expulsion des fèces	Apprentissage de la propreté
Phallique	3 à 6 ans	Organes génitaux	Attouchement des parties génitales	Résolution du complexe d'Œdipe, identification au parent de même sexe
Période de latence	6 ans à la puberté	Aucune en particulier	Calme relatif de la pulsion sexuelle	Développement des compétences cognitives et sociales
Génital	Puberté à la fin de la vie	Organes génitaux	Relations sexuelles	Choix d'un partenaire de sexe opposé, reproduction

surmoi obéit au *principe de moralité*. La plupart des conflits intrapsychiques naissent de l'opposition entre les exigences du ça et les interdits du surmoi. Lorsque les exigences du surmoi ne sont pas respectées, l'enfant peut se sentir coupable et développer de l'anxiété.

L'exemple suivant pourrait vous aider à mémoriser le rôle joué par les trois instances de la personnalité. Le ça crie : « Je veux encore de la crème glacée! (principe de plaisir) », le moi répond : « Tu vas être malade si tu en manges trop! (principe de réalité) » tandis que le surmoi murmure : « Tu n'as pas honte d'être aussi gourmand quand il y a autant d'enfants qui meurent de faim? (principe de moralité) ».

Selon Freud, une personnalité saine implique un équilibre relatif entre les trois instances de la personnalité. Lorsque le moi ne parvient plus à jouer son rôle de régulateur entre le ça et le surmoi, le déséquilibre s'installe, engendrant de la tension et de l'anxiété. Le moi recourt alors à des **mécanismes de défense** inconscients qui consistent à déformer la réalité ou à la nier pour soulager l'anxiété. Le *refoulement* est un exemple de mécanisme de défense qui vise, entre autres, à empêcher un souvenir menaçant d'accéder à la conscience. Si vous donnez un coup de pied à votre chien après vous être disputé avec votre père, c'est un autre mécanisme de défense que vous utilisez : le déplacement. Selon Freud, tous les individus ont recours à des mécanismes de défense, mais certains le font d'une manière trop rigide ou de façon trop répétitive, ce qui peut entraîner des troubles psychologiques. Nous reparlerons des mécanismes de défense dans le chapitre 8.

## E. Erikson : la théorie psychosociale

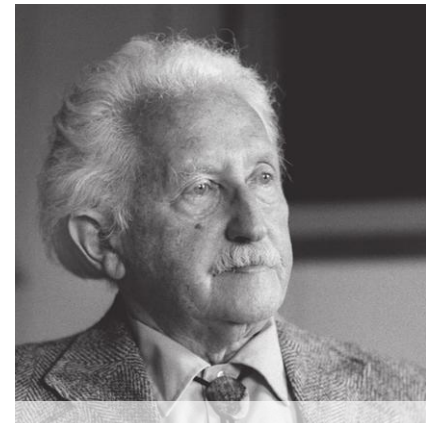
Né en Allemagne d'un père qu'il ne connaîtra pas et d'une mère danoise d'origine juive, Erik Erikson (1902-1994) est initié à la psychanalyse en Autriche par Anna, la fille de Freud. Fuyant la menace nazie (qui finira par démanteler le cercle de Freud), il part s'installer aux États-Unis en 1933, où il deviendra professeur. Son nouveau statut d'immigrant l'oblige à redéfinir son identité. Ses expériences personnelles, dont nous reparlerons dans le chapitre 10, ainsi que des observations réalisées auprès d'adolescents troublés, de soldats au combat pendant la Seconde Guerre mondiale et de membres de groupes minoritaires, influencent l'élaboration de sa théorie (Erikson, 1968, 1973; Evans, 1967). Il travaille également auprès de groupes d'enfants amérindiens, ce qui l'amène à établir un lien entre le développement de la personnalité et l'influence des valeurs parentales, sociales et culturelles. Erikson accepte en grande partie les idées de Freud, mais il trouve que sa théorie sous-estime l'influence de la société en accordant trop de place à la pulsion sexuelle comme facteur central du développement.

Pour Erikson, l'émergence et le développement de l'identité sont au cœur du développement humain, et le moi conscient est l'instance la plus importante de la personnalité. Selon la **théorie du développement psychosocial** (Erikson, 1963, 1982; Erikson, Erikson et Kivnick, 1986), cette recherche de l'identité ne s'arrête pas à l'adolescence, mais se poursuit tout au long du cycle de vie. Contrairement à Freud, Erikson considère que ce sont les enjeux sociaux et culturels, bien plus que la libido, qui déterminent la personnalité. Il propose huit **stades psychosociaux** au cours desquels se développe le moi (*voir le tableau 1.3, à la page suivante*). À chacun de ces stades correspond une *tâche développementale* à accomplir, ce qui provoque une crise au sein de la personnalité. Pour se développer sainement, la personne doit résoudre chacune de ces huit crises et atteindre un équilibre entre deux pôles, l'un positif, l'autre négatif.

La résolution de chaque crise dépend de l'interaction entre l'individu et son environnement social. Pour Erikson, chaque crise développementale correspond à « une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialité accentuée » (Erikson, 1972). Par exemple, au premier stade, la crise à résoudre est celle de la *confiance* ou de la *méfiance fondamentale*. Le nouveau-né doit se fier à son entourage pour satisfaire ses besoins de base. Si ces derniers sont relativement comblés, il développera peu à peu

### Mécanisme de défense

Stratégie inconsciente utilisée par le moi pour réduire l'anxiété et qui consiste à nier la réalité ou à la déformer.



### Erik Erikson

L'approche du psychanalyste Erik Erikson est fondée sur la théorie freudienne, mais celui-ci considère que les influences de la société touchent autant, sinon davantage, la personnalité que la pulsion sexuelle.

### Théorie du développement psychosocial

Théorie développée par Erikson qui souligne l'importance des influences sociales et culturelles dans le développement de la personnalité, et au cœur de laquelle se situe la recherche de l'identité du moi.

### Stade psychosocial

Selon Erikson, stade du développement de la personnalité. Chacun des huit stades psychosociaux est marqué par l'existence d'une crise à résoudre, c'est-à-dire par l'atteinte d'un équilibre entre deux pôles, l'un positif, l'autre négatif.



Quelle crise Carole parvient-elle à résoudre avec l'aide de son professeur?

une confiance fondamentale en autrui et en lui-même. Au contraire, si les relations avec sa mère et les autres personnes proches sont insatisfaisantes, c'est la méfiance qui s'installera. Selon Erikson, l'enfant doit trouver l'équilibre entre le fait d'accorder une confiance aveugle à tous ceux qui l'entourent et celui de rester en retrait à cause d'une trop grande méfiance : un enfant équilibré fera fondamentalement confiance au monde, mais gardera un minimum de méfiance pour se protéger des situations dangereuses ou malsaines. Lorsque la personne résout positivement la crise qu'elle traverse, elle développe alors une qualité particulière, une *force adaptative* qui lui permet de progresser dans son développement. La façon dont chacune des crises est résolue aura une incidence sur la personnalité. Selon Erikson, si une crise n'est pas franchie ou qu'elle l'est difficilement, l'enfant, et même l'adulte, pourra la résoudre ultérieurement, lorsque d'autres occasions se présenteront. Par exemple, un enfant qui traverse mal la crise de *confiance/méfiance* pourra, lors d'une première relation amoureuse, expérimenter une nouvelle forme d'attachement qui lui permettra de devenir plus confiant. Pour Erikson, c'est à l'adolescence, avec la crise d'identité, que se situe l'étape la plus importante du développement (*voir le chapitre 10*). Le tableau 1.3 présente les huit stades psychosociaux selon Erikson.

**TABLEAU 1.3** Les stades du développement psychosocial selon E. Erikson

Stade : crise à résoudre	Âge	Résolution de la crise	Force adaptative
Confiance/Méfiance fondamentale	Naissance à 12-18 mois	L'enfant perçoit le monde extérieur comme un lieu amical et sécuritaire où ses besoins peuvent être satisfaits.	Espoir
Autonomie/Honte et doute	12-18 mois à 3 ans	Importance de l'apprentissage de la propreté, puis du langage : l'enfant découvre ses capacités de contrôle sur lui-même et sur les autres.	Volonté
Initiative/Culpabilité	3 à 6 ans	L'enfant développe le courage de poursuivre ses propres objectifs sans être inhibé par la culpabilité ou la peur d'être puni.	Capacité de se donner des buts
Travail/Infériorité	6 ans à la puberté	L'enfant se sent apte à maîtriser les habiletés et à accomplir les tâches qu'on attend de lui.	Compétence
Identité/Confusion des rôles	Puberté à jeune adulte	La personne développe une conception cohérente de soi intégrant les divers aspects de sa vie personnelle et sociale.	Fidélité
Intimité/Isolement	Jeune adulte	La personne est capable de s'engager affectivement avec une autre personne (formation d'un couple, d'une famille, etc.).	Amour
Générativité/Stagnation	Adulte d'âge moyen	La personne se sent de plus en plus concernée par les générations plus jeunes. Elle les guide, leur transmet ses connaissances et les fait profiter de son expérience.	Souci pour autrui (sollicitude)
Intégrité/Désespoir	Adulte d'âge avancé	La personne accepte la vie qu'elle a menée ainsi que sa mort prochaine.	Sagesse

Source : Adapté d'Erikson, 1982.

### L'apport et les limites des théories psychanalytiques

Les travaux de Freud ont eu une influence majeure sur la vision que nous avons, aujourd'hui encore, de la psyché humaine, et plus particulièrement de la nature des désirs, des pensées et des émotions inconscientes. Freud nous a permis de mieux comprendre le rôle crucial de l'enfance dans le développement, de prendre conscience de la sexualité infantile et de saisir toute l'importance – et l'ambivalence – des relations parent-enfant. Parmi les nombreux penseurs qui ont suivi les traces de Freud, Erikson, en s'écartant plus ou moins de la théorie freudienne et en ouvrant de nouvelles perspectives, a largement contribué à la compréhension du développement humain. Une des forces de la théorie d'Erikson consiste à reconnaître que l'individu se développe tout au long de sa vie et qu'il est capable de faire des choix. Elle réside aussi dans l'importance accordée aux influences sociales et culturelles qui s'exercent sur le développement.

Les théories psychosexuelle et psychosociale ont toutes deux été critiquées. Certains reprochent à Freud d'accorder une importance exagérée aux processus inconscients, dont l'existence ne peut être prouvée de façon empirique. De plus, Freud a élaboré sa théorie à partir d'entretiens cliniques et non à partir d'études scientifiques. Ses observations portent surtout sur des femmes adultes, généralement issues de milieux favorisés et qui poursuivent une démarche thérapeutique: elles ne s'appuient donc pas sur un échantillon représentatif et ne permettent pas de généraliser ses conclusions à l'ensemble de la population. Si cette critique s'applique moins aux travaux d'Erikson, certaines recherches révèlent néanmoins qu'il existe peu de preuves selon lesquelles les stades se succèdent comme il le prétend (Chiriboga, 1989). Comme c'est le cas pour ceux de Freud, les concepts mis de l'avant par Erikson peuvent difficilement être vérifiés scientifiquement (Thomas, 2004). Enfin, Freud et Erikson reçoivent la même critique, quoique formulée différemment: ils ont tous deux centré leur théorie sur l'homme comme étant la norme d'un sain développement, au détriment de la femme, ce qui, de fait, laisse de côté la moitié de la population...

## 1.2.2 L'approche behavioriste et néobehavioriste

L'**approche behavioriste** met l'accent sur l'étude des comportements observables, mesurables et quantifiables. À l'opposé de l'approche psychanalytique, elle nie les motivations inconscientes et considère le développement comme résultant de l'apprentissage, c'est-à-dire comme un ensemble de réactions à des stimuli et à des événements extérieurs. Selon les behavioristes, les changements de comportements dus à l'apprentissage observés durant le développement découlent particulièrement de la façon dont un individu réagit aux stimuli agréables, douloureux ou menaçants qui viennent de son environnement. En effet, s'ils reconnaissent la limite imposée aux actions humaines par les mécanismes biologiques, les tenants de l'approche behavioriste accordent à l'environnement un rôle déterminant dans l'orientation du comportement: on dit qu'ils sont **déterministes**. Par conséquent, si l'on parvient à cerner toutes les influences exercées par l'environnement sur l'individu, on pourra prédire ses comportements, voire les modifier.

Les tenants de cette approche se sont surtout intéressés à deux formes d'apprentissage, soit le conditionnement classique ou répondant et le conditionnement instrumental ou opérant.

### I. Pavlov: le conditionnement classique ou répondant

Le physiologiste russe Ivan Pavlov (1849-1936) est devenu célèbre en apprenant à un chien à saliver au son d'une cloche. À la présentation de nourriture, le chien salive automatiquement. Comment l'amener à saliver au son d'une cloche? Dans le cadre de cette étude, le chercheur a fait tinter une cloche juste avant de présenter de la nourriture au chien, et ce, de façon répétée. À la longue, le chien a associé le son de la cloche à la présence de nourriture, puis a commencé à saliver au seul son de la cloche. Dans cette expérience, la nourriture représente le stimulus inconditionnel (SI) provoquant naturellement la salivation, soit la réponse inconditionnelle (RI). Le son de la cloche est, au départ, un stimulus neutre (SN), puisqu'il ne provoque pas la salivation. Associé plusieurs fois à la nourriture, il devient un stimulus conditionnel (SC), à même d'entraîner la salivation, soit une réponse conditionnelle (RC). Cette expérience illustre le **conditionnement classique** ou **conditionnement répondant**, une forme d'apprentissage très présente dans le développement de l'enfant, particulièrement en ce qui concerne les expériences de bien-être ou de malaise associés à certaines personnes ou objets de son entourage. C'est ainsi qu'un enfant peut acquérir une *aversion gustative* envers un aliment donné à la suite d'une seule association. Il suffit, par exemple, qu'il vomisse après avoir mangé une banane pour que l'aversion s'installe et que la seule odeur de la banane lui donne la nausée.

#### Approche behavioriste

Approche qui met l'accent sur l'étude des comportements observables, mesurables et quantifiables, et qui considère le développement comme le résultat d'un apprentissage, donc comme un ensemble de réactions à des stimuli et à des événements venant de l'environnement.

#### Déterminisme

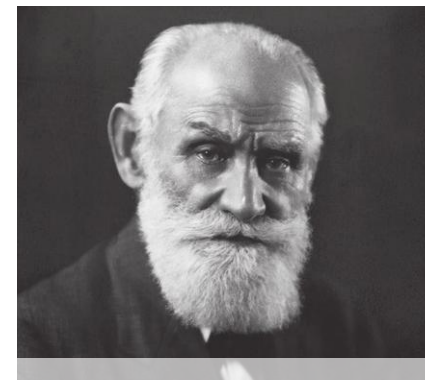
Vision selon laquelle l'environnement joue un rôle déterminant dans l'orientation du comportement.

#### Conditionnement classique ou répondant

Apprentissage grâce auquel un stimulus finit par déclencher une réponse après avoir été associé à un autre stimulus qui, lui, provoque automatiquement cette réponse.

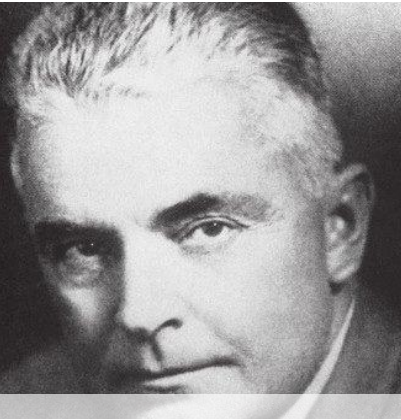


Comment Carole en est-elle arrivée à ne plus supporter l'odeur de la bière?



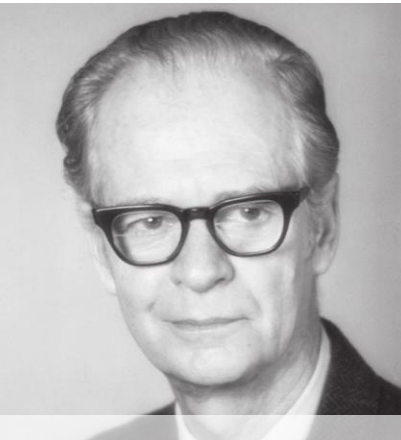
Ivan Pavlov

Le physiologiste Ivan Pavlov est considéré comme le découvreur du conditionnement classique.



**John Watson**

Selon J. Watson, l'apprentissage est au centre des comportements humains.



**Burrhus F. Skinner**

Le psychologue Burrhus F. Skinner a énoncé les principes du conditionnement opérant.

### Conditionnement instrumental ou opérant

Forme d'apprentissage dans laquelle une réponse continue de se produire parce qu'elle a été renforcée ou bien cesse de se produire parce qu'elle a été punie.



Quel rôle les desserts préparés par la mère de Carole peuvent-ils jouer ?

#### Renforcement positif

Selon Skinner, stimulus agréable appliqué à la suite d'un comportement et qui augmente la probabilité de réapparition du comportement.

#### Renforcement négatif

Selon Skinner, stimulus désagréable retiré à la suite du comportement et qui augmente la probabilité de réapparition du comportement.

C'est à John B. Watson (1878-1958) que l'on doit le terme *béhaviorisme*. Watson a été le premier à appliquer le conditionnement classique à l'étude du développement de l'enfant. Ainsi, le bébé apprendra à aimer ses parents parce qu'il les associe peu à peu au sentiment de confort qu'il éprouve dans leurs bras et aux caresses qu'ils lui prodiguent. Les parents sont donc d'abord un stimulus neutre, qui devient ensuite conditionnel. En apprenant quels événements sont associés les uns aux autres, l'enfant peut anticiper ce qui va se produire, et le monde devient alors plus ordonné et plus prévisible. Selon Watson, à part quelques réflexes innés, tous les comportements résultent de l'apprentissage, qu'il conçoit comme un ensemble de réponses mesurables à des stimuli venant de l'environnement et qu'on peut définir objectivement (Cloutier et Parent, 2013). Le chercheur va jusqu'à affirmer qu'il peut conditionner n'importe quel enfant à devenir ce qu'il voudrait qu'il devienne, ce que l'on ne croit plus aujourd'hui. Malgré tout, Watson a influencé les pratiques éducatives de toute une génération de parents américains.

### B. F. Skinner : le conditionnement instrumental ou opérant

Noémie repose dans son berceau. Quand elle se met à babiller (« ma-ma-ma », sa mère s'approche, sourit et répète les mêmes syllabes. Si cette situation se répète, Noémie va apprendre que son comportement (babiller) entraîne une conséquence agréable (recevoir de l'attention). Elle continuera donc à babiller pour obtenir de nouveau cette attention. Ce type de conditionnement est appelé **conditionnement instrumental** ou **conditionnement opérant**.

À la différence du conditionnement répondant, où l'association s'établit entre un stimulus venant de l'environnement et une réponse réflexe de l'organisme, dans le conditionnement opérant, l'association se fait entre une réponse et ses conséquences. C'est le psychologue américain Burrhus F. Skinner (1904-1990) qui a énoncé les principes de ce type de conditionnement fréquemment utilisé par les parents, les enseignants et les dresseurs d'animaux. Skinner (1938) a amené des pigeons à reconnaître des leviers de couleurs différentes en les récompensant avec de la nourriture lorsqu'ils appuyaient sur le bon levier. Il a ensuite montré que le même principe pouvait s'appliquer au comportement humain. Si un comportement entraîne une conséquence agréable (ou bien le retrait d'une conséquence désagréable), on dit qu'il est *renforcé*. La probabilité que le sujet adopte de nouveau le même comportement augmente alors. Si, au contraire, le comportement entraîne une conséquence désagréable (ou empêche une conséquence agréable), il est puni, et la probabilité que le sujet l'adopte à nouveau diminue.

### Le renforcement et la punition

Le renforcement peut être positif ou négatif. Le **renforcement positif** consiste à donner une récompense telle que de la nourriture, une bonne note à un travail, de l'argent ou des compliments à la suite du comportement du sujet. Le **renforcement négatif** consiste à retirer de l'environnement du sujet un stimulus désagréable, par exemple une lumière aveuglante, un bruit désagréable ou des réprimandes, pour obtenir la réponse désirée. Pour ne pas avoir froid aux mains l'hiver, l'enfant apprend ainsi à mettre ses mitaines lorsqu'il va jouer à l'extérieur.

Si le renforcement augmente la probabilité d'apparition d'un comportement, la punition la réduit. En effet, lorsqu'une conséquence désagréable suit un comportement, celui-ci tend à diminuer ou même à disparaître. Il faut cependant bien distinguer le renforcement négatif de la punition : alors que le renforcement négatif augmente la probabilité d'apparition d'une réponse, la punition diminue au contraire cette probabilité. Par exemple, si un ami vous insulte lors d'une dispute, vous pouvez le punir en cessant de lui parler. Vous lui infligez alors une conséquence désagréable pour faire disparaître le comportement en question. À l'opposé, lorsque nous appliquons un renforcement négatif, nous retirons une conséquence désagréable si le comportement souhaité apparaît. Par exemple, si votre ami s'excuse après avoir proféré des paroles



blesantes et que vous recommencez à le fréquenter, vous aurez alors retiré la conséquence désagréable que vous lui aviez infligée (ne plus lui parler). Généralement, l'individu reproduira un comportement qui fait cesser une conséquence désagréable.

Comme c'est le cas pour le renforcement, il existe des *punitions positives* et des *punitions négatives*. Si vous criez après votre petit frère parce qu'il est venu fouiller dans vos affaires, vous lui appliquez une punition positive (se faire réprimander est désagréable). Si, toutefois, pour la même raison, vous lui reprenez un livre que vous lui aviez donné, la punition est alors négative (retrait d'un stimulus agréable). Le conditionnement opérant est un outil puissant, utilisé pour former ou modifier le comportement des enfants et des adultes. Cependant, pour être vraiment efficace, le renforcement ou la punition doit être donné le plus tôt possible après le comportement visé, faute de quoi l'association entre le comportement et sa conséquence risque de ne pas se faire. Par ailleurs, selon plusieurs théoriciens de l'apprentissage, la punition positive n'est pas toujours considérée comme le meilleur moyen de modifier un comportement, comme nous le verrons dans le chapitre 6. Enfin, il faut savoir que ce qui représente un renforcement pour l'un peut être une punition pour l'autre. Par exemple, être félicité publiquement pour un travail bien fait peut être agréable pour une personne, mais très désagréable pour une autre, plus timide.

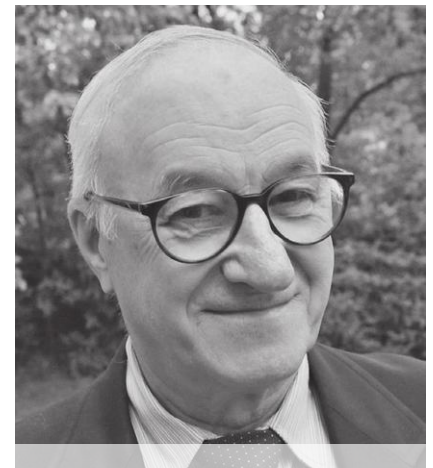
Les conditions environnementales se modifiant sans cesse, un comportement peut disparaître s'il cesse d'être renforcé, de la même façon qu'une réponse conditionnelle peut s'éteindre si elle n'est plus associée au stimulus conditionnel : on parle alors d'*extinction* du comportement ou de la réponse.

### A. Bandura : l'apprentissage social ou apprentissage par observation

La **théorie de l'apprentissage social**, ou **apprentissage par observation**, soutient que la personne apprend en observant et en imitant le comportement de modèles. L'enfant peut ainsi imiter les comportements de ses proches, de ses amis ou même de personnes vues à la télévision. Cette théorie, dont le psychologue canadien Albert Bandura (1925-) est le principal défenseur, met elle aussi l'accent sur l'impact de l'environnement. Toutefois, elle attribue à la personne un rôle beaucoup plus actif dans son développement que le béhaviorisme classique. En effet, selon cette théorie, l'individu choisit ses modèles : ainsi, un enfant peut choisir d'imiter le comportement d'un joueur de hockey pour qui il a une grande admiration ou un adolescent peut choisir de s'habiller comme un chanteur à la mode.

Parce qu'elle reconnaît l'importance de la pensée dans l'apprentissage, on classe cette théorie dans le courant *néobéhavioriste*. Depuis 1989, la théorie de l'apprentissage social est d'ailleurs nommée *théorie sociale cognitive* par Bandura (1986, 1989). Cette nouvelle appellation reflète bien toute l'importance qu'il accorde aux processus cognitifs. Lorsqu'elle observe les comportements d'autrui, la personne évalue leurs conséquences. Si la conduite observée est récompensée, elle aura tendance à la reproduire pour être récompensée à son tour. Si, au contraire, elle entraîne une conséquence désagréable, elle aura plutôt tendance à l'éviter. Ce type d'apprentissage *vicariant*, comme le nomme Bandura, nous permet d'apprendre un comportement sans que nous soyons directement renforcés ou punis. Ainsi, lorsqu'un automobiliste voit un autre conducteur se faire arrêter par les policiers pour un excès de vitesse, il sera porté à lever le pied de l'accélérateur pour ne pas subir la même conséquence négative.

La sélection et la reproduction des comportements observés mettent en jeu plusieurs processus cognitifs tels que la capacité d'être attentif, d'organiser mentalement l'information sensorielle et de mémoriser. Ces processus agissent sur les apprentissages. Par exemple, un enfant peut décider d'imiter le comportement d'un camarade de classe particulièrement agressif parce que ce dernier exerce ainsi davantage d'ascendant sur ses pairs. Cependant, ce comportement peut être rejeté dans la famille de l'enfant. À partir des réactions obtenues dans divers contextes, il pourra alors former peu à peu



**Albert Bandura**

Le psychologue Albert Bandura est un éminent défenseur de la théorie de l'apprentissage social, selon laquelle l'apprentissage passe par l'observation et l'imitation de modèles.



Comment la théorie de l'apprentissage social expliquerait-elle le choix de Carole pour la biologie ?

### **Théorie de l'apprentissage social ou apprentissage par observation**

Théorie principalement développée par Bandura, selon laquelle les comportements sont acquis par l'observation et l'imitation du comportement de modèles.

**Efficacité personnelle**

Conviction d'une personne de détenir les capacités nécessaires pour réussir ce qu'elle entreprend.

son jugement et mieux sélectionner ses modèles, ce qui développera son sentiment d'**efficacité personnelle**, c'est-à-dire sa conviction de détenir les capacités nécessaires pour réussir ce qu'il entreprend. Aujourd'hui, rares sont les chercheurs qui excluent la dimension cognitive de l'apprentissage comme le faisaient les tenants des conditionnements répétant et opérant. Les humains apprennent dans un contexte social et culturel complexe où la diversité des apprentissages à développer ne peut être expliquée par le simple conditionnement. L'imitation de modèles joue ainsi un rôle majeur dans l'acquisition du langage, dans le développement du sens moral et dans l'acquisition des comportements liés au genre, pour ne citer que ces exemples.

**L'apport et les limites des théories de l'apprentissage**

Grâce à une définition mesurable des comportements et à des expériences en laboratoire, le béhaviorisme a contribué à rendre plus rigoureuse l'étude du développement. Cette approche nous permet de mieux comprendre non seulement les mécanismes à l'œuvre dans l'apprentissage, mais aussi comment nous subissons, même à notre insu, l'influence de l'environnement. Parmi les principales contributions du béhaviorisme se trouvent les programmes conçus pour obtenir des modifications rapides du comportement (par exemple, cesser de fumer) ou pour inculquer de nouveaux comportements (tel que l'apprentissage de la propreté), sans avoir à plonger dans une recherche approfondie sur les conflits affectifs.

Cependant, cette approche a tendance à sous-estimer les facteurs biologiques et héréditaires, ainsi que les facteurs cognitifs, les motivations, le libre arbitre et les facteurs inconscients du comportement. Elle a également tendance à exagérer le déterminisme de l'environnement et fait peu de distinction entre les différentes périodes de la vie. Enfin, selon certains, le principal défaut de la théorie béhavioriste est qu'elle ne se penche pas sur les causes profondes des conduites humaines. Or, le fait de tendre simplement à éliminer un comportement indésirable (par exemple, mouiller son lit) peut entraîner un autre comportement tout aussi indésirable (comme voler des objets), parce que la vraie source du problème n'a pas été identifiée.

Les principales caractéristiques de la théorie de l'apprentissage social – soit l'accent sur le contexte social, la reconnaissance du rôle actif de la personne dans son propre développement et l'importance accordée aux processus cognitifs – représentent de nettes améliorations par rapport aux théories quelque peu réductionnistes du béhaviorisme classique. Cette théorie nous permet de mieux comprendre l'influence exercée par d'autres personnes sur nos propres comportements. Cependant, cette approche ne précise pas davantage comment interviennent les changements en fonction de l'âge. Enfin, même si ces deux théories nous aident à mieux comprendre le comportement humain, elles ne sont pas, à proprement parler, des théories du développement.

**1.2.3 L'approche cognitiviste****Approche cognitiviste**

Approche qui s'intéresse au développement de l'intelligence et des processus cognitifs tels que la perception, la mémoire ou la pensée, ainsi qu'aux comportements qui en résultent.

L'**approche cognitiviste** s'intéresse particulièrement au développement de l'intelligence et des processus cognitifs tels que la perception, la mémoire et la pensée, ainsi qu'aux comportements qui en résultent. Parmi les théoriciens qui s'inscrivent dans cette approche, Jean Piaget a eu une influence déterminante sur la compréhension de l'intelligence du jeune enfant. De son côté, Lev Vygotsky s'est également intéressé au développement cognitif des enfants, mais en situant les apprentissages dans un contexte socioculturel. Enfin, la théorie du traitement de l'information s'est surtout intéressée aux processus à l'œuvre dans la captation et la rétention de l'information.

**J. Piaget: la théorie des stades du développement cognitif**

Le théoricien suisse Jean Piaget (1896-1980) a été le plus éminent défenseur de l'approche cognitiviste. Ses recherches ont considérablement approfondi notre connaissance du développement de la pensée de l'enfant.

Enfant, Piaget est déjà très curieux. À 11 ans, il écrit un court article sur un moineau albinos observé dans un parc. Son intérêt pour la nature se développe à l'adolescence. En 1920, il obtient un doctorat en sciences naturelles de l'Université de Neuchâtel, en Suisse, mais il s'intéresse aussi à la philosophie ainsi qu'à la théologie et connaît bien la théorie psychanalytique de Freud. Il s'installe alors à Paris où, durant une année, il travaille dans le laboratoire d'Alfred Binet, le concepteur du premier test d'intelligence. C'est là que Piaget commence à élaborer sa théorie du développement cognitif. Il applique sa vaste connaissance de la biologie, de la philosophie et de la psychologie à l'observation des enfants. Au moment de sa mort, en 1980, Piaget aura rédigé plus de 40 livres et une centaine d'articles sur la psychologie de l'enfant, sans compter des ouvrages de philosophie et d'éducation, dont plusieurs ont été écrits avec sa collaboratrice de longue date, Bärbel Inhelder. Les travaux de Piaget influenceront plusieurs théoriciens, comme Lawrence Kohlberg, dont il sera question plus loin.

Piaget développe son modèle à l'aide d'une méthode qui consiste à observer et à interroger systématiquement des enfants (incluant les siens) en train d'effectuer des tâches de résolution de problème. Ces problèmes sont conçus pour permettre à Piaget de cerner les limites des modes de raisonnement des enfants. Il découvre ainsi que les enfants du même âge font les mêmes erreurs de raisonnement. Il observe, par exemple, que les enfants de quatre ans croient généralement que des pièces de monnaie sont plus nombreuses lorsqu'elles sont alignées plutôt qu'empilées. À partir de ces observations, Piaget élabore une théorie complexe du **développement cognitif**, défini comme une suite de transformations des modes de pensée permettant à l'enfant de s'adapter de mieux en mieux à son environnement et qui tient compte de son niveau de maturation (Piaget, 1964).

Piaget postule que l'être humain possède la capacité innée d'apprendre pour s'adapter à son environnement et qu'il participe activement à son développement. Dès sa naissance, l'enfant commence par exercer ses réflexes innés et ses premières habiletés sensorimotrices. En manipulant son ourson, en regardant le visage de ses parents, en explorant les limites du salon, il fait des expériences nouvelles et développe des structures mentales de plus en plus complexes. Selon Piaget, cette progression se fait selon quatre stades de développement cognitif : le stade sensorimoteur, le stade préopératoire, le stade des opérations concrètes, ou stade opératoire concret, et le stade des opérations formelles, ou stade formel. Ils sont universels et qualitativement différents, ce qui signifie qu'à chaque stade correspond un mode de pensée particulier. Ces stades sont présentés dans le tableau 1.4.



**Jean Piaget**

Le psychologue Jean Piaget a étudié le développement cognitif des enfants en observant plusieurs d'entre eux dans différentes situations, en discutant avec eux et en leur proposant des problèmes à résoudre afin de découvrir comment ils raisonnent.

#### **Développement cognitif**

Suite de transformations des modes de pensée qui permettent à l'enfant de s'adapter de mieux en mieux à son environnement.

**TABLEAU 1.4** Les stades du développement cognitif selon J. Piaget

Stade	Âge	Principales caractéristiques	Principales acquisitions
Sensorimoteur	Naissance à 2 ans	À partir de l'exercice des réflexes, appréhension du monde par les sens et la motricité. Début d'organisation cognitive.	Permanence de l'objet
Préopératoire	2 à 6 ans	Développement d'un système de représentation. Utilisation croissante des symboles (imitation différée, jeu symbolique, langage). Égocentrisme. Non-conservation.	Langage, pensée symbolique
Opérations concrètes	6 à 12 ans	Utilisation d'opérations mentales pour résoudre des problèmes concrets. Compréhension croissante des relations spatiales et des liens de causalité.	Notions de conservation, classification, réversibilité, décentration
Opérations formelles	12 ans et plus	Pensée qui peut se détacher du concret et formuler des hypothèses. Peut envisager le possible. Peut réfléchir sur des idées, des données abstraites.	Pensée abstraite, raisonnement hypothético-déductif

Pour Piaget, le développement cognitif progresse selon trois principes qui ont un fondement biologique et qui sont interreliés: l'organisation cognitive, l'adaptation et l'équilibration. Piaget a nommé ces principes des *invariants fonctionnels*, car ils agissent à tous les stades du développement cognitif.

#### Organisation cognitive

Selon Piaget, tendance à créer des structures cognitives de plus en plus complexes qui rassemblent systématiquement en un tout cohérent les connaissances d'une personne, à chaque stade de son développement.

#### Schème

Dans la théorie de Piaget, structure cognitive élémentaire représentant des façons d'organiser l'information pour permettre à l'individu d'agir ou de penser dans une situation donnée.

#### Adaptation

Selon Piaget, façon dont une personne gère une nouvelle information à la lumière de ce qu'elle connaît déjà. L'adaptation résulte de l'assimilation et de l'accommodation.

#### Assimilation

Selon Piaget, intégration d'une nouvelle information dans une structure cognitive existante.

#### Accommodation

Selon Piaget, modification que subit une structure cognitive pour intégrer une nouvelle information.

#### Équilibration

Selon Piaget, tendance à rechercher un équilibre entre les divers éléments cognitifs, que ce soit au sein de l'organisme ou entre l'organisme et le monde extérieur.

Pour Piaget, l'**organisation cognitive** désigne la tendance à créer des structures cognitives de plus en plus complexes appelées « schèmes ». Le **schème** constitue un modèle d'organisation de l'information qui permet à l'individu d'agir ou de penser dans une situation donnée. C'est une structure cognitive élémentaire qui se construit et évolue en fonction des nouvelles expériences faites par l'enfant. Par exemple, pour le nourrisson, le schème de succion repose au départ sur le réflexe inné de succion, puis intègre peu à peu toutes les façons de sucer que le bébé expérimente, que ce soit le biberon, son poing ou l'oreille de son ourson. Si les premiers schèmes sont sensoriels et moteurs, l'enfant construira par la suite des schèmes mentaux beaucoup plus complexes comme, par exemple, les façons de classer ou de comparer divers objets ou éléments. À chaque stade de son développement, l'enfant essaie de donner un sens à son univers et il y parvient en organisant systématiquement ses connaissances. À partir de structures organisationnelles simples, le développement cognitif évolue donc vers des structures de plus en plus complexes. Par exemple, les habiletés utilisées par un enfant pour regarder, saisir et agiter son hochet fonctionnent d'abord séparément. Par la suite, l'enfant organise ces habiletés distinctes en un seul schème, plus complexe, qui lui permet de regarder son ourson tout en le tenant et en l'agitant, donc de coordonner l'œil et la main. À mesure que l'enfant apprend, une organisation cognitive de plus en plus poussée se développe comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre 3.

L'**adaptation** – terme que Piaget emploie pour désigner la façon dont une personne traite une nouvelle information à la lumière de ce qu'elle connaît déjà – constitue le deuxième invariant fonctionnel. L'adaptation est rendue possible grâce à deux mécanismes complémentaires qui fonctionnent en interaction, soit l'assimilation de la nouvelle information et l'accommodation à celle-ci. L'**assimilation** consiste à incorporer une nouvelle information dans une structure cognitive existante. Par exemple, lorsque sa mère lui donne un nouveau jouet, Cédric le touche, le regarde, le porte à sa bouche. Il l'assimile alors aux schèmes de vision, de préhension et de succion qu'il possède déjà. Quant à l'**accommodation**, elle consiste à modifier une structure cognitive existante pour tenir compte d'une nouvelle information ou situation. Ainsi, l'enfant qui commence à manger à la cuillère doit modifier son schème de préhension: il ne peut pas tenir sa cuillère comme il tient son ourson s'il veut que la nourriture arrive à sa bouche, il est obligé de développer une nouvelle façon de la tenir et, ce faisant, il s'adapte. L'assimilation et l'accommodation fonctionnent de pair et en interaction constante pour produire une adaptation toujours croissante aux conditions changeantes de l'environnement.

L'**équilibration** représente le troisième invariant fonctionnel. Piaget emploie ce terme pour désigner la tendance à rechercher un état d'équilibre entre les divers éléments cognitifs. Il peut s'agir d'un équilibre entre les différents éléments cognitifs ou entre la personne et le monde extérieur. Par exemple, un enfant qui sait ce qu'est un oiseau voit un avion pour la première fois. Il montre l'avion et l'appelle « oiseau » (assimilation). Cependant, peu à peu, il observe des différences entre les oiseaux et les avions (comme battre ou non des ailes, par exemple), ce qui crée un déséquilibre cognitif et l'amène à modifier sa représentation de l'oiseau (assimilation) et à adopter un nouveau mot pour désigner un « avion » (équilibration). C'est ce besoin d'équilibre qui amène l'enfant à passer de l'assimilation à l'accommodation et réciproquement. En effet, lorsque ses structures cognitives existantes s'avèrent insuffisantes pour affronter une nouvelle situation, il doit en développer de nouvelles pour retrouver l'équilibre et s'adapter. Au cours de la vie, la recherche d'équilibre est une force qui sous-tend tout le développement cognitif.

## L. Vygotsky : la théorie socioculturelle

Né en Russie dans une famille juive, le psychologue Lev Semenovitch Vygotsky (1896-1934) a étudié la médecine, l'histoire et le droit à Moscou. À partir de 1924, il s'installe à Moscou, où il travaille à l'Institut de psychologie. C'est au cours de la décennie 1924-1934 qu'il met sur pied sa théorie et rédige un nombre impressionnant d'ouvrages restés méconnus jusqu'aux années 1960.

Selon la **théorie socioculturelle** de Vygotsky, pour comprendre le développement cognitif, il faut prendre en considération les processus historiques, sociaux et culturels qui forment le contexte au sein duquel l'enfant se développe et qui lui servent de guides, puisque sa façon de penser en découle. L'encadré 1.1 (*voir la page suivante*) illustre l'importance des recherches interculturelles qui permettent de mieux comprendre l'influence de la culture sur le développement. Selon Vygotsky, l'intelligence se développe grâce à des outils psychologiques, dont le plus important est le langage. Utilisé par les adultes pour communiquer avec l'enfant, le langage se transforme en outil psychologique : les mots permettent à l'enfant d'intérioriser ses activités physiques en activités mentales de plus en plus complexes.

Comme la théorie piagétienne, la théorie socioculturelle considère que l'enfant participe activement à son développement cognitif. Cependant, alors que Piaget perçoit le développement comme allant de l'individuel vers le social, Vygotsky pense que le développement se fait au contraire du social vers l'individuel. Piaget met l'accent sur la façon dont l'enfant, individuellement, intègre et interprète les informations qui lui parviennent par des processus cognitifs particuliers ; Vygotsky (1978), lui, s'attache au processus dit de *collaboration active* qui s'instaure entre l'enfant et son environnement.

Selon lui, les humains possèdent en effet une sociabilité innée et se développent sur le plan cognitif par l'entremise de leurs interactions sociales (Ivic, 1994) ; ils intègrent ainsi les modes de pensée et les façons de se comporter de la société et de la culture auxquelles ils appartiennent.

Selon la théorie socioculturelle de Vygotsky, les adultes (parents, professeurs, etc.) ou les enfants plus âgés (frères, sœurs, amis, etc.) qui entourent l'enfant doivent servir de guides. Ils doivent encadrer l'apprentissage de l'enfant et le soutenir dans l'organisation de sa pensée, avant même qu'il ne soit prêt à le maîtriser et à l'intégrer. Ce soutien doit se situer dans une **zone proximale de développement**, c'est-à-dire la distance entre ce que l'enfant connaît ou sait déjà faire seul et ce qu'il peut accomplir avec l'assistance d'autres personnes, compte tenu de son niveau de maturation. Un enfant qui apprend, par exemple, à prononcer des mots nouveaux a besoin d'adultes pour l'aider à améliorer sa performance. Les personnes qui guident l'enfant doivent être sensibles à ses progrès et lui donner des instructions claires dont la complexité augmente en fonction des nouvelles habiletés qu'il développe. Par ses questions et ses interventions, la personne qui aide l'enfant l'amènera à franchir la zone proximale de développement et à progresser.

La théorie socioculturelle implique donc que l'environnement immédiat s'adapte constamment aux capacités cognitives de l'enfant, de manière à l'aider à évoluer vers des tâches plus complexes. Des tenants de la théorie de Vygotsky ont utilisé l'image de l'*échafaudage* pour désigner le support temporaire donné à l'enfant jusqu'à ce qu'il réalise seul une tâche donnée (Wood, 1980). Cette théorie nous montre que les normes de développement varient non seulement d'une culture à une autre, mais aussi d'un sous-groupe à un autre à l'intérieur d'une même culture. Par exemple, au Québec, dans les communautés de culture amérindienne, certaines normes liées à l'éducation des enfants peuvent différer de celles que l'on retrouve dans les autres communautés culturelles. Par conséquent, les attentes à l'égard de ces enfants seront elles aussi différentes. Utilisée au niveau préscolaire, l'approche socioculturelle aide les enfants à devenir plus autonomes, ce qui favorisera leurs performances académiques ultérieures (Barnett *et al.*, 2008).



**Lev Semenovitch Vygotsky**

Le psychologue Lev Semenovitch Vygotsky a développé une théorie du développement cognitif qui met l'accent sur l'influence de la culture et des interactions sociales.

### Théorie socioculturelle

Théorie cognitiviste développée par Vygotsky selon laquelle le développement cognitif s'explique en partie par l'influence des processus historiques, sociaux et culturels à l'œuvre dans l'environnement de l'enfant. Le développement cognitif résulte de la collaboration active entre l'enfant et son environnement.



Avec quelle personne Carole vit-elle une expérience de collaboration active ?

### Zone proximale de développement

Selon Vygotsky, distance entre ce qu'un enfant connaît ou sait déjà faire seul et ce qu'il peut accomplir avec l'assistance d'autres personnes, compte tenu de son niveau de maturation.

## ENCADRÉ 1.1 D'UNE CULTURE À L'AUTRE

### Objectifs et défis des recherches interculturelles

L'influence exercée par la culture a tendance à être sous-estimée dans la recherche en psychologie. Ainsi, les chercheurs « tendent à généraliser ce qu'ils observent dans les laboratoires européens ou nord-américains à l'entièreté de l'humanité, la plupart du temps sans vérifier que cela se justifie réellement » (Licata et Heine, 2012).

Pourtant, en observant les enfants issus de différents groupes culturels, les chercheurs peuvent découvrir les aspects du développement qui sont universels (et donc intrinsèques à la condition humaine), et ceux qui sont déterminés par la culture. Par exemple, les enfants de toutes les cultures apprennent à parler selon la même séquence, passant des gazouillis au babillage avant de prononcer des mots et de commencer à les combiner entre eux. Si les mots diffèrent d'une culture à l'autre, tous les jeunes enfants apprennent cependant à les assembler pour former les premières phrases, quelle que soit la complexité de leur langue maternelle. Ces observations permettent de croire que l'apprentissage du langage est inné et universel, comme nous le verrons dans le chapitre 3.

Le développement moteur des très jeunes enfants semble, lui aussi, largement influencé par la culture. Par exemple, dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, d'Asie et d'Afrique, les mères portent leurs jeunes enfants sur le dos en les retenant par une bande de tissu. Les enfants africains, qui sont souvent placés dans cette position assise tandis que leur mère vaque à ses activités quotidiennes, tendent à s'asseoir et à marcher plus tôt que les enfants américains (Rogoff et Morelli, 1989). La culture influence également les habiletés qu'un enfant va acquérir. Ainsi, alors qu'un enfant québécois apprend très tôt à lire, puis à écrire et, de plus en plus souvent, à utiliser un ordinateur, un enfant du même âge né dans une zone rurale du Népal apprend à conduire les buffles et à se repérer dans les sentiers de montagne.

D'autres chercheurs se sont intéressés aux différences culturelles concernant les croyances sur le jeu et l'apprentissage (Parmar, Harkness et Super, 2004, cité par Licata et Heine, 2012). Ils ont découvert que les parents européens et américains croient que le jeu facilite le développement : ils offrent donc plus de jouets de détente à leurs enfants et jouent plus souvent avec eux. Par contre, les parents asiatiques minimisent l'importance du jeu comme moyen d'apprentissage et accordent plus de valeur à l'entraînement de type académique : ils fournissent donc plus de jeux éducatifs à leurs enfants et se comportent davantage comme des « professeurs » avec eux.

La recherche des biais qui existent dans les théories occidentales classiques constitue l'une des raisons importantes qui poussent les

scientifiques à mener des recherches auprès de divers groupes culturels. Il ne faut jamais oublier que la science est ancrée dans son contexte culturel et que les sciences humaines, en particulier, font sou-



vent preuve, à leur insu, d'ethnocentrisme. Ainsi, on peut s'appuyer sur les résultats de certaines recherches sans jamais les remettre en question, jusqu'au jour où l'on découvre que ces résultats sont dus à des influences culturelles particulières qui n'ont pas été mesurées. Parce que de très nombreuses recherches en psychologie du développement ont mis l'accent sur ce qui se passe dans les sociétés occidentales industrialisées, on peut en arriver à considérer que le développement type d'un enfant occidental représente la norme. Or, lorsque cette « norme » sert de mesure, cela peut conduire à des conclusions erronées sur le développement. À l'extrême, on peut même en arriver – à tort, bien sûr – à considérer comme anormal le développement des enfants issus d'autres cultures (Rogoff et Morelli, 1989).

Par ailleurs, si la psychologie du développement reconnaît de façon générale l'influence marquante de la culture, cette dernière est souvent présentée comme « un arrière-plan mal défini des phénomènes psychologiques » (Ratner, 2000). La culture est un ensemble instable et dynamique (Grenfield, 2009) d'individus qui « partagent certaines activités et relations sociales, (re) créent et (re) négocient en permanence les savoirs, les règles, les normes qui organisent leur vie commune » (Troadek, 2010). Elle se renouvelle constamment, ce qui peut expliquer la difficulté rencontrée par les chercheurs qui veulent « capturer » la façon dont elle influence nos comportements.

Les chercheurs se contentent souvent de comparer les ressemblances et les différences psychologiques qui existent entre des groupes de diverses origines culturelles, sans montrer vraiment à quels facteurs ou à quels processus elles sont attribuables (Troadek, 2010). Par exemple, quand on étudie le développement de l'enfant, on ne distingue pas toujours ce qui relève de l'âge et ce qui dépend de la scolarisation ; on confond souvent ces deux facteurs dans les sociétés occidentales, où quasiment tous les enfants sont scolarisés, alors qu'ils ne le sont certes pas dans bien des sociétés moins développées. Les intervenants (infirmières, travailleurs sociaux, éducatrices, etc.), qui sont de plus en plus souvent en contact avec des enfants provenant de familles immigrantes, devraient donc garder à l'esprit que plusieurs aspects du développement humain, tels que les rôles sexuels, l'évolution de la pensée abstraite ou le raisonnement moral, sont tributaires du contexte culturel, et que ce qui est vrai des enfants ici peut ne pas l'être ailleurs.

### Théorie du traitement de l'information

Théorie qui explique le développement cognitif en observant et en analysant les processus mentaux à l'œuvre dans la perception et le traitement de l'information.

### La théorie du traitement de l'information

La **théorie du traitement de l'information** tente d'expliquer le développement cognitif en observant et en analysant les processus mentaux à l'œuvre dans la perception et le traitement de l'information. Plusieurs théoriciens appartenant à ce courant comparent

le cerveau à un ordinateur dans lequel les sensations « entrent » et les comportements « sortent ». Mais que se passe-t-il entre les deux ? Comment, par exemple, votre cerveau utilise-t-il l'information sensorielle et perceptuelle obtenue en regardant un nouveau visage pour que vous puissiez le reconnaître plus tard ? Les théoriciens ont développé des modèles de *traitement de l'information* qui permettent d'analyser les étapes du processus. Dans notre exemple, l'information visuelle (le nouveau visage) est *encodée* par le cerveau, c'est-à-dire transformée en un matériel qu'il peut utiliser. Cette information codée est ensuite *stockée* dans la mémoire, où elle pourra éventuellement être *recupérée*, vous permettant alors de reconnaître ce visage.

Les théoriciens du traitement de l'information pensent que l'individu participe activement à son développement, même si le modèle de l'ordinateur est « passif ». Ils voient le développement comme un processus continu et n'en parlent pas en termes de « stades » comme Piaget. Ils s'intéressent aux progrès observés au fur et à mesure que l'enfant grandit : ses processus mentaux gagnent en rapidité, en complexité et en efficacité, et le matériel qu'il peut stocker dans sa mémoire augmente en quantité et en variété, comme nous le verrons dans le chapitre 3.

La théorie du traitement de l'information a des applications pratiques. Elle permet par exemple aux parents et aux éducateurs d'aider l'enfant à être davantage conscient de ses propres processus mentaux et à développer des stratégies pour les améliorer, comme nous le verrons dans le chapitre 7. De plus, ce modèle permet de tester, de diagnostiquer et de traiter les problèmes d'apprentissage (Thomas, 2004 ; Williams, 2001).

### **L'apport et les limites des théories cognitivistes**

De manière générale, les cognitivistes ont profondément modifié l'étude du développement en nous permettant de mieux saisir l'influence que la pensée peut exercer sur les comportements. Ils ont grandement amélioré notre compréhension du développement des habiletés cognitives, en particulier celui de l'intelligence. Plus que tout autre théoricien, Piaget a mis en évidence les caractéristiques uniques de la pensée enfantine et montré à quel point elle diffère de celle des adultes. De plus, en décrivant la façon dont les enfants pensent et se représentent le monde aux différents stades de leur développement cognitif, Piaget a fourni des barèmes précieux à tous ceux qui s'occupent d'enfants, particulièrement sur le plan scolaire. Cette contribution majeure à la psychologie du développement a inspiré de nombreux chercheurs et a donné naissance à une multitude de projets de recherche.

Toutefois, la théorie de Piaget n'a pas échappé à la critique. Ses travaux ont peu tenu compte des différences individuelles, de l'influence de l'éducation et des interactions sociales. Le rôle des motivations et des émotions a également été sous-estimé. Enfin, plusieurs théoriciens ont remis en question sa vision des stades du développement cognitif et des aptitudes qui y sont rattachées. Ainsi, on sait aujourd'hui qu'il a sous-estimé les habiletés cognitives des jeunes enfants. Lorsque nous aborderons le développement cognitif de l'adulte, nous verrons aussi que plusieurs chercheurs remettent en question l'idée selon laquelle la pensée cesse d'évoluer après le stade formel.

De son côté, la théorie socioculturelle de Vygotsky a le grand mérite d'avoir montré le rôle indéniable joué par l'environnement social et par la culture dans le développement cognitif des enfants. Elle a mis en évidence l'importance des interactions sociales pour guider l'enfant dans ce développement. Cependant, elle a négligé le rôle joué par la maturation biologique et n'a pas tenu compte de l'incidence du développement affectif sur les capacités intellectuelles.

Enfin, les recherches utilisant l'imagerie cérébrale et les études sur des personnes ayant des lésions au cerveau ont confirmé plusieurs aspects de la théorie du traitement de l'information, tels que l'existence de structures physiques séparées pour la mémoire consciente et la mémoire inconsciente (Schachter, 1999 ; Yingling, 2001). De plus, cette théorie a entraîné des applications pratiques intéressantes. Ceci étant, elle

a négligé, elle aussi, le rôle des motivations et des émotions. Toutefois, la critique qui a été le plus souvent adressée à cette théorie reste le caractère réductionniste de la comparaison du cerveau à un ordinateur, comparaison qui ne tient pas compte de la complexité du fonctionnement cérébral.

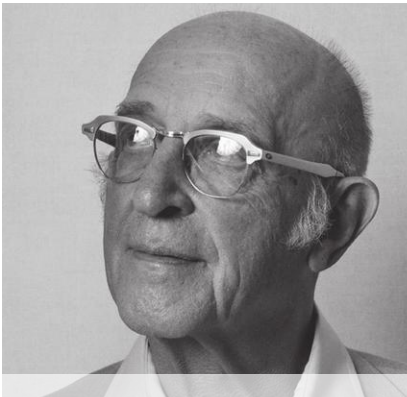
### 1.2.4 L'approche humaniste

En 1962, un groupe de psychologues inspirés par les travaux de l'Américain Carl Rogers fondent l'Association de psychologie humaniste. Ces spécialistes sont en réaction contre la vision mécaniste et déterministe de l'approche behavioriste. Ils rejettent aussi la vision essentiellement négative qui sous-tend, selon eux, la théorie psychanalytique. Ces psychologues avancent l'idée que la nature humaine est fondamentalement bonne et que ses aspects indésirables résultent de torts infligés par des facteurs provenant du milieu.

L'**approche humaniste** s'appuie sur le postulat que chaque personne a la capacité de prendre sa vie en main et de veiller à son propre développement. Les humanistes insistent sur l'idée d'un potentiel inné de développement positif et sain et sur la capacité qu'a l'être humain d'exercer son *libre arbitre* et d'être créatif. La réalisation de ce potentiel, ou l'*actualisation de soi*, représente le but ultime de tout être humain.

#### Approche humaniste

Approche selon laquelle chaque personne a la capacité de prendre sa vie en main et d'assumer son développement de manière saine et positive grâce à sa capacité d'exercer son libre arbitre, de créer et de tendre vers l'actualisation de soi.



#### Carl Rogers

Carl Rogers, l'un des fondateurs du courant humaniste, considère l'être humain comme fondamentalement libre de ses actions.

#### Congruence

Selon Rogers, état d'une personne qui ressent une correspondance entre ce qu'elle vit (son expérience), ce qu'elle en sait (sa prise de conscience) et ce qu'elle en dit (sa communication).



#### C. Rogers : l'actualisation de soi

Carl Rogers (1902-1987) est l'un des fondateurs du courant humaniste. Il est né aux États-Unis, dans une famille rurale protestante. Après des études en agronomie, puis en histoire, il entre, en 1926, à l'école normale de l'Université de Columbia, où il acquiert une formation en pédagogie et en psychologie clinique. Pendant plus de vingt ans, il enseignera la psychologie et la thérapie, en plus de mener de nombreuses recherches dans diverses universités américaines.

Selon Rogers, comme pour les autres humanistes, l'être humain est fondamentalement libre et peut donc orienter sa vie selon ses choix afin de se réaliser pleinement. Rogers s'intéresse essentiellement à la subjectivité des individus, c'est-à-dire à la façon dont ils perçoivent leurs expériences et les sentiments qui s'y rattachent. Au fur et à mesure que la personnalité se développe, le *concept de soi* se forme à partir de l'ensemble des perceptions qu'une personne a d'elle-même. Pour Rogers, l'authenticité est une valeur importante ; elle implique qu'une personne soit le plus possible « elle-même », c'est-à-dire en contact étroit avec ses sentiments, ses valeurs et ses espoirs. L'authenticité exige elle-même la **congruence**, que l'on peut définir comme la correspondance qui existe entre l'expérience (ce que vit la personne), la prise de conscience (ce que la personne en sait) et la communication (ce qu'elle en dit). Cependant, l'être humain ne peut se réaliser sans entrer en relation avec les autres. Ainsi, selon Rogers, ces apprentissages sociaux auront une influence sur le développement et pourront faire obstacle à la congruence. En effet, l'enfant a besoin de *considération positive* de la part des personnes significatives qui l'entourent, c'est-à-dire d'être aimé, respecté et accepté. Pour que sa personnalité se développe de façon saine et congruente, cette considération positive doit être *inconditionnelle* : l'enfant doit être aimé pour lui-même et accepté en tant que personne, même si ses comportements ne sont pas toujours adéquats. Ainsi, lorsqu'un enfant se conduit mal, il est important, lorsqu'on le réprimande, de bien lui faire comprendre que c'est son comportement qui est en cause et non sa personne. Dans la mise en situation, Carole ne reçoit pas de considération positive de la part de son père.

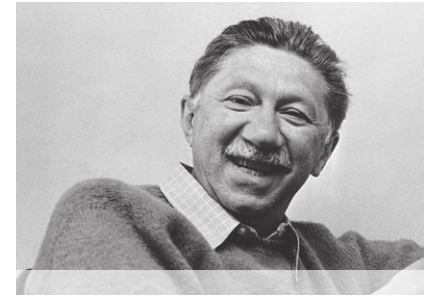
Rogers a également développé une approche thérapeutique dite *centrée sur le client*, par laquelle il poursuit l'objectif d'amener les individus à actualiser leur plein potentiel en prenant conscience de leur interprétation de la réalité. Les concepts clés de cette approche ont été utilisés non seulement en thérapie individuelle ou de groupe, mais également dans un contexte pédagogique inspirant le courant de la pédagogie dite *non directive*.



## A. H. Maslow : la théorie de la hiérarchie des besoins

Abraham H. Maslow (1908-1970) est né aux États-Unis et a connu une enfance difficile dans une famille immigrante. Diplômé en psychologie, il a eu plusieurs mentors, dont Harry Harlow (voir le chapitre 4) et l'anthropologue Ruth Benedict. Son admiration pour ses différents mentors nourrit sa réflexion sur la réalisation du potentiel humain. Il a été l'un des chefs de file du mouvement humaniste et s'est surtout fait connaître par la pyramide de la hiérarchie des besoins, appelée communément « pyramide de Maslow » (voir la figure 1.1).

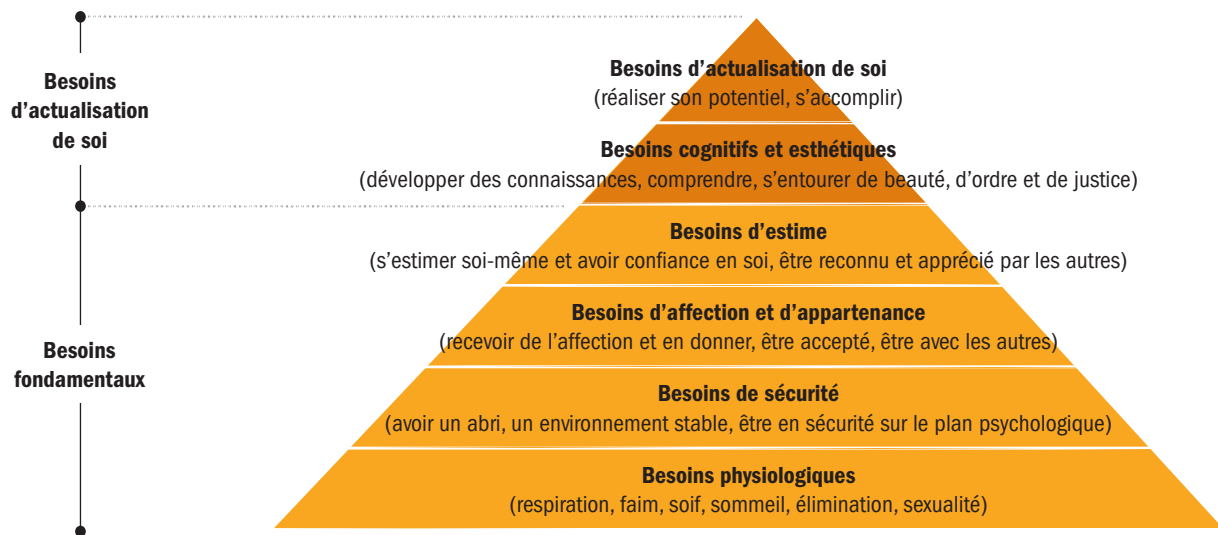
Pour Maslow, la satisfaction des besoins est directement liée au développement de la personnalité et ce n'est qu'une fois les besoins fondamentaux satisfaits, au moins en partie, que l'on peut atteindre la réalisation de soi (Maslow, 1971 et 1987). Chez le tout-petit, par exemple, ce sont surtout les besoins physiologiques qui doivent être satisfaits. Selon Maslow (1968), la personne adulte pleinement développée et actualisée présente toutes les caractéristiques suivantes : une perception aiguë de la réalité ; l'acceptation de soi, des autres et de la nature ; la spontanéité ; la capacité de résoudre des problèmes et l'autodétermination ; le détachement et le désir d'intimité ; la liberté de pensée et la richesse émotive ; des relations interpersonnelles satisfaisantes et dynamiques ; une attitude démocratique, la créativité et le sens des valeurs.



**Abraham H. Maslow**

Abraham H. Maslow, cofondateur du courant humaniste avec Carl Rogers, est connu pour sa pyramide de la hiérarchie des besoins.

**FIGURE 1.1** La pyramide des besoins de Maslow



Selon Maslow, l'être humain n'accorde pas les mêmes priorités à ses différents besoins. Les besoins qui se manifestent en premier sont liés à la survie (base de la pyramide). Une personne affamée prendra en effet des risques importants pour trouver de la nourriture ; une fois sa survie assurée, elle commencera alors à penser à sa sécurité. Le besoin de sécurité doit ensuite être satisfait, au moins en partie, avant que la personne puisse combler son besoin d'affection. Et ainsi de suite : quand les besoins d'un niveau sont relativement satisfaits, la personne se préoccupe de satisfaire les besoins qui se situent au niveau supérieur. Cette progression n'est toutefois pas invariable ; ainsi, le sacrifice de soi serait un exemple d'exception (Maslow, 1968).

## L'apport et les limites des théories humanistes

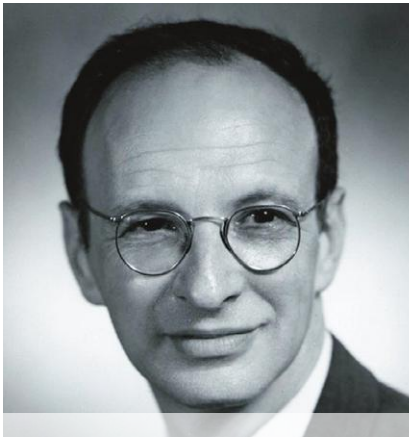
Contrairement au point de vue freudien, plutôt pessimiste, l'humanisme propose un modèle plus positif de la personne humaine. De plus, à l'opposé du béhaviorisme, il reconnaît l'importance des réalités intimes de la personne (ses sentiments, ses valeurs et ses espoirs) comme facteurs du développement. En ce sens, les théories humanistes ont contribué à l'élaboration de méthodes éducatives et thérapeutiques qui respectent le caractère unique de l'enfant.

### Approche écologique

Approche qui conçoit le développement comme étant le résultat des interactions continues entre l'organisme et son environnement.

### Modèle bioécologique

Modèle développé par Bronfenbrenner qui décrit l'ensemble des facteurs (familiaux, géographiques, politiques, économiques, culturels, etc.) susceptibles d'influencer le développement d'une personne et les interactions entre ces facteurs.



#### Urie Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner a développé le modèle bioécologique pour expliquer le développement humain.

Par ailleurs, le caractère subjectif et peu mesurable des aspects étudiés limite quelque peu l'approche humaniste. Les concepts humanistes apparaissent flous et se traduisent difficilement en données quantifiables sur lesquelles la méthode scientifique pourrait s'exercer. De plus, l'approche humaniste ne distingue généralement pas de stades au cours de la vie, ce qui rend l'étude du développement plus difficile.

## 1.2.5 L'approche écologique

Selon l'**approche écologique**, le développement de tout organisme biologique est le résultat des interactions continues entre cet organisme et son environnement.

### U. Bronfenbrenner: le modèle bioécologique

Dans le cadre de l'approche écologique, le psychologue américain Urie Bronfenbrenner (1917-2005) a développé un modèle qui propose une grille d'analyse nouvelle et prometteuse du développement humain: **le modèle bioécologique**.

Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994, 2001; Bronfenbrenner et Morris, 1998) décrit l'ensemble des facteurs (familiaux, géographiques, politiques, économiques, culturels, etc.) susceptibles d'influencer le développement d'une personne et les interactions qui existent entre ces facteurs (*voir la figure 1.2*). Selon

**FIGURE 1.2** Le modèle bioécologique de Bronfenbrenner



Les cercles concentriques montrent cinq niveaux d'influence environnementale, qui vont du plus intime (au centre) au plus extérieur, le tout dans un contexte temporel. Les cercles forment un ensemble d'influences imbriquées les unes dans les autres autour de la personne qui se développe. Les frontières entre les différents systèmes sont fluides et elles sont en interrelation.

Bronfenbrenner, l'enfant se développe dans un environnement social d'une grande complexité : la famille est certes importante, mais elle n'est pas la seule composante qui influence l'enfant.

Selon la version révisée du modèle bioécologique (Bronfenbrenner et Morris, 1998), trois dimensions interreliées doivent être prises en considération dans l'étude du développement : 1) la dimension ontosystémique, ou **ontosystème**, c'est-à-dire les caractéristiques personnelles d'un individu aussi bien innées qu'acquises, telles que son bagage génétique, son genre, ses habiletés intellectuelles, ses valeurs, etc. ; 2) la dimension chronosystémique, ou **chronosystème**, qui représente le degré de stabilité ou de changement dans l'environnement de la personne, c'est-à-dire les influences qui résultent du passage du temps, les transitions vécues par l'individu au cours de sa vie et l'époque dans laquelle il s'inscrit et 3) le contexte et l'environnement dans lesquels la personne évolue. Ces dimensions s'influencent mutuellement.

Pour Bronfenbrenner, l'environnement, dans lequel tout être humain se développe et évolue, représente un système complexe divisé en quatre sous-systèmes : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème.

Le **microsystème** désigne le milieu quotidien fréquenté régulièrement par une personne et dans lequel elle entretient des relations étroites avec d'autres. Une même personne évolue au sein de plusieurs microsystèmes : par exemple, la maison familiale, la garderie, l'école pour l'enfant ; la maison, le collège, le cercle d'amis pour l'adolescent ; la maison, le milieu de travail, le centre de loisirs pour l'adulte. Dans chacun de ces microsystèmes, l'individu entretient des relations personnelles avec son entourage et joue différents rôles ; on nourrit des attentes à son égard et il doit suivre certaines règles. Le même individu peut connaître des difficultés d'adaptation dans un microsystème particulier et très bien fonctionner dans un autre. De plus, ces différents microsystèmes peuvent différer d'un individu à l'autre. Ainsi, certains enfants seront élevés dans une famille à l'aise économiquement alors que d'autres vivront dans une famille pauvre, certains auront des frères et sœurs, d'autres seront enfants uniques, certains verront souvent leurs grands-parents, d'autres pas.

C'est aussi par l'entremise de ces microsystèmes que les influences plus lointaines, telles que les institutions sociales ou les valeurs culturelles, parviennent à l'individu. Par exemple, c'est par l'entremise de ses camarades de classe qu'un jeune peut ressentir l'homophobie qui prévaut dans sa société d'appartenance.

Le **mésosystème** correspond quant à lui aux interactions qui existent entre les différents microsystèmes d'une personne : entre l'école ou la garderie et la famille pour l'enfant, ou encore entre la maison et le travail ou le travail et la communauté pour l'adulte. Cette dimension inclut également les **réseaux de soutien social**, c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui composent l'entourage et qui offrent un ou plusieurs types de soutien (celles à qui nous nous confions et qui nous donnent des conseils, celles avec qui nous pratiquons des loisirs, etc.). Un examen mésosystémique appelle à l'examen de la nature des interactions entre les microsystèmes. Par exemple, la façon dont un employeur très exigeant traite ses employés peut affecter négativement leur productivité ce qui, en retour, pourra augmenter les exigences de l'employeur. Stressés par l'attitude de ce dernier, les employés pourront être moins patients avec leurs enfants lorsqu'ils seront dans leur famille.

Pour examiner votre propre mésosystème, identifiez d'abord tous vos microsystèmes, puis analysez les liens qui existent entre eux, aussi bien les compatibilités que les contradictions. Par exemple, avez-vous l'impression que vos valeurs familiales sont compatibles avec celles de vos amis ? Votre travail s'agence-t-il bien avec votre vie d'étudiant quant à l'horaire et aux exigences ?

En troisième lieu, l'**exosystème** désigne des lieux (généralement des institutions) habituellement non fréquentés par la personne qui se développe, mais dont les décisions exercent une influence sur sa vie. C'est le cas, entre autres, des commissions scolaires,

### Ontosystème

Selon Bronfenbrenner, facteur de développement lié aux caractéristiques individuelles aussi bien innées qu'acquises, telles que le bagage génétique, les habiletés intellectuelles, les valeurs, etc.

### Chronosystème

Selon Bronfenbrenner, facteur de développement qui représente le degré de stabilité ou de changement dans l'environnement d'une personne et qui est lié au passage du temps, notamment les périodes de transition et l'époque dans laquelle elle s'inscrit.

### Microsystème

Selon Bronfenbrenner, système qui correspond au milieu fréquenté quotidiennement par une personne et dans lequel elle entretient des relations étroites avec d'autres individus. Il existe plusieurs microsystèmes pour une même personne (la famille, l'école, le centre de loisirs, le lieu de travail, le voisinage, etc.).



Quels sont les deux microsystèmes où Carole vit des interactions très différentes ?

### Mésosystème

Selon Bronfenbrenner, système qui correspond à l'ensemble des liens et des interactions qui existent entre les différents microsystèmes d'une personne.

### Réseau de soutien social

Ensemble des individus qui font partie de l'entourage d'une personne, qui lui offrent différents types d'aide et avec qui elle entretient des relations interpersonnelles.

### Exosystème

Selon Bronfenbrenner, système qui correspond à des instances habituellement non fréquentées par la personne qui se développe, mais dont les décisions ont une incidence sur sa vie.

des conseils d'administration et des organismes gouvernementaux. Les décisions relatives aux droits de scolarité du cégep constituent un bon exemple de cette dimension exosystémique. En tant qu'étudiant, vous ne faites pas partie des instances qui décident d'augmenter les droits de scolarité, mais si une telle augmentation survient, elle aura une incidence concrète sur votre vie. Les décisions liées à la fixation du salaire minimum, aux heures d'ouverture des magasins, aux tarifs des transports en commun et des différentes formes d'énergie sont autant d'exemples de dimensions exosystémiques.

### Macrosystème

Selon Bronfenbrenner, système qui inclut les valeurs et les normes véhiculées dans une société, une culture, un système économique et politique.

Enfin, le **macrosystème** représente le système le plus large puisqu'il comprend les trois précédents. Il constitue une sorte de toile de fond et inclut les modèles culturels, les idéologies et les valeurs d'une société, d'une culture. Les systèmes économiques et politiques en font également partie. De quelle façon le fait de vivre dans une société capitaliste et individualiste influence-t-il nos choix? Les idées véhiculées au sujet des immigrants dans les médias, par exemple, influencent-elles nos amis? Il faut se rappeler que ces quatre systèmes sont eux aussi interdépendants et en interaction. Ainsi, la mondialisation croissante des marchés (macrosystème) peut déclencher la restructuration de l'entreprise où travaille votre père (exosystème), ce qui peut entraîner sa mise à pied et la diminution du revenu familial (mésosystème). Vos parents peuvent alors être davantage stressés et incapables de continuer de payer vos études, ce qui peut vous pousser à trouver un emploi de fin de semaine (microsystème).

Enfin, selon Bronfenbrenner, la personne n'est pas seulement le produit de son développement, elle agit également sur lui par l'entremise de ses caractéristiques physiques et psychologiques, de ses talents et de ses habiletés, de ses forces et de ses faiblesses. Ainsi, dans la mise en situation, Carole ne se réduit pas au produit d'une famille dysfonctionnelle; son courage et sa volonté lui permettent de s'en sortir.



### L'apport et les limites de l'approche écologique

L'approche écologique a le grand mérite de tenter de tenir compte de l'ensemble des dimensions présentes dans la vie des personnes, particulièrement les dimensions socio-culturelles, et d'en analyser les multiples interactions. Contrairement aux autres approches, elle ne se centre pas uniquement sur les déterminants personnels pour comprendre le développement d'un individu; elle met en évidence les influences de l'environnement sur l'individu, mais aussi celles de l'individu sur son environnement. Elle ne s'intéresse pas seulement au milieu familial, mais tente également de prendre en considération des facteurs plus rarement étudiés en psychologie: l'influence du milieu de travail, la dimension économique, les réseaux de soutien, les décisions gouvernementales, les valeurs sociales, les idéologies, etc. C'est enfin une approche qui permet d'élargir le mode d'intervention. En effet, alors que la plupart des interventions issues des théories psychanalytiques, béhavioristes, cognitivistes ou humanistes se concentrent essentiellement sur la modification des comportements ou des émotions de l'individu qui éprouve le problème, l'approche écologique permet de choisir des voies multidimensionnelles. C'est l'approche privilégiée par la psychologie communautaire. L'initiative *1,2,3 go!*, présentée dans l'encadré 1.2, est un programme d'intervention communautaire qui illustre bien l'application du modèle écologique.

Certaines critiques ont toutefois relevé des ambiguïtés et des imprécisions dans ce modèle. On lui reproche plus particulièrement de mal expliquer le développement passé et de ne pas être en mesure de prédire le développement futur (Thomas et Michel, 1998).

## ENCADRÉ 1.2



## APPLICATION

### 1,2,3 GO! Un programme communautaire visant le mieux-être des tout-petits, de leur famille et de la communauté

Dans les années 1990, le Centraide du Grand Montréal a commencé à travailler sur un projet qui faisait la promotion du bien-être des jeunes enfants et qui deviendra le programme 1,2,3 GO!. Le psychologue Camil Bouchard est un de ceux qui a participé à son élaboration. La mise sur pied de ce programme a été influencée par l'approche écologique de Bronfenbrenner, qui considère que le développement de l'enfant résulte de l'interaction entre celui-ci et son environnement humain et social et qu'il faut prendre en considération non seulement le milieu familial, mais aussi le contexte économique, politique, organisationnel et culturel dans lequel il grandit. À partir du constat voulant que les enfants qui vivent sur des territoires où le taux de pauvreté est élevé ont moins de chances de se développer pleinement, comparativement aux enfants provenant de milieux favorisés, les promoteurs du projet ont proposé à six territoires présentant des indices élevés de pauvreté de participer à un projet visant à soutenir les enfants ainsi que leur famille. Dominique Damant et ses collègues (1999) décrivent ainsi les objectifs poursuivis au départ par l'initiative 1,2,3 GO! et qui favorisent l'émergence d'interventions multidimensionnelles :

- Objectifs ontosystémiques : Amélioration des compétences parentales, de la situation occupationnelle des parents, des habiletés cognitives et sociales des enfants et de la nutrition ;
- Objectifs microsystémiques : Amélioration des relations parent-enfant, des aires de jeux et de détente, de la salubrité et de la sécurité dans les parcs ;
- Objectifs mésosystémiques : Création de ressources d'entraide et de soutien entre les parents, enrichissement des liens entre les familles et les services sociaux et scolaires, amélioration du transport ;
- Objectifs exosystémiques : Amélioration de la qualité des services destinés aux parents ou aux enfants, meilleure intégration des services destinés aux familles et meilleure concertation entre les services ;
- Objectifs macrosystémiques : Tolérance et bienveillance accrues envers les enfants et préoccupation plus marquée de la communauté à l'égard de leur bien-être, association plus affirmée entre les acteurs du milieu économique et du milieu social, de manière à influencer les choix idéologiques à l'égard des enfants.

On peut dire que l'organisme 1,2,3 GO! représente : « une stratégie de mobilisation et d'action qu'une communauté s'approprié et met en œuvre en faveur de ses tout-petits et de leurs parents » (Goulet et al., 2005).

Ce programme est toujours bien vivant et il s'est étendu à d'autres centres urbains de la province comme Laval, Longueuil et Québec. En 2001, un centre 1,2,3 GO! a été créé pour coordonner les différents projets.



Un exemple récent du dynamisme de ce programme nous est fourni par l'Initiative 1,2,3 GO! Limoilou. Ce secteur de la ville de Québec est un de ceux où l'on retrouve le plus d'enfants de 0 à 5 ans, en proportion comme en nombre absolu. Beaucoup vivent dans des familles défavorisées et des familles monoparentales, qui sont isolées socialement et particulièrement vulnérables psychologiquement. Les parents reçoivent peu de soutien pour améliorer leurs relations avec leurs enfants et leur pratique éducative. Ils se sentent souvent démunis, impuissants et incompetents, ce qui, selon l'approche écologique, peut avoir des conséquences négatives sur le développement de leurs jeunes enfants. L'Initiative 1,2,3 GO! Limoilou a déjà plusieurs réalisations communautaires à son actif telles que la cinquième édition


d'une fête familiale dans le quartier en mai 2012 et l'utilisation d'un minibus d'animation qui parcourt le territoire. En juin 2012, en réponse aux besoins exprimés par plusieurs parents, l'Initiative 1,2,3 GO! Limoilou, avec l'aide de plusieurs partenaires sociaux, a mis sur pied le projet « L'espace des tout-petits ». Cet endroit devrait offrir aux familles des espaces de jeu, un jardin d'enfants et des activités d'éveil culturel. Il se veut également un lieu de rencontre pour les parents et propose une offre concertée de services à la famille ainsi qu'un centre de matériaux récupérés dans la communauté. Comme l'écrivent les chargés de projet, ce centre a pour objectif : « [d]es enfants actifs, éveillés et entourés, des parents soutenus, des liens tissés serrés dans l'offre de services pour la petite enfance et une vie citoyenne et communautaire enrichie » (Pelletier, G. et J. Lapointe, 2012). Ce projet vise également le développement optimal des tout-petits ainsi que l'accès à des services éducatifs et récréatifs de qualité.

Pour les familles de ces enfants (microsystème), le projet veut :

- favoriser les échanges constructifs entre les parents et leurs enfants ;
- briser leur isolement social par la création de réseaux de soutien et favoriser l'accès à des services de proximité (mésosystème) ;
- développer leur pouvoir d'agir (*empowerment*), leur sentiment d'efficacité personnelle et la confiance dans leurs habiletés parentales.

Pour la communauté de Limoilou, ce projet communautaire doit s'inscrire dans le cadre de la politique familiale de la ville de Québec (exosystème). Sa réalisation nécessitera toutefois l'appui des instances gouvernementales provinciales (macrosystème). En ce qui concerne la pauvreté des familles, il est important de préciser ici le rôle déterminant joué par le macrosystème par l'entremise des politiques gouvernementales concernant, par exemple, l'accès à l'emploi, le salaire minimum, l'aide aux familles défavorisées, les places en garderie, etc. Ce projet communautaire représente un exemple concret de l'application des propositions mises de l'avant par le modèle de Bronfenbrenner et il met en pratique l'idée que le « développement de l'enfant est une responsabilité collective ». C'est un projet à suivre !

**FAITES LE POINT**

5. À l'aide d'un exemple, illustrez comment les trois instances psychiques de la personnalité interagissent dans la théorie psychosexuelle.
6. Comment les approches béhavioriste et néobéhavioriste expliquent-elles le développement ?
7. Dans la théorie de Piaget, quels sont les deux mécanismes cognitifs qui permettent à l'enfant de s'adapter de mieux en mieux à son environnement et comment fonctionnent-ils ?
- 8  Vous avez cessé d'utiliser votre cellulaire en conduisant depuis que votre ami a renversé un cycliste alors qu'il textait au volant. À l'aide de quelle théorie pourriez-vous expliquer votre décision ?

## 1.3 Les méthodes de recherche en psychologie du développement

Comme nous l'avons vu, aucune théorie du développement n'est universellement acceptée et aucune approche n'explique toutes les facettes du développement humain. La tendance actuelle est plutôt de proposer des « mini-théories » qui concernent des aspects précis du développement, par exemple les effets du vieillissement sur les relations sociales. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, même si la plupart des chercheurs sont assez éclectiques puisqu'ils tiennent compte de différentes approches, leurs recherches révèlent souvent une orientation qui leur est propre, que ce soit par les questions de recherche qu'ils posent ou par la méthodologie qu'ils utilisent. Ainsi, pour comprendre comment un enfant développe le sens du bien et du mal, un chercheur d'orientation béhavioriste observera plutôt quels comportements sont renforcés ou punis par les parents. Un théoricien de l'apprentissage social se concentrera plutôt sur les exemples de comportement moral que ces derniers fournissent à l'enfant et qu'il peut imiter. Enfin, un théoricien cognitiviste se penchera sur les capacités intellectuelles de l'enfant lui permettant de poser un jugement moral.

### 1.3.1 L'élaboration des théories

La recherche et la théorie sont toutes les deux indispensables et indissociables. Les théories aident en effet à organiser les données recueillies selon une structure cohérente : elles permettent de dépasser les observations faites à partir des recherches, elles leur donnent un sens et permettent de formuler des généralisations, c'est-à-dire de fournir des explications s'appliquant à l'ensemble des individus d'un même groupe d'âge. De plus, les approches théoriques façonnent les questions des chercheurs, leurs méthodes et leur interprétation des résultats. Elles nourrissent la recherche en fournissant des hypothèses à vérifier, une **hypothèse** étant une prédiction du résultat d'une expérience. Quand la recherche confirme une hypothèse, elle renforce alors la théorie dont elle s'inspire. Toutefois, il arrive aussi qu'une théorie doive être modifiée pour correspondre aux découvertes de la recherche. C'est ce qui permet à la science de progresser.

La recherche dans le domaine du développement humain comporte plusieurs étapes basées sur la méthode scientifique. L'utilisation rigoureuse de cette méthode permet aux chercheurs de tirer des conclusions sur le développement des personnes. Les étapes de la méthode scientifique sont les suivantes :

- définir un problème à étudier, qui découle généralement d'une théorie ou de recherches antérieures ;
- formuler une hypothèse qui sera testée durant l'étude ;
- effectuer la collecte des données ;

#### Hypothèse

Prédiction du résultat d'une expérience basée sur des connaissances antérieures au sujet d'un phénomène.

- analyser les données pour vérifier si elles appuient l'hypothèse;
- tenter de formuler une conclusion;
- diffuser les résultats de la recherche de manière à ce que d'autres chercheurs puissent la reproduire, évaluer sa validité, apprendre de cette recherche ou la poursuivre pour faire progresser les connaissances dans le domaine d'étude.

Les études menées dans le domaine du développement humain s'appuient par ailleurs sur une gamme diversifiée d'outils de recherche. Il existe en effet plusieurs techniques de collecte de données et plusieurs méthodes de recherche. On peut distinguer dans un premier temps les recherches qui recueillent des données *quantitatives*, c'est-à-dire des données mesurables objectivement, par exemple la proportion d'enfants qui présentent des réactions de peur et d'anxiété à la veille d'une intervention chirurgicale, de celles qui s'intéressent aux données *qualitatives*. À la différence des recherches quantitatives, qui, concernant un comportement, tentent surtout de répondre à la question: « Combien? », les recherches qualitatives s'intéressent surtout à l'expérience subjective, au pourquoi et au comment. Par exemple, les chercheurs demanderont aux enfants qui vont être opérés de parler de leurs émotions, ou encore de dessiner ce qu'ils ressentent. Le choix d'une recherche de type quantitatif ou qualitatif dépend des objectifs de celle-ci, des connaissances déjà acquises sur le sujet de la recherche et de l'orientation théorique du chercheur.

### 1.3.2 Les caractéristiques des principales méthodes de recherche

L'étude du développement humain s'appuie principalement sur deux types de méthode, soit les méthodes expérimentales et les méthodes non expérimentales. Les méthodes expérimentales regroupent les expériences en laboratoire, les expériences sur le terrain et les expériences dites naturelles. Le tableau 1.5 présente ces méthodes expérimentales ainsi que leurs principales caractéristiques.

**TABLEAU 1.5** Les méthodes de recherche expérimentales

Méthode	Description	Avantages	Inconvénients
Expérience en laboratoire	Expérience dont les variables sont manipulées par l'expérimentateur dans un milieu bien contrôlé.	Possibilité d'établir des liens de causalité. Interventions contrôlées de près et reproductibles. Possibilité de déterminer précisément l'objet sur lequel agit une variable.	Situation très artificielle maximisant les risques de comportements non représentatifs de la vie ordinaire. Impossibilité, pour des raisons éthiques, de manipuler certaines variables.
Expérience sur le terrain	Expérience dont les variables sont manipulées par l'expérimentateur dans un milieu naturel, afin d'en voir les effets (exemple : demander à des parents de lire avec leur enfant).	Possibilité de déterminer le lien de causalité le plus représentatif de la vie ordinaire.	Changement amené par la manipulation de certaines variables modifiant déjà légèrement la situation naturelle.
Expérience naturelle	Quasi-expérimentation mesurant les différences entre deux groupes qui sont séparés naturellement (exemple : comparer les degrés de stress des décrocheurs et des étudiants).	Méthode la plus proche de l'expérimentation. Permet d'étudier des variables qui ne peuvent être manipulées pour des raisons éthiques.	Impossibilité d'établir des liens de causalité. N'est pas une expérimentation à proprement parler.

De leur côté, les méthodes non expérimentales, très utilisées dans l'étude du développement, comprennent les études de cas, les observations sur le terrain et en laboratoire, les entrevues et les études de corrélation. Le tableau 1.6 (*voir la page suivante*) décrit ces méthodes ainsi que leurs principales caractéristiques.

TABLEAU 1.6 Les méthodes de recherche non expérimentales

Méthode	Principale caractéristique	Avantages	Inconvénients
Étude de cas	Étude approfondie d'un individu.	Portrait détaillé du comportement d'une personne.	Impossibilité de généraliser les observations à l'ensemble des gens. Biais de l'observateur.
Observation sur le terrain	Observation de personnes dans un contexte familial, sans interventions destinées à influencer leur comportement.	Bonne description du comportement. Absence de conditions artificielles susceptibles de modifier le comportement. Source d'hypothèses de recherche.	Absence de contrôle des variables. Impossibilité d'expliquer les liens de causalité. Biais de l'observateur.
Observation en laboratoire	Observation de personnes en laboratoire, sans interventions destinées à influencer leur comportement.	Bonne description du comportement. Meilleur contrôle des variables que l'observation sur le terrain, mais situation plus artificielle. Source d'hypothèses de recherche.	Milieu artificiel. Impossibilité d'expliquer les liens de causalité. Biais de l'observateur.
Entrevue	Questions destinées à obtenir des renseignements sur certains aspects de la vie des participants. L'entrevue peut être très structurée ou plus souple.	Renseignements fournis sur la vie, les attitudes et les opinions d'une personne plus approfondis qu'avec l'observation.	Imprécision des souvenirs. Risque de déformation des réponses afin qu'elles soient socialement acceptables. La façon de poser les questions peut influencer les réponses.
Étude de corrélation	Mesure de la direction et de la force d'une relation entre deux variables.	Formulation possible, en fonction d'une des variables, de prédictions au sujet de l'autre variable.	Impossibilité de déterminer l'existence de liens de causalité.

### 1.3.3 Les stratégies de collecte des données

Comme on le voit, le choix de la méthode de recherche influence la collecte des données. Toutefois, en psychologie du développement, trois stratégies de recherche sont particulièrement utilisées : les études transversales, les études longitudinales et les études séquentielles.

#### Étude transversale

Étude qui compare les résultats de sujets parvenus à des étapes différentes du développement.

#### Étude longitudinale

Étude qui suit l'évolution des mêmes sujets sur une longue période.

#### Étude séquentielle

Étude complexe qui combine les méthodes transversale et longitudinale pour dresser un portrait plus complet du développement.

Dans l'**étude transversale**, on compare les résultats de sujets parvenus à des étapes différentes de leur développement. Cette méthode est très utilisée et elle permet d'obtenir un aperçu général de l'effet de l'âge sur le développement, mais elle comporte aussi certaines limites.

À la différence de l'étude transversale, l'**étude longitudinale** suit l'évolution des mêmes sujets sur une longue période, parfois sur plusieurs années. Les chercheurs peuvent s'intéresser à une caractéristique particulière, par exemple l'agressivité, ou à plusieurs en même temps afin de découvrir les relations qui existent entre elles. Si cette méthode cible bien l'effet du développement, elle est toutefois difficile à appliquer.

La combinaison des deux méthodes décrites précédemment se retrouve dans l'**étude séquentielle**, une stratégie plus complexe qui permet d'obtenir un portrait plus complet du développement.

Le tableau 1.7 présente ces trois méthodes de collecte des données, ainsi que les avantages et les inconvénients qu'elles comportent.

### 1.3.4 La dimension éthique de la recherche

Peut-on permettre qu'une recherche susceptible de nuire aux sujets soit entreprise ? Comment trouver un juste équilibre entre les bénéfices potentiels pour l'avancement de la science et les risques de préjudices physiques ou psychologiques pour le sujet ?



**TABLEAU 1.7** Les méthodes de collecte des données propres à l'étude du développement humain

Type de collecte	Caractéristique	Avantages	Inconvénients
Étude transversale	Étude qui compare des sujets parvenus à des étapes différentes de leur développement.	Donne un aperçu général de l'effet de l'âge sur le développement. Méthode relativement rapide et économique permettant d'aborder des sujets de recherche présentant un intérêt actuel. Pas de risque de perdre des sujets en cours de route.	Peut facilement confondre les effets du développement et les effets de cohorte. Voile les différences individuelles, car ne s'intéresse qu'aux moyennes de groupe. Donne peu de renseignements sur les séquences du développement.
Étude longitudinale	Étude qui suit l'évolution des mêmes sujets sur une longue période.	Cible bien l'effet du développement. Élimine la confusion des résultats avec l'effet de cohorte. Est sensible aux changements individuels. Permet d'observer les séquences du changement.	Demande beaucoup de temps et d'argent. Ne donne pas nécessairement de résultats généralisables aux autres cohortes. Exige de tenir compte, dans certains types d'études, de l'effet des tests répétés à plusieurs reprises. Biais possible de l'échantillon s'il s'agit de volontaires. Taux élevé d'abandon chez les sujets.
Étude séquentielle	Étude qui combine les deux autres méthodes. Étude de plusieurs cohortes au cours d'une période donnée.	Cible bien l'effet du développement. Élimine l'effet de cohorte tout en donnant des résultats pouvant être généralisés aux autres générations.	Méthode parfois difficile à utiliser.

Au Québec, en juin 2012, l'UQAM a mis sur pied un cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Ce cadre s'appuie sur un ensemble de valeurs et de principes qui doivent diriger les actions des chercheurs :

- **Le respect de la personne :** Le terme « personne » inclut les personnes mineures ou placées dans une situation de dépendance ou de minorité. Le respect de la personne implique le droit à l'intimité, à la discrétion ainsi qu'à l'intégrité physique, psychique et culturelle.
- **La recherche du bien pour autrui et la non-malfaisance :** Les résultats escomptés d'une recherche passent après le bien-être des personnes qui en sont les sujets. Les chercheurs ne peuvent, volontairement ou par négligence, porter atteinte à la vie privée des personnes.
- **L'équité :** Les chercheurs doivent justifier leurs critères d'inclusion ou d'exclusion de certains sujets. À moins de raisons valables, personne ne peut être exclu de la recherche pour ses convictions religieuses ou son appartenance à un groupe ethnique ou culturel.
- **Le choix réfléchi du sujet de la recherche :** Le sujet de la recherche doit aller dans le sens du bien commun.
- **L'évaluation et la réduction des risques par rapport aux avantages anticipés :** Les risques encourus par les sujets doivent être évalués et réduits au minimum. Ils ne peuvent être supérieurs aux avantages, et doivent être présentés aux sujets ou aux parents de ces derniers s'il s'agit d'enfants. Si les risques sont importants, ils doivent être écrits sur le formulaire de consentement.
- **Le consentement libre et éclairé :** Chaque sujet a le droit de décider s'il accepte ou non de participer à une recherche. Selon le nouveau *Code civil du Québec*, même un mineur dont les parents ont donné leur accord à sa participation à une recherche a tout à fait le droit de refuser d'y participer (*Code civil*, article 21, ministère de la Justice du Québec, 1994). Pour que le consentement soit libre et éclairé, il faut que le sujet reçoive toutes les informations nécessaires sur la nature de la recherche, sur ses objectifs, sur les bénéfices potentiels et sur les risques encourus en y

participant. Le consentement doit être donné par écrit et il peut être révoqué en tout temps. Par ailleurs, l'accord d'une personne souffrant de déficience intellectuelle peut être jugé insuffisant pour lui donner le droit de participer à une expérience (bien que cette personne ait toujours le droit de refuser).

- Le droit de retrait et de soutien: Un sujet peut en tout temps se retirer de la recherche et le chercheur peut en tout temps interrompre cette dernière. Les sujets pouvant être troublés par leur propre comportement durant une expérience, particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants, les chercheurs doivent donc toujours veiller à ne pas ébranler l'estime de soi de leurs sujets.

Si la recherche peut avoir des effets déstabilisants pour les sujets, le chercheur doit prévoir des ressources d'aide et de soutien.

- Le droit à la protection de la vie privée: Les renseignements obtenus lors de la recherche, particulièrement ceux concernant la santé physique ou mentale, l'histoire personnelle ou professionnelle du sujet, ne peuvent être divulgués et le chercheur doit respecter la plus grande confidentialité. Les données recueillies doivent être gardées secrètes.



### FAITES LE POINT

9. Définissez ce qu'est une hypothèse et expliquez son rôle dans la recherche.
  10. Comparez les trois méthodes suivantes: étude transversale, étude longitudinale, étude séquentielle.
- 11 Pourriez-vous, à titre d'étudiant en psychologie, dévoiler à un chercheur renommé le nom des participants à une étude que vous auriez menée, sous prétexte qu'il voudrait en approfondir certains aspects auprès des mêmes sujets? Justifiez votre réponse.

## Résumé

### L'étude du développement humain

- La psychologie du développement humain est l'étude scientifique des processus responsables des changements et de la continuité qui interviennent tout au long de la vie des individus.
- Le développement est un phénomène complexe, dynamique et continu. Il touche aux quatre dimensions de la personne: physique, cognitive, affective et sociale. Ces dimensions sont indissociables et en constante interaction.
- Les facteurs internes (la nature) réfèrent à l'hérédité, qui assure le contrôle de la maturation du corps et de ses fonctions. Les facteurs externes (la culture) concernent les influences du milieu où l'individu se développe. Ces influences en constante interaction peuvent être normatives ou non.
- Les connaissances acquises par l'étude scientifique du développement ont eu des retombées importantes, particulièrement sur les pratiques familiales et scolaires.

### Les approches théoriques du développement humain

- L'approche psychanalytique de Freud suppose que le développement de la personnalité adulte est déterminé par les événements ayant eu lieu durant l'enfance. Freud identifie

cinq stades de développement psychosexuel: les stades oral, anal et phallique, la période de latence et le stade génital, au cours desquels ces trois instances de la personnalité se développent: le ça, le moi et le surmoi.

- Selon Erikson et la théorie du développement psychosocial, les influences sociales sont les plus importantes et la recherche de l'identité est au cœur du développement, qui se poursuit tout au long du cycle de vie. Huit stades psychosociaux, caractérisés par une crise à résoudre, permettent au moi de se développer et d'atteindre un équilibre.
- L'approche béhavioriste ne s'intéresse qu'aux comportements observables, mesurables et quantifiables et accorde une importance déterminante à l'environnement. Le conditionnement réponsant (Pavlov) et le conditionnement opérant (Skinner) sont les deux formes d'apprentissage qui expliquent les modifications survenant au cours du développement.
- La théorie de l'apprentissage social de Bandura reconnaît le rôle des processus cognitifs dans l'apprentissage. L'enfant apprend en observant des modèles et en imitant des comportements observés autour de lui, ainsi que leurs conséquences sur autrui.



- L'approche cognitiviste s'intéresse surtout au développement des processus cognitifs. Selon Piaget, le développement cognitif se déroule en quatre stades et il est régi par trois principes: l'organisation cognitive, l'équilibration et l'adaptation. Deux mécanismes en interaction, l'assimilation et l'accommodation, permettent à l'individu de s'adapter toujours mieux à son environnement.
- Selon la théorie socioculturelle de Vygotsky, les influences sociales et culturelles jouent un rôle majeur dans le développement cognitif de l'enfant. Les personnes qui entourent l'enfant doivent lui servir de guides dans l'organisation de sa pensée.
- La théorie du traitement de l'information s'intéresse surtout aux processus mentaux, tels que la perception et la mémoire, permettant au cerveau de traiter l'information.
- L'approche humaniste considère que chaque être humain possède la capacité de se prendre en main et d'assurer son développement. Selon Rogers, l'actualisation de soi repose sur le libre arbitre et représente le but ultime du développement humain.
- Selon Maslow, la satisfaction des différents besoins est à la base du développement, mais elle se réalise selon une hiérarchie allant des besoins physiologiques à l'actualisation de soi.

- L'approche écologique, développée par Bronfenbrenner, explique le développement humain en tenant compte de tous les facteurs environnementaux qui l'influencent. Cette approche décrit l'environnement comme un système complexe subdivisé en quatre sous-systèmes – microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème –, qui sont en interaction.

### **Les méthodes de recherche en psychologie du développement**

- Indispensables à la compréhension du développement humain, la recherche et la théorie sont indissociables: les théories alimentent la recherche en fournissant des hypothèses à vérifier.
- La recherche utilise des méthodes expérimentales, mais aussi des méthodes non expérimentales.
- Trois types de collecte de données sont particulièrement utilisés dans la recherche sur le développement: l'étude transversale, l'étude longitudinale et l'étude séquentielle.
- La dimension éthique est au cœur de la recherche sur le développement humain. Les chercheurs se doivent de respecter un certain nombre de normes éthiques dans leur travail.

CHAPITRE

# 2



# La conception, le développement prénatal, la naissance et le nouveau-né

## PLAN DU CHAPITRE

### 2.1 La conception

- 2.1.1 La fécondation
- 2.1.2 Les naissances multiples
- 2.1.3 Les mécanismes de l'hérédité

### 2.2 Le développement prénatal

- 2.2.1 Le désir d'enfant
- 2.2.2 Les périodes du développement prénatal
- 2.2.3 Les influences sur le développement prénatal

### 2.3 La naissance

- 2.3.1 L'accouchement
- 2.3.2 Le contexte de la naissance

### 2.4 Le nouveau-né

- 2.4.1 L'aspect physique du nouveau-né
- 2.4.2 L'évaluation du nouveau-né
- 2.4.3 Les bébés de faible poids à la naissance
- 2.4.4 L'allaitement

Deux cellules se rencontrent et s'unissent pour n'en former qu'une. Véritable usine à fabriquer de la vie, cette cellule-mère, détentrice du patrimoine génétique de notre espèce et des caractéristiques transmises par nos parents, produit bientôt un nouvel être humain, au cours d'un processus de croissance sans précédent. Dès cet instant, le développement du futur bébé s'amorce. Niché au sein de la matrice, dépendant de sa mère pour sa survie, le fœtus peut subir certaines influences nocives, lesquelles vont avoir des conséquences plus ou moins graves sur son développement. Sa naissance se fait dans un contexte plus ou moins facile pour sa mère et pour lui, alors qu'il s'apprête à goûter à la vie et au contexte rassurant de l'allaitement.

## Mise en situation

Après trois ans de vie commune, Laurent et Monica se sentent prêts à avoir un enfant. Que de réflexions et de discussions avant d'arriver à cette décision !

Monica vient d'avoir 34 ans et il a toujours été clair pour elle qu'elle voulait des enfants. Son corps et sa tête semblaient se rejoindre dans ce rêve d'un petit être à chérir, mais le contexte n'était jamais assez favorable pour faire le grand pas : elle devait finir ses études, bâtir sa carrière, stabiliser sa situation financière... et surtout, trouver le père idéal et être amoureuse de lui.

Puis Laurent est arrivé dans sa vie et, graduellement, ce rêve d'enfant est devenu possible, faisant ressortir, du même coup, toutes les hésitations de Monica. Est-ce que je suis prête à voir mon corps déformé par la grossesse ? Est-ce que l'accouchement sera douloureux ? Suis-je capable d'être une bonne mère ? Puis-je mettre ma carrière en veilleuse pour un certain temps ? Laurent est-il prêt à restreindre ses projets à l'étranger ?

Finalement, la décision est prise et après quelques mois d'espoirs et de déceptions, où on a même craint l'infertilité, Monica est enfin enceinte. Les futurs parents prennent leur rôle au sérieux : Laurent cesse de fumer, Monica évite l'alcool, soigne son alimentation et se fait suivre par un médecin qu'une amie lui a recommandé. Ensemble ils suivent pas à pas le développement de leur bébé : le cœur qui commence à battre, la première échographie, l'apparition des mains et des doigts. Ils se renseignent en lisant beaucoup, ils participent



à des cours prénataux, ils préparent la chambre du bébé. Parfois ils s'inquiètent, mais se rassurent bien vite. Ce sera la plus belle petite fille du monde !

### « Laurent cesse de fumer et Monica évite l'alcool. »

Le grand jour arrive enfin et Maïa vient au monde après plusieurs heures de contractions. C'est un bébé de 3400 grammes qui mesure 49 cm, et son test d'ApGAR est de

9/10. Laurent essuie une larme en déposant sa fille sur le ventre de Monica. Très émus, ils se regardent : ils sont devenus des parents !



Tout au long de la lecture du chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

#### Gamète

Cellule reproductrice sexuée (spermatozoïde ou ovule).

#### Zygote

Organisme unicellulaire provenant de l'union d'un spermatozoïde et d'un ovule.



Comment la vie de Maïa a-t-elle débuté ?



#### La fécondation

Un minuscule spermatozoïde réussira à percer la surface de l'ovule, la plus grosse cellule du corps humain.

## 2.1 La conception

Que la grossesse soit voulue ou non, qu'elle survienne naturellement ou par des moyens extraordinaires, il faut qu'un ovule soit fécondé. Voyons comment se produit la fécondation.

### 2.1.1 La fécondation

La vie d'un nouvel être humain débute en moins d'une seconde lors de la fécondation par la rencontre des deux cellules sexuelles, ou **gamètes**. Un seul spermatozoïde, parmi les millions que produit le père, réussit à percer la membrane de l'ovule maternel. L'œuf fécondé, appelé **zygote**, commence alors à se diviser et à se différencier. Tous les zygotes ne survivent pas, mais si les circonstances sont favorables, un bébé formé de plusieurs trillions de cellules naîtra environ neuf mois plus tard.

Comme toutes les femmes, Monica possède des milliers d'ovules et chacun mesure environ le quart du point qui se trouve à la fin de cette phrase. Pourtant, l'ovule est la plus grosse cellule du corps humain. Lors de l'ovulation, habituellement vers le milieu du cycle menstruel, un ovule provenant de l'un ou l'autre des ovaires se libère de son follicule et amorce son voyage vers l'utérus en passant par l'une des trompes de Fallope.

Les spermatozoïdes, quant à eux, figurent parmi les plus petites cellules du corps et ne gardent leur capacité de féconder l'ovule que durant 48 heures environ. Lorsque les spermatozoïdes arrivent dans l'utérus, ils vont à la rencontre de l'ovule et la fécondation se produit, généralement dans les trompes de Fallope. Si la fécondation n'a pas lieu, les spermatozoïdes sont détruits par les globules blancs de la femme, tandis que l'ovule est éliminé lors des prochaines menstruations.

## 2.1.2 Les naissances multiples

Les naissances multiples peuvent se produire de deux façons. La plupart du temps, le corps de la mère libère deux ovules (ou plus) dans un intervalle très bref. Si ces ovules sont fécondés, il en résulte des **jumeaux dizygotes**, ou non identiques, aussi appelés jumeaux fraternels. La deuxième cause de naissances multiples provient de la division du zygote en deux après la fécondation. Les deux œufs qui en résultent sont donc identiques. On parle alors de **jumeaux monozygotes**, ou identiques, c'est-à-dire de vrais jumeaux. Les triplés, les quadruplés ou les autres naissances multiples peuvent résulter d'une combinaison de ces deux phénomènes.

Le bagage génétique des jumeaux dizygotes, qui proviennent de deux spermatozoïdes et de deux ovules différents, diffère autant que celui de chacun des autres enfants issus des mêmes parents. Ces jumeaux peuvent donc être du même sexe ou de sexe opposé. Les jumeaux monozygotes, pour leur part, sont nécessairement du même sexe. Toutefois, même s'ils possèdent le même bagage génétique, à cause de légères différences dans le milieu prénatal et postnatal qui agissent sur leur développement, ils présentent tout de même certaines distinctions. Nous reviendrons plus tard sur les causes de celles-ci.

La conception de jumeaux monozygotes semble résulter du hasard, alors que celle de jumeaux dizygotes apparaît plus fréquente dans des cas de grossesses tardives, dans les familles où il y a déjà eu des jumeaux ainsi que chez certains groupes ethniques. Ces dernières années, le taux de naissances multiples a toutefois considérablement augmenté, et ce, dans plusieurs pays. Au Québec, il a atteint 2,9 % des naissances en 2011, et jusqu'à 3,1 % en 2010 (Institut de la statistique du Québec, 2012). On attribue cette augmentation à la tendance à retarder la maternité à un âge plus avancé, ainsi qu'aux médicaments fertilisants et aux techniques de procréation assistée, qui augmentent la quantité d'ovules libérés lors d'un même cycle de reproduction.



### Les vrais jumeaux

On essaie parfois d'accentuer les ressemblances entre jumeaux. Pourtant, ce n'est pas parce que des jumeaux se ressemblent qu'ils sont forcément des jumeaux monozygotes,

## 2.1.3 Les mécanismes de l'hérédité

### Le code génétique

Nous venons de voir que la première cellule d'une nouvelle vie provient de l'union de deux cellules reproductrices, soit l'ovule et le spermatozoïde. Le noyau de chacune de ces cellules ne contient que 23 **chromosomes**, alors que toutes les autres cellules du corps humain en comptent 23 paires, soit 46. À la suite de l'union des deux gamètes, le zygote comprendra lui aussi 23 paires de chromosomes (*voir la figure 2.1, à la page suivante*). Ces 46 chromosomes, porteurs de milliers de gènes, contiennent toutes les informations génétiques qui guideront le développement du fœtus.

Le **gène**, un fragment d'acide désoxyribonucléique, est l'élément de base de l'hérédité. Chaque gène occupe une position définie sur le chromosome. Ce sont les gènes qui déterminent les caractéristiques héréditaires. Ils indiquent à chaque cellule sa spécialisation et la manière de faire la synthèse des protéines nécessaires aux principales fonctions de l'organisme.

Le code génétique est unique à chaque personne, sauf dans le cas des jumeaux monozygotes. Après la division du zygote, un processus appelé **mitose**, chaque cellule-fille possédera 46 chromosomes identiques à ceux du zygote original, exception faite des cellules sexuelles. Chaque cellule du corps renferme donc la même information génétique, qui demeure constante tout au long de la vie. Ce qu'on appelle le **génomme humain** est le résultat de l'identification par les scientifiques des séquences de gènes qui sont particuliers à l'espèce humaine. On en dénombre près de 25 000 (*voir*

### Chromosome

Segment d'ADN porteur des gènes qui transmettent les facteurs héréditaires. On en dénombre 46 chez l'être humain normal.

### Gène

Composante de base de l'hérédité située à un endroit précis sur le chromosome et qui détermine le trait hérité.

### Mitose

Division du noyau d'une cellule en deux cellules identiques.

### Génomme humaine

Résultat de l'identification des séquences de gènes qui sont particuliers à l'espèce humaine.

**Acide désoxyribonucléique (ADN)**

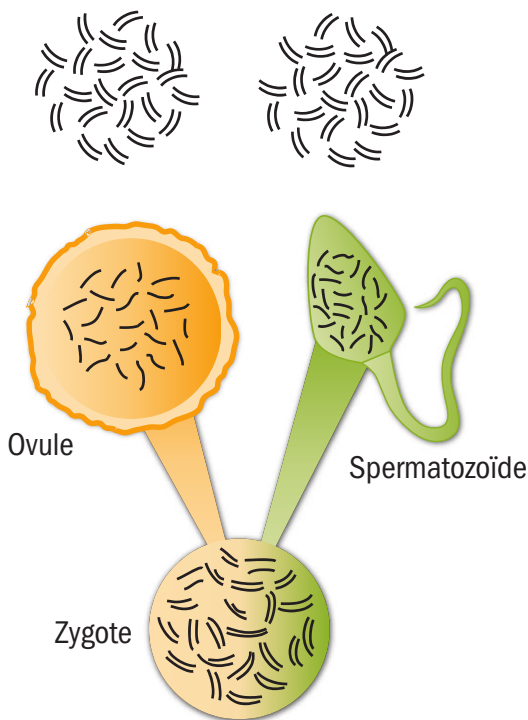
Substance chimique du génome qui transporte les informations contrôlant la synthèse des protéines et, ce faisant, permet la formation et le fonctionnement des cellules.

(encadré 2.1). Les gènes sont constitués d'**acide désoxyribonucléique (ADN)**, une substance qui transporte un ensemble précis d'informations nécessaires à la fabrication des protéines et, ce faisant, à la formation et au fonctionnement des cellules.

L'ADN comprend quatre bases chimiques qui sont désignées par des lettres : l'adénine (A), la thymine (T), la cytosine (C) et la guanine (G). Ces bases sont associées par paires et forment les barreaux d'une échelle en spirale. Il y a trois millions de paires de bases dans l'ADN humain.

On pourrait faire l'analogie suivante : l'ADN est comme un livre parmi plusieurs dans une bibliothèque. Tant que ce livre n'est pas lu et traduit par un enzyme (ARN), le message contenu dans le livre n'est pas actualisé. Et ce sont les facteurs environnementaux qui déterminent quels livres seront tirés de la bibliothèque, c'est-à-dire quels gènes seront activés ou non à divers moments du développement (Champagne et Mashoodh, 2009). L'action génétique qui déclenche le développement du corps et du cerveau est souvent contrôlée par les niveaux d'hormones – de la mère et de l'enfant en développement – qui dépendent eux-mêmes des conditions environnementales, comme la nutrition et le stress. Ainsi, dès le début, hérédité et environnement sont interreliés.

**FIGURE 2.1** La composition héréditaire du zygote



Les cellules de l'homme et de la femme contiennent 23 paires de chromosomes. À la suite de la méiose, chaque cellule sexuelle contient 23 chromosomes simples. Lors de la fécondation, les chromosomes de chaque parent se joignent pour former un zygote contenant 23 paires de chromosomes, dont une moitié provient de la mère et l'autre, du père.

### Le mécanisme épigénétique : la modification des gènes par l'environnement

Jusqu'à récemment, les scientifiques croyaient que les gènes dont héritait un enfant étaient fixés pendant le développement prénatal, leurs effets sur le comportement pouvant cependant être modifiés par l'expérience. Des recherches récentes démontrent que les manifestations des gènes sont sous l'influence d'un troisième élément, soit un **mécanisme épigénétique**, qui contrôle le fonctionnement des gènes à l'intérieur d'une cellule, sans affecter la structure de l'ADN de cette cellule. Loin d'être fixée définitivement, l'activité épigénétique est continuellement influencée par des éléments non génétiques (Gottlieb, 2007; Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2009). En d'autres mots, l'environnement peut influencer le moment où un gène sera activé ou désactivé.

Des molécules chimiques vont modifier la façon dont une cellule «lira» le gène, c'est-à-dire que ces molécules pourront déterminer quand, comment et jusqu'à quel point un gène doit s'exprimer.

Les changements épigénétiques peuvent se produire tout au long de la vie en réponse à des facteurs environnementaux tels que la nutrition, le tabagisme, les habitudes de sommeil, le stress ou l'activité physique. Ils peuvent expliquer pourquoi un jumeau monozygote peut être affecté par la schizophrénie et l'autre non, ou pourquoi les jumeaux peuvent présenter une même maladie, mais à des âges différents (Fraga *et al.*, 2005). Les cellules sont particulièrement sensibles aux modifications épigénétiques durant la puberté et la grossesse (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2009).

### La détermination du sexe

Dans certains villages du Népal, il est encore fréquent qu'un homme dont l'épouse ne lui a pas donné d'enfant mâle prenne une deuxième épouse. Pourtant, ironiquement, c'est le père qui est responsable du sexe de l'enfant à naître. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, au moment de la conception, les 23 chromosomes du spermatozoïde forment des paires avec les 23 chromosomes de l'ovule. Sur ces 23 paires de chromosomes, 22 sont *autosomes*, c'est-à-dire non liées au sexe; c'est donc la vingt-troisième paire, composée des *hétérochromosomes*, ou chromosomes sexuels, qui détermine le sexe de l'enfant. Chez la femme, la vingt-troisième paire de chromosomes

### Mécanisme épigénétique

Mécanisme qui contrôle le fonctionnement des gènes à l'intérieur d'une cellule, sans affecter la structure de l'ADN de cette cellule.



ENCADRÉ 2.1  APPROFONDISSEMENT**Les manipulations génétiques : à la limite de l'éthique ?**

Les scientifiques ont maintenant complété la cartographie du génome humain et estimé qu'il contient 20 000 à 25 000 gènes (International Human Genome Sequencing Consortium, 2004). Cette cartographie du génome humain a considérablement amélioré notre capacité à reconnaître les gènes qui influent sur des traits ou des comportements précis et à identifier ceux qui causent, déclenchent ou augmentent certains désordres particuliers. Déjà, plus de 1000 tests génétiques sont disponibles dans les laboratoires spécialisés (U.S. Department of Energy Office of Science, 2008).



Aimeriez-vous savoir si vous avez un gène qui vous prédispose au cancer du poumon ? À la maladie d'Alzheimer ? Voudriez-vous que votre enfant passe les tests pour détecter ces gènes ?

Les tests génétiques soulèvent des questions éthiques fondamentales. D'une part, les prédictions demeurent imparfaites. D'autre part, un faux résultat négatif pourrait provoquer un excès de confiance, alors qu'un faux résultat positif pourrait provoquer de l'anxiété inutile. À quoi cela sert-il en effet de savoir qu'on possède le gène d'une maladie incurable ? D'autant plus que le fait de posséder le gène d'une maladie donnée ne signifie pas nécessairement qu'on va la développer, puisque la plupart des maladies génétiques impliquent une combinaison complexe de gènes et dépendent en partie du mode de vie ou d'autres facteurs environnementaux (Clayton, 2003).

Il faut également considérer la question du respect de la vie privée et de l'utilisation des informations obtenues. Serait-il acceptable de se servir du profil génétique d'une personne en santé pour lui refuser un emploi ou une assurance vie ? Or, même si les données médicales sont censées être confidentielles, il est presque toujours impossible de maintenir le caractère privé de ce genre d'informations.

D'autres considérations à prendre en compte se rattachent au dépistage chez les enfants. Qui devrait décider si un enfant doit être testé : les parents ou l'enfant ? Un enfant devrait-il être automatiquement testé si ce test peut profiter à l'un de ses frères ou sœurs ? Comment un enfant sera-t-il affecté psychologiquement s'il apprend qu'il est susceptible de développer une maladie dans vingt, trente ou cinquante ans ? Une éventualité particulièrement troublante est celle qui consisterait à utiliser des résultats de dépistage génétique pour justifier la stérilisation de personnes porteuses de certains gènes *indésirables*. De futurs parents pourraient aussi opter pour l'avortement si un fœtus était porteur d'un *mauvais bagage* génétique.

La thérapie génique risque-t-elle enfin d'être utilisée d'une façon abusive ? Ce genre de thérapie devrait-il être utilisé pour contrer la calvitie ? Pour faire grandir un enfant petit ou pour transformer un enfant obèse en enfant mince ? Pour améliorer l'apparence ou l'intelligence d'un bébé à naître ? Certains parents, qui en auraient les moyens financiers, pourraient très bien chercher à octroyer à leurs enfants les *meilleurs* gènes. La frontière entre la correction thérapeutique de problèmes de santé et la manipulation génétique à des fins esthétiques ou fonctionnelles est donc très mince et peut facilement entraîner des dérives. D'ici quelques années, le dépistage génétique risque de révolutionner la pratique de la médecine. On ne sait manifestement pas encore si les bénéfices viendront alors contrebalancer les risques.

Les tests génétiques ouvrent la porte à la thérapie génique, une technique expérimentale pour remplacer ou réparer des gènes défectueux ou pour modifier la probabilité qu'un gène soit activé ou non. Même si les premières expériences n'ont pas donné de bons résultats, la thérapie génique a récemment été utilisée pour améliorer la fonction immunitaire de neuf enfants italiens. Aucun de ces enfants n'a développé la leucémie, même si sept d'entre eux ont eu de sérieux effets secondaires, et tous étaient encore vivants après 2 à 8 ans (Aluti *et al.*, 2009).

se compose de deux chromosomes identiques XX, alors que chez l'homme, dans cette vingt-troisième paire, un chromosome X est uni à un chromosome Y, plus petit.

La **méiose** désigne une seconde forme de division cellulaire, différente de la mitose ; elle se produit lors de l'élaboration des gamètes (spermatozoïdes et ovules) dans les glandes sexuelles (testicules et ovaires) de l'adulte pubère. Chaque cellule sépare alors son patrimoine génétique en deux : ses paires de chromosomes se divisent et le nombre de ses chromosomes diminue donc de moitié. Après la méiose, chaque gamète mature ne contient finalement plus que 23 chromosomes. Dès lors, les bébés ne peuvent plus recevoir pour vingt-troisième chromosome qu'un chromosome X de la mère. C'est donc le père qui détermine le sexe de l'enfant en lui apportant soit un chromosome X, soit un chromosome Y. Dans notre mise en situation, l'ovule de Monica ne pouvait porter qu'un chromosome X, tandis que le spermatozoïde de Laurent pouvait porter soit un chromosome X, soit un chromosome Y.

Un ovule fécondé par un spermatozoïde porteur d'un chromosome Y produit le zygote XY, donc un embryon mâle, tandis qu'un ovule fécondé par un spermatozoïde porteur d'un chromosome X produit le zygote XX, donc un embryon femelle (*voir la figure 2.2 à la page suivante*).

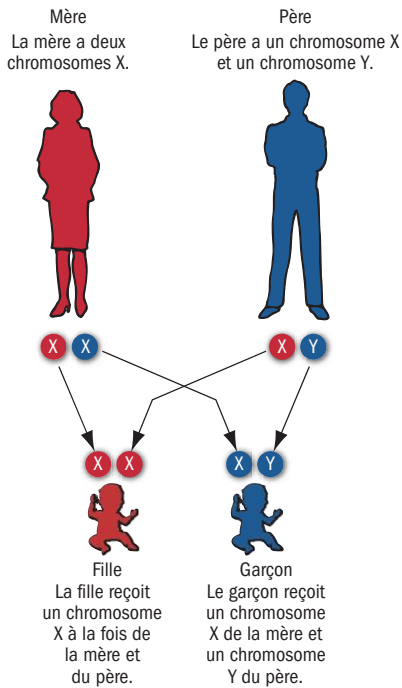
**Méiose**

Division cellulaire au cours de laquelle le nombre de chromosomes diminue de moitié. L'infinité de combinaisons de gènes explique les différences de constitution génétique entre enfants issus de mêmes parents.



Quels sont les mécanismes biologiques qui font que Maïa est une petite fille ?

**FIGURE 2.2** La détermination du sexe



**Mode dominant-récessif**

Mode de transmission génétique qui fait qu'un trait déterminé par un gène récessif se manifeste seulement s'il n'est pas en présence d'un gène dominant pour ce même trait.

**Allèle**

Chacune des formes possibles d'un même gène.



**La transmission génétique**

La présence de fossettes est un trait qui relève d'un gène dominant.

**Les modèles de transmission génétique**

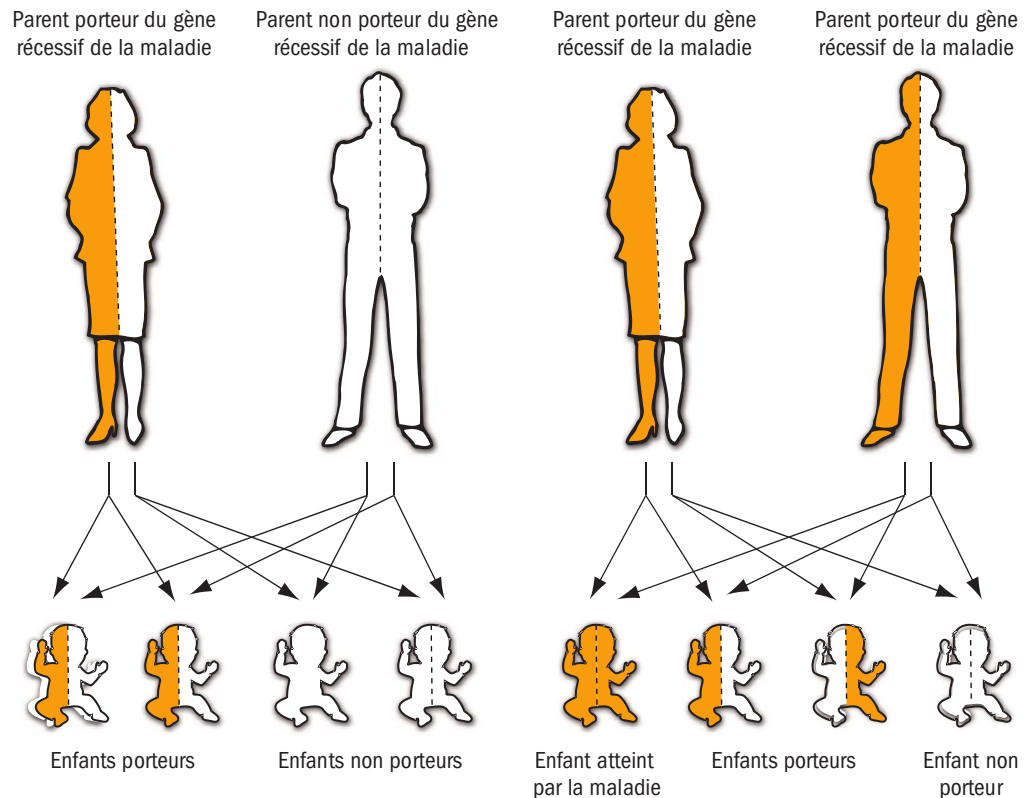
Pourquoi une personne a-t-elle les yeux bleus et l'autre, les yeux bruns? Qu'est-ce qui cause le daltonisme? Pourquoi une maladie héréditaire n'affecte-t-elle que certains membres d'une même famille? Pour répondre à de telles questions, il est essentiel de comprendre comment sont transmis les traits héréditaires.

**Le mode de transmission dominant-récessif** Depuis les travaux de Mendel en 1860 sur le croisement des petits pois et la loi de la dominance qui en a résulté, nous savons que certaines caractéristiques génétiques sont transmises selon un **mode dominant-récessif**. Pour chaque caractéristique, l'individu reçoit au moins un gène de chaque parent. On appelle ces gènes des **allèles**. Lorsque ces allèles sont identiques, la caractéristique se manifeste chez l'individu alors que s'ils diffèrent, c'est l'allèle dominant qui se manifeste. Une caractéristique récessive, comme dans le cas de certaines maladies, n'apparaît pour sa part que si les deux allèles sont récessifs. L'individu n'est donc atteint que s'il hérite de ce gène récessif de ses deux parents. Lorsque deux parents sont porteurs du gène récessif de la maladie, les probabilités qu'un enfant soit atteint sont donc de 25% (voir la figure 2.3).

La couleur des yeux, par exemple, se transmet en bonne partie selon un mode dominant-récessif. Ainsi, le gène récessif des yeux bleus empêche la mélanine de se déposer sur l'iris et de le pigmenter. Toutefois, d'autres gènes interviennent aussi dans l'intensité de la pigmentation.

En fait, peu de traits se transmettent uniquement selon le mode dominant-récessif, la transmission étant souvent beaucoup plus complexe.

**FIGURE 2.3** Le mode de transmission dominant-récessif



L'individu n'est atteint d'une maladie associée à un gène récessif que s'il hérite de ce gène récessif des deux parents. Dans le cas où les deux parents sont porteurs du gène récessif de la maladie, les probabilités qu'un enfant soit atteint sont donc de 25%. Le sexe du parent porteur n'a aucun lien avec les probabilités d'être porteur ou non.

**Le mode de transmission polygénique** On parle de **mode polygénique** lorsque plusieurs gènes interviennent dans la transmission d'une caractéristique. C'est le cas pour la couleur de la peau, qui résulte au moins de trois ensembles de gènes situés sur trois chromosomes. Ces gènes se combinent pour produire des centaines de nuances. L'intelligence, elle, pourrait être affectée par plus de 50 gènes.

**Le mode de transmission plurifactoriel** Les caractéristiques d'un individu résultent aussi souvent d'une combinaison de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux. Certaines caractéristiques physiques (comme la taille et le poids) et la plupart des caractéristiques psychologiques (comme l'intelligence, la personnalité, l'habileté musicale et bien d'autres) proviennent d'une interaction complexe entre plusieurs gènes et des facteurs environnementaux; on parle alors d'une transmission selon un **mode plurifactoriel**.

## Le génotype et le phénotype

L'ensemble des caractéristiques physiques observables constitue le **phénotype**; le bagage génétique invisible et sous-jacent qui contribue à la manifestation de ces caractéristiques représente quant à lui le **génotype**. Tous les individus ont des génotypes différents, sauf les jumeaux monozygotes. Le phénotype résulte du génotype et des influences de l'environnement durant la vie prénatale et après la naissance. C'est ici qu'interviennent les mécanismes épigénétiques. Ainsi, la taille d'une personne, qui est normalement déterminée par son patrimoine génétique, peut être altérée par la maladie ou la malnutrition. Ce serait, par exemple, le cas d'un enfant dont la mère aurait consommé des drogues ayant affecté le développement du fœtus.

Ce que nous venons de voir soulève la question du rôle respectif de l'hérédité et de l'environnement dans le développement. Ainsi, certaines caractéristiques, comme la couleur des yeux ou le groupe sanguin, sont clairement héréditaires, alors que d'autres, relatives à la santé, à l'intelligence ou à la personnalité, résultent d'une interaction complexe entre l'hérédité et l'environnement. De la même façon, de nombreux troubles apparaissent lorsqu'une prédisposition héréditaire (une variation anormale d'un gène donné) entre en interaction avec un facteur environnemental avant ou après la naissance. C'est le cas du déficit d'attention avec hyperactivité, dont nous parlerons dans le chapitre 7 (Price *et al.*, 2001). Nous reviendrons un peu plus loin sur cette question du rôle joué par l'hérédité et l'environnement dans le développement.

## Les anomalies génétiques et chromosomiques

Nous avons expliqué, au début de ce chapitre, le fonctionnement de base des mécanismes de l'hérédité. Malheureusement, il arrive que ce processus soit perturbé. Les enfants qui naissent avec une **anomalie congénitale**, c'est-à-dire une caractéristique anormale présente à la naissance et qui peut être héréditaire ou acquise durant le développement prénatal, courent ainsi un risque élevé de mourir à la naissance ou peu après; aux États-Unis, ils constituent environ 20% des décès qui surviennent au cours de la première année de vie (Hoyert, Kung et Smith, 2005). Comme l'indique le tableau 2.1, les malformations graves les plus courantes sont le syndrome de Down ainsi que des malformations des lèvres ou du palais. On observe également des malformations du cœur ainsi que du tube neural. Toutefois, il est fréquent que la malformation ne touche qu'un seul organe; il est alors possible d'apporter une correction au moyen d'une chirurgie appropriée, comme dans les cas des fentes labiales et palatines, de certaines malformations cardiaques, du pied bot, des cataractes congénitales et des anomalies digestives et urogénitales (OMS, 2010).

Les anomalies génétiques (transmission héréditaire) et chromosomiques (produites lors de la division cellulaire) ne sont pas toutes décelables à la naissance. Elles peuvent même apparaître aussi tard qu'à la fin de la trentaine ou même plus tard, comme la maladie de Huntington (une dégénération progressive du système nerveux). Certaines anomalies sont causées par des **mutations**, qui sont des modifications permanentes subies par

### Mode polygénique

Mode de transmission génétique qui fait qu'une caractéristique est déterminée par plusieurs gènes.

### Mode plurifactoriel

Mode de transmission génétique qui fait qu'une caractéristique résulte d'une interaction complexe entre plusieurs gènes et plusieurs facteurs environnementaux.

### Phénotype

Ensemble des caractéristiques physiques observables d'un individu, résultant de l'interaction entre les facteurs héréditaires et les facteurs environnementaux.

### Génotype

Ensemble des instructions sous-jacentes présentes dans les gènes.

### Anomalie congénitale

Caractéristique anormale, présente à la naissance, qui peut être héréditaire ou acquise pendant le développement prénatal.

**TABLEAU 2.1** Prévalence de certaines anomalies congénitales au Québec entre 2004-2008 (taux annuel moyen pour 10 000)

Anomalie congénitale	Taux
Anomalies du tube neural	2,8
Cardiopathies congénitales	123,6
Fente palatine	6,6
Fente labiale (associée ou non à une fente palatine)	6,7
Anomalies réductionnelles des membres	4,4
Syndrome de Down	9,8

Source: MSSS, 2013.



Le tableau 2.1W présente quelques exemples d'anomalies congénitales connues.

### Mutation

Modification permanente subie par les gènes ou les chromosomes.



### Le syndrome de Down

Cette enfant présente certaines caractéristiques physiques (yeux bridés, visage plus plat, etc.) montrant qu'elle est atteinte du syndrome de Down.

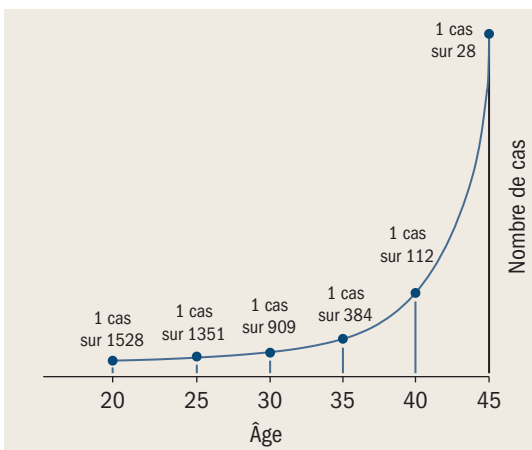
### Syndrôme de Down ou trisomie 21

Anomalie chromosomique habituellement causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire et caractérisée par une déficience intellectuelle légère ou profonde, de même que par certaines anomalies physiques.

### Amniocentèse

Ponction du liquide amniotique. Ce test prénatal permet de dépister certaines anomalies génétiques et de connaître le sexe du bébé ainsi que son âge fœtal.

**FIGURE 2.4** La probabilité de donner naissance à un enfant ayant la trisomie 21, selon l'âge de la femme



Source : Santé et services sociaux Québec, 2013.

### Héritabilité

Mesure statistique de l'apport de l'hérité dans la variabilité d'un trait particulier à une certaine période et pour une population donnée.

### Écart de variation

Mesure de l'expression potentielle d'une caractéristique héréditaire.

les gènes ou les chromosomes, alors que d'autres résultent de l'interaction entre une prédisposition innée et un facteur environnemental survenant avant ou après la naissance.

Le **syndrome de Down**, ou **trisomie 21**, représente l'anomalie chromosomique la plus répandue avec environ une naissance sur 770 au Québec (Commissaire à la santé et au bien-être Québec, 2009). Le syndrome se manifeste par plusieurs signes : des yeux bridés, une petite tête, un nez aplati, une grosse langue, une déficience intellectuelle plus ou moins grave, une déficience motrice légère ou profonde et des malformations du cœur, des yeux et des oreilles. Le syndrome de Down est causé par la présence d'un chromosome supplémentaire à la vingt-et-unième paire, d'où le nom couramment utilisé de trisomie 21. Au Québec, on offre à toutes les mères la possibilité de passer un test de dépistage de la trisomie 21. Ce test est effectué à l'aide de deux prises de sang faites à partir de la 10<sup>e</sup> semaine de grossesse. Les résultats du test indiquent la probabilité – mais seulement la probabilité – que l'enfant soit atteint. Si la probabilité est élevée, les parents peuvent choisir ou non de poursuivre l'investigation avec l'**amniocentèse**, une ponction du liquide amniotique. Toutefois, l'amniocentèse comporte certains risques de complications qui pourraient aller jusqu'à la perte du bébé. La trisomie 21 risque surtout de se produire quand les parents, particulièrement la mère, sont relativement âgés au moment de la conception (*voir la figure 2.4*).

De nombreux enfants trisomiques sont souvent décrits comme étant attachants et affectueux, et plusieurs peuvent acquérir des habiletés qui leur permettront de subvenir à leurs besoins quand ils atteindront l'âge adulte.

### Le rôle de l'hérédité et de l'environnement

Comme nous l'avons mentionné, la façon dont notre patrimoine génétique se manifeste dépend dans une large mesure du milieu dans lequel nous évoluons. De nombreux traits varient selon notre environnement, mais toujours à l'intérieur des limites fixées par nos gènes.

**La mesure de l'héritabilité** L'**héritabilité** est une mesure statistique de l'apport de l'hérité dans la variabilité d'un trait particulier, à une certaine période et pour une population donnée. L'héritabilité n'est pas la mesure de l'influence relative de l'hérité et de l'environnement chez un individu en particulier. Elle ne nous dit pas non plus comment les traits se développent ou jusqu'à quel point ceux-ci peuvent être modifiés. Elle nous indique simplement jusqu'à quel point les gènes contribuent aux différences individuelles pour un trait donné, dans une certaine population.

L'**écart de variation** est une mesure de l'expression potentielle d'une caractéristique héréditaire. La taille, par exemple, dépend largement de processus biologiques qui sont régulés génétiquement. Toutefois, plusieurs tailles sont possibles dépendamment des conditions du milieu et du comportement de la personne. Dans les sociétés où la nutrition s'est nettement améliorée, une génération entière a grandi jusqu'à dépasser la précédente. Les enfants mieux nourris avaient les gènes de leurs parents, mais ils ont mieux évolué dans un environnement plus favorable à leur croissance. Toutefois, lorsque le niveau moyen d'alimentation est devenu adéquat pour plus d'une génération, les enfants ont alors eu tendance à avoir une taille similaire à

celle de leurs parents. Cependant, la taille a des limites génétiques : on ne voit personne qui mesure 30 centimètres ou bien 3 mètres.

L'hérité peut faire en sorte que l'écart de variation soit large ou étroit. Par exemple, un enfant né avec une anomalie produisant une faible limitation cognitive est plus apte à répondre à un environnement favorable qu'un autre qui a une limitation sévère. De la même façon, un enfant qui a une plus grande intelligence naturelle est plus en mesure de profiter d'un environnement enrichi dans la famille et à l'école qu'un enfant qui possède une intelligence « normale » (*voir la figure 2.5*).

L'héritabilité s'exprime par un nombre qui varie de 0,0 à 1,0; plus le nombre est élevé, plus l'héritabilité du trait est grande. Une héritabilité de 1,0 signifie que les gènes sont responsables à 100 % des différences dans un trait. Comme l'héritabilité ne peut pas se mesurer directement, les chercheurs s'appuient sur trois types de recherches corrélationnelles : les études sur les familles, sur les enfants adoptés et sur les jumeaux. De telles études se basent sur le principe que les membres d'une famille immédiate sont plus semblables génétiquement que les parents éloignés, que les jumeaux monozygotes sont plus semblables génétiquement que les jumeaux dizygotes, et enfin que les enfants adoptés sont plus proches génétiquement de leur famille biologique que de leur famille adoptive.

Dans les études portant sur les familles, les chercheurs mesurent jusqu'à quel point les membres d'une même famille partagent certains traits et si le degré de parenté est associé au degré de similitude d'un trait. Si la corrélation est forte, les chercheurs en déduisent une influence génétique. Toutefois, de telles études n'écartent pas les influences environnementales. Ainsi, une étude sur les familles ne peut, à elle seule, nous dire si les enfants obèses de parents obèses ont hérité de ce trait ou s'ils sont obèses parce que leur alimentation est semblable à celle de leurs parents. C'est pourquoi les chercheurs ont aussi recours aux études sur l'adoption afin de séparer les effets de l'hérédité de ceux d'un environnement partagé.

Les études sur l'adoption observent les similitudes entre les enfants adoptés et leur famille adoptive, ainsi que celles entre les enfants adoptés et leur famille biologique. Quand les enfants adoptés ressemblent davantage à leurs parents biologiques ou à leurs frères et sœurs pour un trait particulier (l'obésité, par exemple), l'influence de l'hérédité est manifeste. Par contre, quand ils ressemblent plus à leur famille adoptive, l'influence de l'environnement peut être constatée.

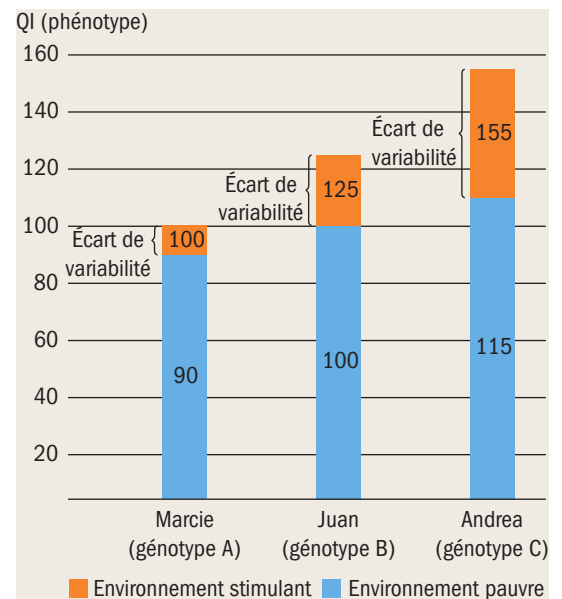
Les études sur les jumeaux comparent des paires de jumeaux monozygotes et des paires de jumeaux dizygotes de même sexe. Génétiquement, les jumeaux monozygotes sont deux fois plus semblables, en moyenne, que les jumeaux dizygotes de même sexe. Lorsqu'ils présentent une plus grande concordance dans un trait particulier que les jumeaux dizygotes, la probabilité d'un facteur génétique peut être analysée plus à fond et appuyée par des études sur les enfants adoptés. En effet, des études sur des jumeaux monozygotes élevés séparément durant l'enfance ont confirmé de fortes ressemblances entre eux. Les études sur les jumeaux et sur les enfants adoptés confirment donc la part de l'hérédité dans plusieurs caractéristiques (McGuffin, Riley et Plomin, 2001).

**L'obésité** Le risque d'obésité est deux à trois fois plus élevé pour un enfant qui a un historique familial d'obésité (Nirmala *et al.*, 2008).

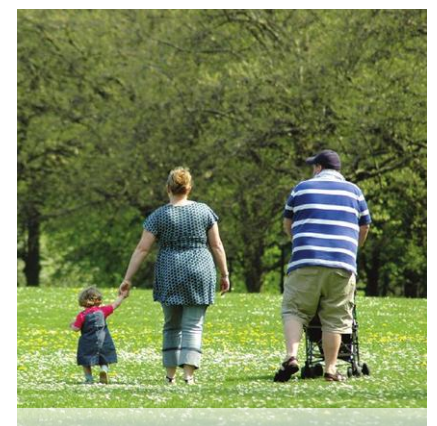
Plusieurs études révèlent que l'hérédité joue un rôle important dans l'obésité (Chen *et al.*, 2004). Par exemple, des chercheurs ont trouvé que, chez une petite proportion d'obèses, environ 30 gènes manquaient, et que toutes les personnes qui n'avaient pas ces gènes étaient obèses (Bochukova *et al.*, 2009). Toutefois, l'accroissement rapide des cas d'obésité dans les pays industrialisés ces dernières années laisse croire que l'environnement exerce aussi une influence primordiale. Des changements dans les habitudes alimentaires associés à une diminution de l'exercice physique seraient les premiers responsables de cette situation.

**L'intelligence** Même si aucun gène propre à l'intelligence n'a été identifié, l'hérédité semble jouer un rôle important dans l'intelligence générale ainsi que dans certaines habiletés cognitives particulières telles que la mémoire ainsi que les habiletés verbales et spatiales. Le rôle de l'hérédité dans l'intelligence a été mis en évidence par plusieurs études sur l'adoption et sur les jumeaux. En effet, le quotient intellectuel des enfants adoptés est systématiquement plus proche du quotient intellectuel de leur mère biologique que de celui de leurs parents adoptifs ou de leurs frères et sœurs. De

**FIGURE 2.5** L'intelligence et l'écart de variabilité



Les enfants dotés de génotypes distincts quant à l'intelligence vont présenter différentes gammes de réactions selon qu'ils évoluent dans un environnement pauvre ou stimulant.



### L'obésité

Un enfant dont le père ou la mère est obèse a de fortes chances de devenir lui-même obèse à l'âge adulte.

### Tempérament

Ensemble des dispositions fondamentales, et relativement stables, qui modulent le style d'approche et de réaction à une situation donnée.

### Autisme ou trouble autistique

Trouble grave du fonctionnement du cerveau caractérisé par un manque d'interactions sociales normales, des problèmes de communication, des mouvements répétitifs et un éventail restreint d'activités et d'intérêts.



Le tableau 2.2W présente les signes et les manifestations de l'autisme.

leur côté, les jumeaux monozygotes se ressemblent plus sur le plan de l'intelligence que des jumeaux dizygotes (Petrill *et al.*, 2004).

Par ailleurs, l'influence génétique, qui est principalement responsable de la stabilité des performances cognitives, augmente avec l'âge. Le milieu familial semble avoir une influence prépondérante sur le jeune enfant, mais presque plus sur les adolescents, qui sont plus aptes à choisir un environnement qui convient à leurs habiletés cognitives héréditaires et à leurs intérêts. Le milieu extérieur, quant à lui, exerce une influence tout au long de la vie et il est principalement responsable des changements dans les performances cognitives (Toga et Thompson, 2005).

**La personnalité** Les scientifiques ont identifié des gènes liés à des traits de personnalité précis, comme le névrosisme, qui peut contribuer à l'anxiété et la tendance à la dépression. Le **tempérament**, qui constitue l'ensemble des dispositions fondamentales qui modulent les réactions à une situation donnée, est en grande partie inné et stable au cours des années, quoiqu'il soit sensible à la qualité des soins parentaux ou à certaines expériences particulières. Les frères et sœurs ont ainsi tendance à avoir des tempéraments semblables, même si les parents les voient souvent plus différents qu'ils ne le sont (Saudino *et al.*, 2004).

**L'autisme** L'**autisme**, ou **trouble autistique**, est un trouble du fonctionnement du cerveau qui se manifeste par un manque d'interactions sociales normales, des problèmes de communication, des mouvements répétitifs et un éventail restreint d'activités et d'intérêts. Il apparaît habituellement dans les trois premières années de la vie et touche surtout des garçons. L'autisme semble présenter une forte composante génétique, mais des facteurs environnementaux pourraient aussi être en cause (voir l'encadré 2.2).

## ENCADRÉ 2.2



## APPROFONDISSEMENT

### Les multiples visages de l'autisme

L'autisme, ou trouble autistique, n'a été reconnu comme tel que vers 1980, dans le DSM-III (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*).

Dans les deux premières versions du DSM, parues en 1952 et en 1968, on parlait d'une forme sévère de schizophrénie infantile (Beaulne, 2012). Plusieurs précisions ont ensuite été apportées à ce diagnostic. Dans le DSM-IV (1994), l'autisme faisait partie des troubles envahissants du développement (TED), avec quatre autres troubles: le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance. Comme il est difficile de distinguer ces sous-groupes à cause de la grande variabilité des symptômes, le DSM-V, paru en mai 2013, regroupe l'autisme, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié dans une grande catégorie appelée les « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2012).

Les TSA définissent des troubles graves du fonctionnement cérébral et se caractérisent par des atteintes plus ou moins prononcées sur le plan des interactions sociales et de la communication, ainsi que sur le plan du comportement, avec la présence de mouvements répétitifs et stéréotypés et une gamme très restreinte d'activités et d'intérêts (American Psychiatric Association, 2012). Chaque individu atteint se situe à des degrés différents pour chacun de ces aspects: certains ne parlent presque pas et d'autres sont volubiles, certains manifestent un désir d'entrer en relation alors que d'autres évitent les moindres marques de socialisation, certains

présentent une déficience intellectuelle alors que d'autres sont très doués. C'est pourquoi on parle de spectre de l'autisme. Généralement, l'imagerie du cerveau permet de confirmer le diagnostic.



Les TSA semblent résulter d'une absence de coordination entre les différentes régions du cerveau qui sont sollicitées pour effectuer des tâches complexes (Just *et al.*, 2007). Des études portant sur la prévalence de l'autisme chez les jumeaux monozygotes et dizygotes, ainsi que le risque de récurrence chez les frères et sœurs, laissent croire qu'un facteur génétique serait en cause (Ronald et Hoeskstra, 2011). Des chercheurs ont suivi 92 enfants dont une sœur ou un frère plus âgé présentait les troubles du spectre de l'autisme. Des tests ont été faits à 6 mois, à 12 mois et à 24 mois: à ce moment, 28 des 92 enfants présentaient les critères pour un diagnostic de TSA. Les enfants qui ont développé des TSA présentaient une différence significative, de plus en plus prononcée au fil du temps, dans le développement de la matière blanche, les fibres nerveuses qui relient les régions du cerveau (Wolff *et al.*, 2012). Les scientifiques espèrent qu'ils arriveront à développer des outils qui permettront de détecter de plus en plus tôt les enfants à risque, afin d'intervenir avant même l'apparition des premiers symptômes.

Des facteurs environnementaux, agissant de pair avec une prédisposition génétique, peuvent aussi avoir une incidence: l'âge avancé des parents, les maladies maternelles pendant la grossesse, les infections virales, le stress prénatal extrême et la privation d'oxygène chez le bébé lors de l'accouchement (Nachshen *et al.*, 2008). De nombreux parents ont reproché



au thimérosal, l'agent de conservation utilisé dans les vaccins, d'augmenter l'incidence de l'autisme, mais les multiples études sur le thimérosal et ses effets n'ont découvert aucun lien concluant entre l'agent de conservation et l'autisme, pas plus qu'elles n'ont réussi à trouver une relation entre celui-ci et la vaccination infantile (Baird *et al.*, 2008).

Les TSA sont présents dès la naissance, mais les symptômes n'apparaîtront généralement que quelques mois ou quelques années plus tard. Il est important d'établir un diagnostic précoce puisque le fonctionnement global des enfants atteints peut s'améliorer davantage durant les premières années de vie, lorsque la plasticité cérébrale est à son maximum. Plusieurs programmes gouvernementaux ont été mis en place afin de favoriser la détection et l'intervention rapide. Un soutien structuré peut aider l'enfant à améliorer son langage, à acquérir des habiletés sociales, à se responsabiliser et à devenir plus indépendant (Nachshen *et al.*, 2008).

La prévalence de ces affections a considérablement augmenté depuis le milieu des années 1970, peut-être parce qu'on les connaît mieux et que les diagnostics sont plus précis.

Aux États-Unis, on évalue à environ 1 sur 88 le nombre d'enfants touchés par les TSA alors qu'au Canada, c'est 1 sur 110 et les garçons atteints sont cinq fois plus nombreux que les filles (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Association des médecins psychiatres du Québec, 2012).

Les parents ne sont jamais préparés à recevoir un diagnostic de TSA; ils passeront par une vaste gamme d'émotions avant de faire le deuil de l'enfant normal. Voici les principales étapes qu'ils traversent (inspiré de Autism Speaks, 2012):

- Le choc  
Confusion et stupeur à l'annonce du diagnostic. Les parents ignorent ou nient la réalité du diagnostic.

- La tristesse et la douleur

Grande tristesse qui peut ressembler à une dépression, mais les pleurs peuvent contribuer à réduire la tension et préparer les parents à surmonter les obstacles.

- La colère

La tristesse se transforme en colère, contre les proches ou contre les parents d'enfants normaux. C'est une façon pour les parents d'exprimer leur sentiment d'injustice face au diagnostic.

- Le déni

À certains moments, les parents sont incapables de croire ce qui arrive à leur enfant. Ils refusent d'admettre les faits relatifs au diagnostic et aux interventions thérapeutiques. C'est parfois une façon de traverser une période particulièrement difficile.

- La solitude

La sensation d'isolement peut s'expliquer par le fait que les parents n'ont pas le temps d'entretenir leur vie sociale, ou encore parce qu'ils ont l'impression que les autres ne peuvent pas comprendre ce qu'ils vivent ni leur apporter du soutien.

- L'acceptation

Accepter le diagnostic ne signifie pas accepter les TSA; il signifie que les parents sont prêts à se battre pour leur enfant.

Comme le spectre des troubles est vaste, l'avenir des enfants touchés varie grandement. S'il n'y a pas de déficience intellectuelle, certaines personnes atteindront leur autonomie plus tard, mais elles peuvent avoir une vie relativement normale, avec un travail et une famille. Plusieurs auront besoin d'aide toute leur vie pour l'organisation quotidienne et pour gérer leurs relations sociales (Association des médecins psychiatres du Québec, 2012). Toutefois, plus l'intervention est rapide, plus les espoirs sont permis.



## FAITES LE POINT

1. Expliquez la différence qui existe entre des jumeaux monozygotes et des jumeaux dizygotes.
2. Pourquoi dit-on que le père est responsable du sexe d'un enfant?
3. Expliquez en quoi consiste le modèle de transmission génétique dominant-récessif et dites pourquoi il ne s'applique pas à la majorité des traits normaux.

## 2.2 Le développement prénatal

Le développement prénatal, appelé **gestation**, transforme une seule cellule en un être extrêmement complexe. Après un survol des motivations qui poussent un couple à vouloir un enfant, nous allons aborder les grandes étapes de ce processus, qui dure normalement entre 37 et 41 semaines, et voir comment certaines influences peuvent déjà en affecter le déroulement.

### 2.2.1 Le désir d'enfant

Comme on l'a vu avec Monica dans la mise en situation, le désir d'avoir un enfant est un phénomène complexe influencé par de nombreux facteurs aussi bien personnels

#### Gestation

Période de la vie qui va de la fécondation jusqu'à la naissance.

que socioculturels. Il peut même être absent dans le cas de grossesses non planifiées ou non voulues, ce qui peut avoir une incidence sur le comportement de la mère, par exemple dans le cas d'une grossesse à l'adolescence. Si ce désir d'enfant représente souvent la réalisation de la féminité chez une femme, l'aboutissement de l'amour d'un couple, le besoin de se prolonger dans un autre être et la recherche d'un amour inconditionnel, il peut aussi répondre à des motivations socioéconomiques (par exemple, des parents peuvent souhaiter avoir des enfants pour les aider dans leur travail ou pour prendre soin d'eux lorsqu'ils seront âgés). Pour Freud, ce désir correspondrait à une forme d'instinct. Chez l'homme, il est moins lié à l'horloge biologique que chez la femme; l'homme veut plutôt reproduire le modèle familial qu'il a connu ou celui qu'il idéalise, il veut se projeter dans l'avenir et s'immortaliser à travers les générations ou, tout simplement, il veut faire plaisir à sa conjointe. Son sentiment de paternité devient bien réel surtout après la naissance de l'enfant (*voir l'encadré 2.3*).



Pour en savoir plus sur la procréation assistée, consulter l'encadré 2.1W

#### Fécondation in vitro (FIV)

Fécondation qui se fait en dehors du corps de la mère.

Pour plusieurs couples, le désir d'enfant se heurte à certaines difficultés. Au Canada, la prévalence de l'infertilité est passée de 5 % en 1984 à 16 % en 2010 (Bushnik, Cook, Yuzpe *et al.*, 2012). Ces couples peuvent alors avoir recours à l'adoption ou, de plus en plus, à la procréation assistée. Depuis août 2010, les couples infertiles du Québec peuvent profiter d'un programme provincial de subventions pour les traitements de **fécondation in vitro (FIV)**. Ce programme vise à diminuer le nombre de grossesses multiples, qui sont souvent la cause de naissances prématurées et de problèmes de santé, en favorisant l'implantation d'un seul embryon à la fois. Le taux de naissances multiples est maintenant de 5,2 % alors qu'il était de 27,8 % avant la mise en place du programme. Le Québec a le plus bas taux de grossesses multiples à la suite d'une FIV au monde (janvier 2011). Malgré les traitements de fertilité, les chances de mener une

### ENCADRÉ 2.3 APPLICATION

#### La grossesse: une symphonie d'émotions pour les futurs parents

Attendre la venue d'un enfant est une étape importante dans la vie d'une femme ou d'un couple. Les revues spécialisées et les sites Web regorgent d'informations et de conseils concernant les émotions que vivent les parents lors de cet événement. En voici un résumé.

Lorsque la femme apprend qu'elle est enceinte, des émotions contradictoires peuvent envahir les futurs parents: pour la mère, c'est souvent un sentiment de réussite ou de fierté à la pensée de pouvoir donner la vie, mais en même temps, c'est l'inquiétude de se retrouver devant un monde inconnu. Quant au père, la joie est souvent mêlée à l'appréhension face au tournant important que prendra sa vie. Si la grossesse survient à un moment non planifié, ce qui arrive dans bien des cas, les conjoints peuvent avoir de la difficulté à y croire et se questionner sur leur désir d'enfant.

Les changements physiques qui se produisent dans le corps de la femme enceinte seront source de sentiments mitigés. Au début de la grossesse, la mère a hâte d'en voir les signes tangibles, mais les nausées et la fatigue se font bientôt sentir et peuvent créer de l'inconfort. Des sentiments d'inquiétude concernant la santé du bébé surgissent: sera-t-il normal? Aura-t-il une déficience? Serai-je capable de m'en occuper correctement?

Au deuxième trimestre, les symptômes désagréables disparaissent généralement et la mère se sent souvent plus sereine. L'entourage s'émerveille

de ce petit bedon qui grossit et complimente la future maman, qui commence à sentir les coups de pied de son bébé. La mère se sent généralement heureuse et épanouie.



Au troisième trimestre, le bébé prend de plus en plus de place – toute la place – et des inconforts apparaissent: mal de dos, problèmes d'estomac, douleurs aux articulations, enflure ou crampes dans les jambes, et conséquemment, des problèmes de sommeil. Le ventre est de plus en plus embarrassant et la mère se sent parfois grosse, affreuse et peu désirable. La hâte de voir arriver le bébé se mêle à la crainte de l'accouchement.

Certaines femmes voient leur désir sexuel augmenter pendant leur grossesse, sous l'effet des changements hormonaux, alors qu'il diminue chez d'autres qui sont plus épuisées ou se sentent indésirables. Chez le père aussi, la libido peut varier; certains trouvent leur femme plus attirante à cause de ses rondeurs et d'autres évitent les

rapports sexuels par crainte de faire mal au bébé. En général, il n'y a aucun danger à avoir des relations sexuelles pendant la grossesse: le bébé est bien protégé dans l'utérus.

Selon France Potvin (2007), psychologue spécialisée en périnatalité, un père sur dix développera le syndrome de la couvade et ressentira des symptômes qui s'apparentent à ceux de sa conjointe: prise de poids, nausées ou autres malaises. Ce syndrome, qui apparaît généralement quand le ventre de la mère commence à gonfler et disparaît à la naissance du bébé, peut traduire un désir de solidarité, un besoin d'assumer son rôle de père ou un sentiment d'impuissance.



grossesse à terme diminuent en fonction de l'âge de la mère: elles sont de 50 % chez les femmes de moins de 35 ans et de seulement 5 % à 42 ans (Holzer, 2012).

## 2.2.2 Les périodes du développement prénatal

Le développement prénatal de Maïa s'est déroulé en trois étapes: la période germinale, la période embryonnaire et la période fœtale. Nous aborderons ici les points les plus importants de chaque période.

### La période germinale (de la fécondation à deux semaines environ)

Au cours de la **période germinale**, le zygote entreprend sa migration vers l'utérus. Pendant les 36 heures qui suivent la fécondation, le zygote amorce comme on l'a vu une période de division rapide: la mitose. Tout en se divisant, l'œuf fécondé descend le long de la trompe de Fallope pour atteindre l'utérus, après un voyage de trois à quatre jours (voir la figure 2.6). À ce stade, il adopte la forme d'une sphère remplie de fluide, le **blastocyste**, et il flotte librement pendant un jour ou deux dans l'utérus avant de s'y implanter. La différenciation des cellules commence: certaines cellules du blastocyste s'agglomèrent d'un côté pour former le *disque embryonnaire*, une masse de cellules à partir desquelles l'embryon va se développer. Autour, d'autres cellules seront à l'origine du système de soutien: le sac et le liquide amniotique, le placenta et le cordon ombilical. Environ 10 à 14 jours après la fécondation, cette enveloppe externe produit de minuscules filaments qui s'enfouissent dans la paroi utérine, créant ainsi une sorte de nid. Une fois implanté dans l'utérus, le blastocyste contient environ 150 cellules et devient un embryon. Toutefois, une minorité seulement des œufs fécondés parviendront à s'implanter et à poursuivre leur développement.

### La période embryonnaire (de la deuxième à la huitième semaine)

La **période embryonnaire** commence une fois que l'œuf est implanté et elle s'étend jusqu'à la fin de la 8<sup>e</sup> semaine. Le système de soutien termine son développement, et les principaux organes et systèmes (respiratoire, digestif, nerveux) commencent alors à se développer rapidement.

#### Période germinale

Stade du développement prénatal au cours duquel le zygote se divise et s'implante dans l'utérus.

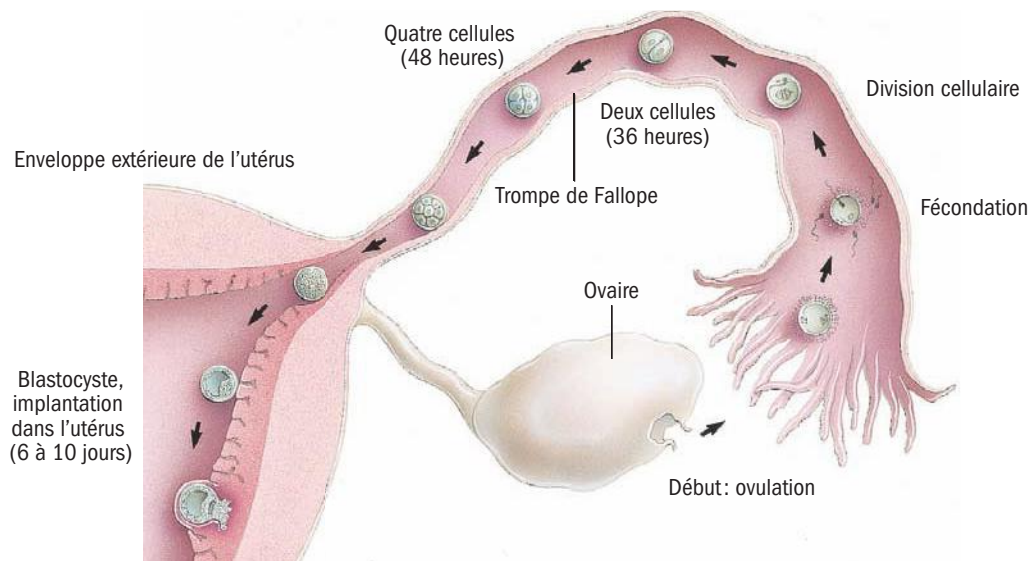
#### Blastocyste

Stade de développement de l'embryon avant qu'il s'implante dans l'utérus.

#### Période embryonnaire

Stade du développement prénatal qui s'étend de la 2<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> semaine et au cours duquel les principaux organes et systèmes se développent.

FIGURE 2.6 La période germinale



Ce schéma simplifié montre la progression de l'ovule à partir du moment où il quitte l'ovaire, où il est fécondé dans la trompe de Fallope, pour ensuite se diviser et s'implanter dans la paroi de l'utérus.

### Sac amniotique ou amnios

Membrane qui entoure le bébé en gestation et qui renferme le liquide amniotique.

### Placenta

Organe temporaire attaché à la paroi de l'utérus qui fait le lien entre le fœtus et le corps de la mère. Il permet d'apporter les nutriments de la mère au bébé, et d'éliminer les déchets du bébé en passant par la mère.

### Cordon ombilical

Long cylindre constitué d'une veine et de deux artères, qui relie le nombril du bébé au placenta.



### Le cordon ombilical et le placenta

Les échanges entre la mère et le bébé qu'elle porte se font à travers le cordon ombilical et le placenta.

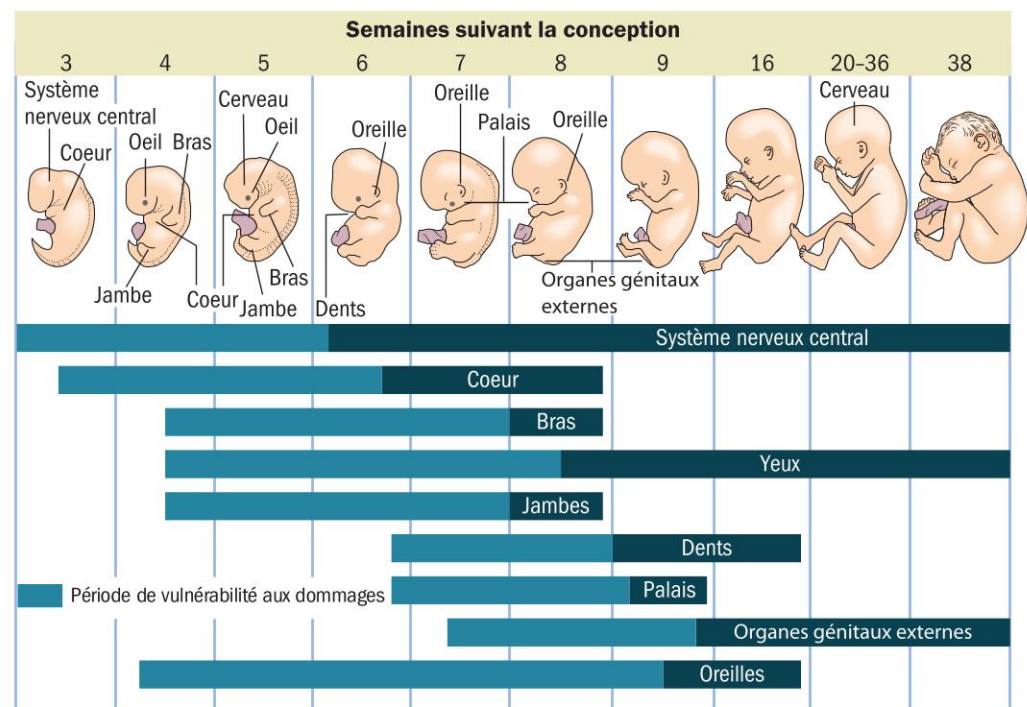
Le **sac amniotique**, ou **amnios**, est la première structure du système de soutien. Il est formé d'une membrane qui renferme le liquide amniotique maintenu à température constante et dans lequel baigne le bébé en gestation. Le **placenta** est attaché à la paroi de l'utérus et il est relié à l'embryon par le **cordon ombilical**, constitué d'une veine et de deux artères. Le sang du bébé est transporté par les artères, avec le gaz carbonique et les déchets qu'il contient, vers le placenta pour être épuré. Il revient ensuite par la veine avec les nutriments et l'oxygène dont le bébé a besoin.

Les systèmes circulatoires de la mère et de l'embryon ne sont pas directement reliés. Les échanges se font plutôt à travers les parois des vaisseaux sanguins. Le placenta, en plus de produire certaines hormones nécessaires à la grossesse et à l'accouchement, contribue à combattre les infections internes en filtrant les substances nocives, mais ne peut pas toutes les éliminer, comme nous le verrons un peu plus loin.

Vers le 22<sup>e</sup> jour, une ébauche de cœur commence à battre: le système cardiovasculaire se met en place. Après un mois, le tube neural, qui formera le cerveau, se développe et le système nerveux prend forme. On commence d'abord à distinguer la tête, avec les yeux et les cellules olfactives, ainsi que les bourgeons qui deviendront les bras et les jambes. Ces derniers s'allongent au cours du 2<sup>e</sup> mois; les doigts et les orteils finissent par apparaître. À la fin de la période embryonnaire, l'embryon a déjà la forme d'un être humain et ses principaux organes vitaux sont en place.

La forme très primitive de la structure de base de l'embryon et la rapidité de son développement le rendent très vulnérable aux influences nocives. Presque toutes les anomalies congénitales (bec-de-lièvre, membres incomplets ou absents, cécité, surdité, etc.) apparaissent durant cette période critique du premier trimestre de la grossesse (voir la figure 2.7).

**FIGURE 2.7** L'occurrence des anomalies congénitales



Les parties, systèmes et appareils du corps humain sont particulièrement vulnérables aux lésions durant certaines périodes critiques de développement rapide (les zones ombragées foncées), généralement durant le premier trimestre de la grossesse.

En général, les embryons les plus gravement atteints ne survivent pas au-delà de cette période, et la mère avorte alors spontanément : c'est ce qu'on appelle une *fausse couche*. Les fausses couches sont plus fréquentes chez les très jeunes mères et celles qui sont plus âgées (plus de 35 ans), et se produisent plus souvent dans les grossesses multiples (MacDorman et Kirmeyer, 2009).

### La période fœtale (de la huitième semaine à la naissance)

La **période fœtale** commence vers la 8<sup>e</sup> semaine, quand les premières cellules osseuses apparaissent : l'embryon devient alors un **fœtus**. Au 3<sup>e</sup> mois de gestation, les organes génitaux se forment. Les six derniers mois serviront à peaufiner les structures et les systèmes déjà en place : les ongles, les paupières et les cheveux apparaîtront. Le cerveau grossit de plus en plus et les cellules nerveuses continuent leur développement, ce qui permettra au fœtus de réagir peu à peu aux stimuli, à la voix et aux battements de cœur de la mère, de même qu'aux vibrations de son corps, et d'exprimer ainsi qu'il peut entendre et sentir. Ces réactions débutent autour de la 26<sup>e</sup> semaine de gestation, augmentent et atteignent leur plateau vers la 32<sup>e</sup> semaine. C'est généralement au cours de cette période fœtale qu'on utilise l'**échographie**, un test permettant de voir le bébé à partir d'ultrasons. Enfin, durant les deux derniers mois de la grossesse, la taille et le poids du bébé augmentent considérablement.

Ainsi, loin d'être une passagère passive dans l'utérus de sa mère, Maïa, alors encore à l'état de fœtus, donnait des coups de pied, se retournait, s'étirait, faisait des pirouettes, avalait, fermait le poing, hoquetait et suçait déjà son pouce.

Le tableau 2.2 offre une description détaillée du développement prénatal mois après mois.

#### Période fœtale

Stade du développement prénatal qui va environ de la 8<sup>e</sup> semaine à la naissance et au cours duquel le fœtus présente une apparence humaine.

#### Fœtus




Nom donné à l'embryon après la 8<sup>e</sup> semaine de la grossesse.

#### Échographie





Procédure médicale prénatale qui utilise les ultrasons pour voir le fœtus et ses mouvements. Ce test est aussi utilisé pour déterminer si une grossesse se déroule normalement.



**TABLEAU 2.2** Le développement prénatal

Mois	Description
1 <sup>er</sup> mois	 <p>La croissance est plus rapide au cours du premier mois qu'à toute autre période de la vie : l'embryon devient 10 000 fois plus gros que le zygote. Il mesure maintenant entre 6 mm et 7 mm de longueur. Le sang circule dans ses veines et ses artères minuscules. Son petit cœur bat 65 fois à la minute. Son cerveau, ses reins, son foie et son système digestif commencent déjà à se former. Le cordon ombilical, lien vital avec sa mère, fonctionne.</p>
2 <sup>e</sup> mois	 <p>L'embryon mesure environ 2,5 cm et ne pèse que 2 g. La tête représente la moitié de la longueur totale du corps. On peut déjà distinguer les différentes parties du visage, ainsi que la langue et les bourgeons dentaires. Ses bras sont prolongés par des mains, des doigts et des pouces ; ses jambes, par des genoux, des chevilles et des orteils. Il est recouvert d'une peau mince, et ses mains et ses pieds peuvent laisser des empreintes. Les organes sexuels se développent. Les battements du cœur sont réguliers. Les reins filtrent l'acide urique dans le sang. La peau est maintenant suffisamment sensible pour réagir à la stimulation tactile.</p>
3 <sup>e</sup> mois	 <p>Le fœtus pèse environ 28 g et mesure 7,5 cm. Il a des ongles aux doigts et aux orteils, des paupières (encore fermées), des cordes vocales, des lèvres et un nez proéminent. Il a une grosse tête (environ le tiers de la longueur totale de son corps) et le front large. On peut facilement savoir s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille. Les organes vitaux, appareils digestif et respiratoire, fonctionnent : le fœtus peut même uriner de temps à autre. Ses côtes et ses vertèbres se sont transformées en cartilage, et ses organes de reproduction internes contiennent des cellules primitives d'ovules ou de spermatozoïdes. À ce stade, le fœtus jouit d'une grande variété de réactions : il peut remuer les jambes, les mains et la tête, et sa bouche peut s'ouvrir, se fermer et avaler. Si l'on touche ses paumes, ses mains se referment à moitié ; si l'on touche ses lèvres, il suce, et si l'on touche à la plante de ses pieds, ses orteils se déploient. Ces comportements réflexes seront encore présents à la naissance, mais ils disparaîtront au cours des premiers mois de vie.</p>

**TABLEAU 2.2** Le développement prénatal (*suite*)

Mois	Description
4 <sup>e</sup> mois	 <p>La tête ne représente plus que le quart de sa longueur totale, proportions qu'il aura à la naissance. Le fœtus mesure environ 15 cm à 25 cm et il pèse près de 200 g. Le cordon ombilical est aussi long que le fœtus et il continuera de croître avec lui. Le placenta est maintenant complètement développé et tous les organes sont formés.</p> <p>La mère peut sentir les coups de pied de son bébé. Grâce au développement du système musculaire, les réflexes apparus au 3<sup>e</sup> mois sont maintenant plus énergiques.</p>
5 <sup>e</sup> mois	 <p>Le fœtus pèse maintenant entre 340 g et 450 g, il mesure environ 30 cm et des signes de son individualité commencent à se manifester. Son cycle sommeil-éveil est bien établi et il devient plus actif : il donne des coups de pied, s'étire, se tortille et a même des crises de hoquet. Si l'on appuie l'oreille contre le ventre de la mère, on peut entendre son cœur battre. De rudes cils et sourcils ont commencé à pousser, de fins cheveux couvrent sa tête et le lanugo, un duvet laineux qui disparaîtra plus tard, recouvre son corps. Le système respiratoire n'est pas encore suffisamment développé pour fonctionner en dehors de l'utérus ; un bébé qui naît à ce stade n'a aucune chance de survivre.</p>
6 <sup>e</sup> mois	 <p>La croissance du fœtus a un peu ralenti. Il mesure maintenant environ 35 cm et pèse quelque 570 g. Des coussins adipeux se forment sous sa peau ; les yeux sont complets : il peut maintenant les ouvrir et les fermer. Sa respiration reste toujours régulière et il est capable de pleurer et de serrer les poings fermement. Toutefois, si le fœtus naissait à ce stade, ses chances de survie seraient encore très minces.</p>
7 <sup>e</sup> mois	 <p>Le fœtus mesure environ 40 cm et pèse entre 1360 g et 2270 g. Ses réflexes sont maintenant complètement développés. Il pleure, respire, avale et peut même sucer son pouce. Le lanugo peut disparaître à cette période, mais demeure parfois jusqu'après la naissance. Les cheveux continuent parfois de pousser. Si le fœtus pèse au moins 1600 g, il a de bonnes chances de survivre hors de l'utérus, pourvu qu'il reçoive des soins médicaux intensifs.</p>
8 <sup>e</sup> mois	 <p>Le fœtus, qui mesure entre 45 cm et 50 cm et pèse entre 2270 g et 3180 g, est maintenant à l'étroit dans l'utérus, et ses mouvements sont réduits. Au cours des 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois, une couche adipeuse recouvre tout son corps pour lui permettre de s'adapter aux variations de température à l'extérieur de l'utérus.</p>
9 <sup>e</sup> mois	 <p>Environ une semaine avant la naissance, le fœtus cesse de grandir, ayant atteint un poids moyen de 3180 g et 50 cm de longueur. Des coussins adipeux continuent de se former, les organes fonctionnent mieux, le rythme cardiaque s'accélère et il élimine plus de déchets. La couleur rougeâtre de la peau s'estompe.</p> <p>Le jour de sa naissance, le fœtus aura séjourné environ 266 jours dans l'utérus, même si la durée de la gestation est normalement fixée à 280 jours par les médecins, qui situent le début de la grossesse à la dernière menstruation de la mère.</p>

Remarque : Des différences individuelles apparaissent dès les premiers stades de la vie. Les mesures et les descriptions fournies ici représentent des tendances moyennes.

### 2.2.3 Les influences sur le développement prénatal

C'est le corps de la mère qui représente l'environnement prénatal. Par conséquent, tout ce qui peut l'affecter peut aussi influencer le développement du futur bébé. Toutefois, les diverses influences qui s'exercent sur le milieu prénatal n'affectent pas tous les fœtus de la même façon. Dans certains cas, le même agent environnemental peut être tératogène (c'est-à-dire avoir des conséquences nocives) et, dans d'autres, avoir des effets négligeables ou nuls. Un **agent tératogène** est un agent venant de l'environnement, tel qu'un virus, une drogue ou une radiation, et qui peut interférer avec le développement prénatal et entraîner des anomalies développementales. Les recherches semblent indiquer que le moment où intervient cet agent environnemental, de même que son intensité et son interaction avec d'autres facteurs, est déterminant. Voyons donc comment certains agents peuvent affecter le développement prénatal.

#### Agent tératogène

Agent venant de l'environnement, tel qu'un virus, une drogue ou une radiation, et qui peut interférer avec le développement prénatal et entraîner des anomalies développementales.

#### L'âge de la mère

Après 35 ans, une femme enceinte est plus susceptible de souffrir de haute pression, de saignements abondants et de complications dues au diabète. De plus, les fausses couches, les naissances prématurées et les complications à la naissance sont plus fréquentes, de même que les risques d'un syndrome de Down chez le bébé. Passé 40 ans, la probabilité de devoir procéder à une césarienne augmente. Ainsi, en 2011 au Québec, près de 40 % des bébés dont les mères avaient plus de 40 ans sont nés par césarienne (Santé et services sociaux Québec, 2012). Chez les femmes de plus de 50 ans, les bébés sont de deux à trois fois plus susceptibles de naître prématurément, d'être très petits ou encore de mourir à la naissance (Salibu *et al.*, 2003). Les adolescentes aussi ont tendance à avoir des bébés prématurés ou de faible poids; il se pourrait que le corps en croissance des adolescentes consomme les substances nutritives dont le fœtus a besoin (Fraser, Brockert et Ward, 1995).

#### L'alimentation de la mère et son poids

Une femme de constitution moyenne qui prend entre 7 et 18 kilogrammes durant sa grossesse court moins de risques d'avoir des complications à la naissance qu'une autre qui en prend moins ou plus. Si une femme ne prend pas assez de poids, son bébé risque de souffrir d'un retard de croissance, de naître prématurément et même de mourir à la naissance ou peu après. Des recherches ont démontré que des restrictions alimentaires pendant la grossesse augmentaient les risques d'obésité plus tard chez l'enfant, peut-être parce que son métabolisme est ralenti (Caballero, 2006).

Monica a eu bien raison de surveiller son alimentation durant sa grossesse, car c'est aujourd'hui un fait reconnu: le régime alimentaire de la mère (avant et pendant la grossesse) a un effet déterminant sur la santé future de l'enfant. Des mères bien alimentées donnent naissance à des enfants en meilleure santé. Le problème est donc de taille dans les pays en voie de développement, où la majorité des individus souffrent de sous-alimentation. Dans certaines régions rurales de l'Afrique de l'Ouest, par exemple, les personnes qui naissent durant la période de famine sont dix fois plus susceptibles de mourir au début de l'âge adulte que celles qui naissent à une autre période de l'année (Moore *et al.*, 1997). Lors d'études faites au Royaume-Uni, des enfants dont les mères avaient manqué de vitamine D à la fin de leur grossesse présentaient une basse teneur minérale des os à l'âge de 9 ans, ce qui augmente le risque d'ostéoporose en vieillissant (Javaid *et al.*, 2006).

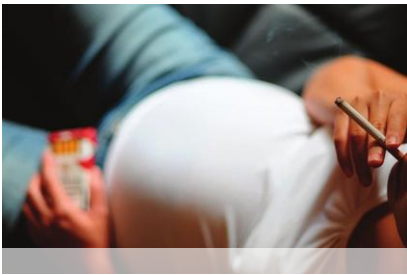
Ce n'est que depuis les années 1980 que les chercheurs ont commencé à reconnaître l'importance, lors de la grossesse, de l'acide folique, une vitamine B qui se retrouve principalement dans les fruits et les légumes. Une carence sur ce plan peut en effet causer des problèmes au tube neural. C'est pourquoi on recommande aux femmes de commencer à prendre de l'acide folique avant même d'être enceintes, les dommages se produisant généralement durant les toutes premières semaines de la grossesse.





### L'échographie

Les ultrasons dirigés vers l'abdomen de la mère permettent d'avoir une image du fœtus. On peut ainsi s'assurer qu'il est bien vivant, voir s'il y a plus d'un fœtus et dépister certaines anomalies.



### Non à la cigarette

Fumer quand on est enceinte peut avoir des conséquences graves sur le bébé.



Pourquoi Monica a-t-elle eu raison d'éviter l'alcool ?

## Les médicaments et les drogues

Tout ce que la femme enceinte absorbe parvient à l'utérus. Les médicaments et les drogues peuvent donc traverser le placenta, tout comme le font l'oxygène, le dioxyde de carbone et l'eau. La vulnérabilité est encore plus grande durant les premiers mois de la grossesse, quand le développement du fœtus se fait à un rythme rapide. Arrêtons-nous sur les effets de quelques-unes de ces substances.

**Les médicaments** On a longtemps cru que le placenta protégeait le fœtus contre les drogues et les médicaments pris par la mère, jusqu'à ce qu'on découvre, au début des années 1960, les effets dramatiques que causait la thalidomide: ce médicament avait entraîné de graves malformations chez des milliers d'enfants. Ce drame a permis de sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public aux dangers de la prise de médicaments durant la grossesse. Aujourd'hui, une trentaine de médicaments ont été reconnus comme présentant des effets tératogènes, surtout s'ils sont consommés durant le premier trimestre de la grossesse. Parmi ceux-ci, citons la tétracycline (un antibiotique), certains barbituriques, les opiacés et autres dépresseurs du système nerveux central, plusieurs hormones dont les anovulants, l'Accutane, un médicament souvent prescrit dans les cas graves d'acné, et même la simple aspirine (Koren, Pastuzak et Ito, 1998). Des médicaments anti-inflammatoires, comme le naproxène ou l'ibuprofène, ont été associés à des malformations congénitales lorsqu'ils sont pris n'importe quand à partir du premier trimestre (Cooper *et al.*, 2006).

**La nicotine** Fumer durant la grossesse est nocif pour le bébé. En effet, il est établi que le tabagisme de la mère est le facteur le plus important expliquant le faible poids à la naissance dans les pays développés. La nicotine franchit la barrière placentaire et peut nuire au développement du fœtus de plusieurs façons: ralentissement de la croissance, augmentation du débit cardiaque, risque de rupture prématurée des membranes et, par conséquent, de naissance prématurée, diminution de l'oxygène dans le sang amené au fœtus, etc. (DiFranza *et al.*, 2004). À long terme, on a découvert des problèmes respiratoires, neurologiques, cognitifs et comportementaux qui y sont aussi reliés (Martin *et al.*, 2007). Les effets nocifs de la fumée secondaire peuvent encore être plus importants s'ils sont combinés à d'autres facteurs éprouvants, comme l'exposition au plomb ou le manque de nutriments essentiels comme l'acide folique (Mook-Kanamori *et al.*, 2010). De plus, il a été démontré que le tabagisme durant la grossesse augmente considérablement le risque de mort subite du nourrisson, en retardant le développement de certaines structures du système nerveux central (Chang *et al.*, 2003). En outre, puisque plusieurs femmes ayant fumé durant leur grossesse continuent de le faire après l'accouchement et que chaque type d'exposition semble avoir des effets indépendants (DiFranza *et al.*, 2004), on a cherché à bien distinguer les effets d'une exposition prénatale de ceux d'une exposition postnatale en examinant 500 bébés de 2 jours avant qu'ils ne soient exposés à la fumée secondaire. Les chercheurs ont remarqué, là encore, que les bébés des mères qui avaient fumé durant la grossesse étaient plus petits et souffraient davantage de problèmes respiratoires que les bébés de mères non-fumeuses (Stick *et al.*, 1996).

Selon plusieurs chercheurs, le fait d'avoir été exposé à la nicotine pendant le développement prénatal aurait aussi des répercussions à l'âge scolaire: faible capacité d'attention, hyperactivité, troubles d'apprentissage et de comportement et faibles résultats aux tests de quotient intellectuel (Thapar *et al.*, 2003). Même si les nombreuses campagnes de publicité antitabac ont contribué à la diminution du tabagisme chez les femmes enceintes au Québec, plus de 17% des femmes qui ont donné naissance à un enfant ont admis avoir fumé pendant leur grossesse (MSSS, 2011). Ce taux était de 25% en 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2012).

**L'alcool** Comme la nicotine, l'alcool peut causer des dommages importants au fœtus. Et plus une mère consomme d'alcool durant sa grossesse, plus les risques sont élevés. En effet, l'alcool consommé par la femme enceinte se retrouve dans le sang du bébé qu'elle porte et nuit à la croissance de ses cellules nerveuses. Les risques de susciter

une déficience intellectuelle, des troubles de l'attention, de l'agitation, de l'irritabilité, de l'hyperactivité et des problèmes d'apprentissage augmentent donc avec la consommation d'alcool (Sokol, Delaney-Black et Nordstrom, 2003). Une étude effectuée sur plus de 500 femmes a même démontré que celles qui consommaient de petites quantités d'alcool durant leur grossesse avaient tendance à avoir des enfants qui étaient plus agressifs que les autres vers l'âge de six ou sept ans, tandis que les enfants de celles qui consommaient moyennement ou beaucoup d'alcool avaient tendance à avoir des problèmes plus sérieux de délinquance (Sood *et al.*, 2001).

Une forte consommation prolongée peut également conduire au **syndrome d'alcoolisation fœtale** (SAF), qui se manifeste, chez le bébé, par un sérieux retard de croissance, par des malformations du visage et par des troubles du système nerveux central. Au Canada, en moyenne un à deux enfants sur mille souffriraient du SAF, et près de un sur cent, des effets de l'alcool sur le fœtus. Dans des communautés plus isolées, comme certaines appartenant aux Premières Nations, c'est près d'un enfant sur cinq qui serait atteint du SAF (Santé Canada, 2007). L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) comprend le SAF, le SAF partiel et les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool. C'est la principale cause des troubles de développement évitables. Pour cette raison, l'Agence de la santé publique du Canada recommande aux femmes d'éviter de consommer de l'alcool durant leur grossesse, et même dès le moment où elles songent à concevoir jusqu'au moment où elles cessent d'allaiter (Agence de santé publique du Canada, 2012).

**La marijuana, la cocaïne et la méthamphétamine** Des études longitudinales sur la consommation de marijuana durant la grossesse l'ont associée à un déficit d'attention, à l'impulsivité et à des difficultés dans les habiletés perceptuelles, ce qui laisse croire que cette drogue peut affecter le fonctionnement du lobe frontal du cerveau (Fried et Smith, 2001).

La consommation de cocaïne peut entraîner un avortement spontané, un retard de croissance, un faible poids à la naissance, une petite tête, des anomalies congénitales et un ralentissement du développement neurologique (Shankaran *et al.*, 2004).

L'exposition à la méthamphétamine pendant le développement prénatal risque de causer des dommages aux régions du cerveau impliquées dans l'apprentissage, le contrôle et la mémoire (Roussotte *et al.*, 2011).

## Le sida

Le **sida** (syndrome d'immunodéficience acquise) est une maladie causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), lequel affaiblit le fonctionnement du système immunitaire. Si une mère porte le virus dans son sang, il peut se transmettre au sang du fœtus en traversant le placenta. Par ailleurs, plusieurs bébés sont aussi infectés au moment de l'accouchement ou par le lait maternel. On peut alors réduire ce risque d'infection en pratiquant une césarienne et en prescrivant un autre mode d'allaitement.

Dans les pays les plus pauvres, on estime que, dans la seule année 2009, plus de 350 000 enfants ont été infectés par le VIH et qu'environ 50 000 femmes enceintes sont décédées à cause du sida. Par contre, dans les pays riches, le nombre de nouvelles infections chez les enfants, ainsi que les décès, sont presque nuls. Il existe un consensus mondial pour lutter contre ces inégalités et un plan, chapeauté par ONUSIDA, a été mis sur pied afin qu'en 2015, tous les enfants naissent sans le VIH et que leurs mères survivent (ONUSIDA, 2011).

## Les autres maladies de la mère

On sait qu'une **rubéole** contractée avant la 11<sup>e</sup> semaine de grossesse entraîne presque à coup sûr une surdité et des anomalies cardiaques chez le bébé. Cette situation peut être évitée en vaccinant les femmes contre cette maladie longtemps avant leur grossesse, et de préférence avant la puberté.



### Le syndrome d'alcoolisation fœtale

Une mère qui consomme de l'alcool de manière excessive durant sa grossesse risque de mettre au monde un enfant atteint du syndrome d'alcoolisation fœtale, comme cet enfant de quatre ans.

### Syndrome d'alcoolisation fœtale

Syndrome caractérisé par des anomalies cérébrales, motrices et développementales (retard de croissance, malformations du visage et du corps, troubles du système nerveux central, etc.) dont sont atteints les enfants de femmes qui ont consommé une quantité excessive d'alcool durant leur grossesse.

### Sida

Syndrome d'immunodéficience acquise dû au VIH qui se caractérise par une faiblesse du système immunitaire favorisant le développement d'infections et de cancers.

### Rubéole

Maladie contagieuse, généralement bénigne, dont les symptômes sont un gonflement des ganglions, la fièvre et des rougeurs sur la peau. Elle peut avoir des conséquences graves si la mère contracte cette maladie durant les premiers mois de sa grossesse.

Les femmes qui ont le diabète doivent s'assurer que leur taux de glucose dans le sang est sous contrôle avant d'être enceintes. Les enfants qui ont une mère dont le diabète est mal contrôlé ont 3 à 4 fois plus de risques que les autres de développer un grand nombre d'anomalies congénitales (Correa *et al.*, 2008).

L'herpès génital, une infection de plus en plus courante dans les pays développés, peut se transmettre au bébé lors de l'accouchement si la mère est atteinte. Chez le bébé, cette infection se présente sous forme de lésions cutanées, oculaires ou buccales; elle peut aussi porter atteinte au système nerveux central et se manifester sous forme d'encéphalite et peut aller jusqu'à la mort, dans les cas les plus graves. Certains traitements existent pour contrôler les manifestations de l'infection pendant la grossesse et on recommande la césarienne lorsqu'on détecte la présence de symptômes au dernier trimestre (SOGC, 2008).

### **Le stress de la mère**

Le stress et l'anxiété vécus par la mère pendant sa grossesse ont été associés à l'hyperactivité et au tempérament irritable du nouveau-né, de même qu'à des problèmes émotionnels et de comportement pendant l'enfance (DiPietro *et al.*, 2010; O'Connor *et al.*, 2002). De plus, un stress chronique peut causer un accouchement prématuré, peut-être à cause de la faiblesse du système immunitaire qui rend la femme plus vulnérable aux infections, ce qui peut déclencher le travail de l'accouchement (Schetter, 2009).

À la suite de la crise du verglas qu'a connue le Québec en 1998, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a mis sur pied un programme de recherche appelé «Projet verglas» afin d'étudier les conséquences d'un stress maternel prénatal chez les enfants. On a trouvé que les enfants exposés à un niveau de stress élevé avaient de plus faibles habiletés cognitives et langagières, de même que des capacités à jouer moindres à l'âge de 2 ans, 5 ans et demi et 8 ans et demi. Les chercheurs ont également observé des asymétries dans les empreintes digitales chez les enfants de mères qui ont vécu ce stress entre la 14<sup>e</sup> et la 22<sup>e</sup> semaine de grossesse. C'est justement à cette période du développement prénatal que les empreintes digitales et l'hippocampe se développent. Ainsi, des anomalies dans les empreintes digitales pourraient refléter des désordres dans le développement du cerveau, particulièrement l'hippocampe (Charil, Laplante, Vaillancourt, King, 2010). Deux autres volets se sont ajoutés à ce programme de recherche: l'Iowa Flood Study, qui porte sur des femmes enceintes exposées à des inondations en Iowa en 2008, et l'étude QF201, qui suit des femmes australiennes de Queensland exposées aussi à des inondations en 2011.

Par ailleurs, un stress modéré n'est pas nécessairement néfaste pour le fœtus. En effet, à certaines périodes de la gestation, une légère dose de stress pourrait stimuler l'organisation du cerveau du fœtus en développement. Des nouveau-nés dont les mères avaient vécu un stress modéré, positif ou négatif, pendant la grossesse, présentaient des signes de développement neurologique accéléré (DiPietro *et al.*, 2010).

### **La dépression**

La dépression de la mère peut avoir des effets semblables au stress sur le développement du fœtus. La grossesse est une période particulièrement sujette à l'anxiété et à la dépression. Des chercheurs ont suivi plus de deux cents femmes enceintes à bas risque (grossesse normale, absence de facteurs de risque, pas de prématurité): ils ont évalué leur état dépressif au dernier trimestre de la grossesse et lorsque leur bébé avait deux, six et douze mois. À un an, les enfants de mères déprimées pendant leur grossesse présentaient un taux d'anxiété plus élevé et plus de problèmes de sommeil, particulièrement les garçons. On a aussi constaté qu'il y avait beaucoup plus de dépressions pré-partum que de dépressions post-partum (Gerardin, 2012). Une autre étude britannique a observé des niveaux élevés de comportements violents et antisociaux à l'adolescence chez les enfants de mères qui avaient été dépressives pendant leur grossesse (Hay *et al.*, 2010).



## Les autres dangers environnementaux

Nous avons vu que tout ce qui agit sur la femme enceinte peut agir sur le fœtus. Il en va de même pour l'exposition à certains facteurs environnementaux, que ce soient les radiations telles que les rayons X, les conditions extrêmes de chaleur et d'humidité ou les produits chimiques et industriels. Les femmes enceintes qui respirent quotidiennement de l'air qui contient des particules de combustion sont plus susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou de faible poids ou avec des anomalies chromosomiques (Parker *et al.*, 2005; Bocskay *et al.*, 2005). Une exposition prénatale, même à des niveaux peu élevés, à des toxines environnementales comme le plomb, le mercure, ainsi que la nicotine et l'éthanol, pourrait expliquer la nette augmentation d'asthme et d'allergies chez les enfants (Dietert, 2005). Certains cancers chez l'enfant, comme la leucémie, ont été associés à l'utilisation de pesticides (Menegaux *et al.*, 2006). Selon les recherches de Maryse Bouchard, qui travaille au Département de santé environnementale et santé au travail, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, l'exposition aux pesticides lors de la grossesse a des répercussions négatives sur les habiletés cognitives des enfants (Bouchard *et al.*, 2011). Qu'arrivera-t-il à long terme aux enfants de la région de Fukushima, au Japon, qui sont nés dans les mois suivant la catastrophe nucléaire survenue à la suite du tsunami de mars 2011 ?



### Les conséquences des radiations nucléaires sur la santé

Qu'arrivera-t-il à long terme aux enfants de la région de Fukushima, au Japon, qui sont nés dans les mois suivant la catastrophe nucléaire survenue à la suite du tsunami de mars 2011 ?

## Les influences liées au père

L'âge avancé du père, et la détérioration du sperme qui en découle, peut aussi être à l'origine de malformations congénitales, de nanisme, de plusieurs cas de schizophrénie, de troubles bipolaires et d'autisme (Wyrobek *et al.*, 2006; Byrne *et al.*, 2003; Frans *et al.*, 2008; Tsuchiya *et al.*, 2008). La qualité du sperme du père peut être affectée par l'exposition au plomb, aux radiations et aux pesticides, de même que par une grande consommation de tabac, de marijuana ou d'alcool (Sokol *et al.*, 2006).

Aussi, une recherche menée à New York et portant sur 214 femmes non-fumeuses a démontré que l'exposition combinée à la fumée secondaire du père et à l'air urbain pollué diminuait de 7 % le poids du bébé à la naissance et de 3 % la circonférence de sa tête (Perera *et al.*, 2004).



### FAITES LE POINT

4. Nommez les trois stades du développement prénatal et expliquez ce qui se passe à chacun de ces stades.
5. Qu'est-ce qu'un agent tératogène ? Nommez-en trois et décrivez leurs effets.
6. Quels sont les risques associés à une consommation élevée d'alcool pendant la grossesse ?
7. France est enceinte d'une petite fille. Après 24 semaines, sa grossesse se déroulait bien et elle recevait un bon soutien de son conjoint et de sa mère, lorsque cette dernière est décédée brutalement dans un accident d'automobile. Le stress vécu par Claire actuellement peut-il affecter le développement du bébé qu'elle porte et, le cas échéant, comment ?

## 2.3 La naissance

La façon de se préparer à la naissance et le cadre dans lequel elle se déroule reflètent les valeurs et les ressources d'une culture. Ainsi, une femme maya du Yucatan accouchera dans le hamac dans lequel elle dort chaque nuit, en présence du père et de la sage-femme. Pour éviter les mauvais esprits, la mère et son bébé resteront à la maison pendant une semaine. Par contre, chez les Ngonis d'Afrique de l'Est, les hommes sont exclus de l'événement, tandis que dans les régions rurales de la Thaïlande, la nouvelle mère reprend ses activités à peine quelques heures après la naissance de son enfant (Gardiner et Kosmitzki, 2005). Et chez nous, qu'en est-il ?

### 2.3.1 L'accouchement

Nous ne savons pas exactement ce qui provoque le déclenchement du processus de l'accouchement, mais plusieurs hormones jouent un rôle important, particulièrement l'œstrogène. Même si la mère obtient une date précise d'accouchement (calculée en fonction de la première journée des dernières règles), le déclenchement du processus peut varier de plusieurs jours et, parfois, de quelques semaines. Par ailleurs, la sécurité de la mère et celle de l'enfant sont les premiers facteurs à considérer lors de l'accouchement. Associés au confort de la mère, ce sont en effet eux qui vont déterminer si l'accouchement se fera par voie naturelle ou par césarienne.

#### Les phases de l'accouchement par voie naturelle

Un accouchement par voie naturelle (aussi appelé accouchement vaginal ou par voie basse) se déroule en trois phases (voir la figure 2.8). La première phase de l'accouchement, appelée le **travail**, est la plus longue: elle dure en moyenne de 8 à 12 heures, et parfois plus chez la primipare (c'est-à-dire celle qui donne naissance à son premier enfant). Au cours de cette étape, le col de l'utérus s'efface et se dilate grâce aux contractions utérines. Il s'élargit jusqu'à ce que la tête du bébé puisse passer, soit jusqu'à 10 cm environ. Au début de cette phase, les contractions, peu douloureuses, durent une trentaine de secondes et surviennent environ toutes les 10 à 20 minutes. À mesure que le travail avance, les contractions deviennent de plus en plus longues, de plus en plus rapprochées et de plus en plus douloureuses. C'est souvent à cette étape que le sac amniotique se déchire, laissant s'écouler le liquide amniotique: c'est ce qu'on appelle communément « la perte des eaux », qui peut se produire aussi bien avant le début des contractions que pendant le travail.

Lorsque le sommet du crâne du bébé commence à passer à travers le col utérin et à s'engager dans le passage vaginal, la deuxième phase commence: il s'agit de la phase de l'**expulsion**. Elle dure environ une heure et se termine lorsque le bébé est complètement sorti. Durant cette phase, la mère qui s'est bien préparée à l'accouchement peut pousser énergiquement en utilisant ses muscles abdominaux à chaque contraction de façon à aider le bébé à sortir. Une fois l'enfant né, on coupe alors le cordon ombilical, toujours attaché au placenta.

C'est là que commence la troisième phase, appelée la **délivrance**, qui ne dure que quelques minutes. Il s'agit du moment où le reste du cordon ombilical et le placenta sont expulsés du corps de la mère.

#### Travail

Première phase de l'accouchement, caractérisée par la présence de contractions régulières.

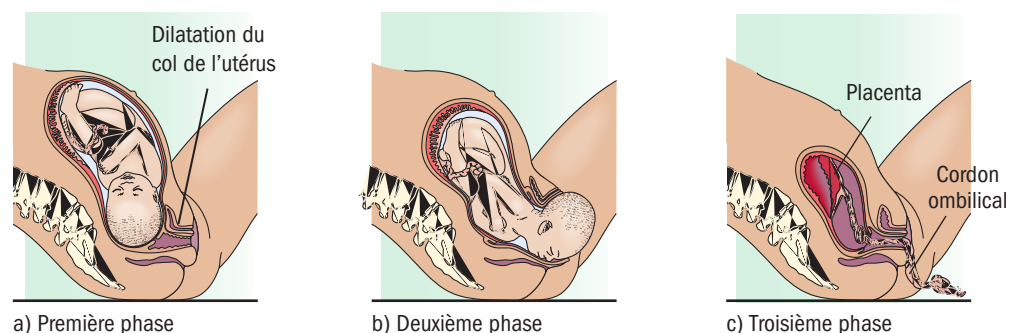
#### Expulsion

Phase de l'accouchement qui débute au moment où la tête du bébé commence à s'engager dans le col et le vagin, et qui se termine lorsque le bébé est complètement sorti du corps de la mère.

#### Délivrance

Troisième phase de l'accouchement, pendant laquelle le placenta et le sac amniotique sont expulsés.

**FIGURE 2.8** Un accouchement par voie naturelle



- a) Au cours de la première phase, des contractions de plus en plus fortes dilatent le col de l'utérus de la mère. b) Au cours de la deuxième phase, la tête du bébé s'engage dans le col et émerge du vagin. c) Au cours de la dernière phase, après la sortie du bébé, le placenta et le reste du cordon ombilical sont expulsés de l'utérus.

Source : Adapté de Lagercrantz et Slotkin, 1986.

Pendant ces trois phases de l'accouchement, le bébé joue un rôle passif. Ce sont les contractions involontaires de l'utérus, déclenchées par des mécanismes hormonaux complexes, ainsi que les poussées volontaires de la mère, qui sont responsables de sa venue au monde.

### L'accouchement par césarienne

La sécurité de la mère ou du bébé exige parfois un accouchement par **césarienne**, intervention chirurgicale qui consiste à extraire l'enfant de l'utérus en pratiquant une incision horizontale d'environ 10 cm juste au-dessus du pubis. On pratique généralement une césarienne si le bassin de la mère est trop étroit, si la dilatation du col ne se fait pas correctement, si le bébé semble éprouver des difficultés, s'il se présente en mauvaise position ou si la mère souffre d'une hémorragie. L'intervention est souvent pratiquée en urgence, mais peut aussi être programmée dans certaines situations.

Au Québec, les naissances par césarienne représentent aujourd'hui 23 % de l'ensemble des naissances, alors que cette proportion était de 5 % en 1970 (MSSS, 2011). Ce taux, un peu plus bas que pour l'ensemble du Canada, est parmi les plus élevés au monde, et il dénote une médicalisation exagérée d'un acte normalement très naturel. Dans tous les pays de l'OCDE, les taux de césariennes ont considérablement augmenté au cours des dernières années, quoique certains pays aient commencé à inverser la tendance (voir le tableau 2.3). Cette augmentation du nombre de césariennes pourrait s'expliquer par les progrès médicaux (on peut désormais déceler la souffrance fœtale lorsqu'une modification des bruits du cœur et du rythme cardiaque apparaît au monitoring) et par un nombre plus élevé de grossesses à risques (notamment celles survenant à un âge avancé), ainsi que par le désir d'accommoder les horaires du médecin et de la patiente (OCDE, 2011). La césarienne est une intervention chirurgicale délicate pour la mère; la cicatrisation peut être douloureuse, les complications hémorragiques ou infectieuses sont plus fréquentes que lors d'un accouchement naturel, tout comme le taux de mortalité (qui demeure tout de même assez bas). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada considère qu'il faut mettre en place des mesures visant à réduire le nombre de césariennes non nécessaires. Elle s'est donc opposée à la césarienne de convenance (faite à la demande de la mère, pour des raisons non médicales).

#### Césarienne

Intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer une incision dans la paroi abdominale afin d'extraire le bébé de l'utérus.



#### Une césarienne

Parfois la sécurité de la mère ou du bébé exige un accouchement par césarienne, une intervention chirurgicale qui consiste à extraire l'enfant de l'utérus en pratiquant une incision horizontale d'environ 10 cm juste au-dessus du pubis.

**TABLEAU 2.3** Les pourcentages de césariennes pour 100 naissances vivantes par pays (en 2009 et variation 2000-2009)

Pays	Pourcentage (%) de césariennes pour 100 naissances vivantes 2009 (ou année la plus proche)	Taux (%) de croissance annuel moyen Variation 2000-2009 (ou année la plus proche)
Pays-Bas	14,3 %	+ 2,4 %
Norvège	17,1 %	+ 2,8 %
Suède	17,1 %	+ 2,1 %
Inde	17,8 %	+ 5,5 %
France	20 %	+ 1,7 %
Canada	26,6 %	+ 3,1 %
États-Unis	32,3 %	+ 4,4 %
Mexique	42 %	+ 4,5 %
Chine	46,2 %	n.d.
Brésil	47,4 %	n.d.

Source: OCDE, 2011.

**Analgésie péridurale**

Diminution de l'influx nerveux responsable de la douleur qui est induite par l'administration d'une substance appropriée dans l'espace péridural.

**Anesthésie péridurale**

Suppression de la sensibilité à la douleur qui est induite par l'administration d'une substance appropriée dans l'espace péridural.

**Sage-femme**

Professionnelle formée pour assister les femmes durant leur grossesse et leur accouchement et pour donner des soins au nouveau-né.

**Forceps**

Instrument en forme de deux cuillères croisées destiné à saisir la tête du bébé et à faciliter l'expulsion lors de l'accouchement.

**Épisiotomie**

Incision du périnée entre la vulve et l'anus destinée à agrandir l'orifice afin de faciliter la sortie du bébé.

**Maison de naissance**

Établissement convivial où l'on pratique des accouchements et où sont apportés des soins à la mère et au nouveau-né.

**L'utilisation de médicaments**

La douleur des contractions est bien réelle, mais elle peut être atténuée par divers moyens. L'anesthésie générale, qui rend les femmes complètement inconscientes, est rarement utilisée de nos jours, même dans les cas de césarienne. On a plutôt recours à l'injection péridurale, une technique consistant à administrer, de façon progressive et continue, un médicament visant à diminuer (**analgésie péridurale**) ou à bloquer (**anesthésie péridurale**) la transmission de la douleur au cerveau.

Comme on l'a vu précédemment, les médicaments administrés à la femme enceinte ne sont pas sans risques. L'analgésie péridurale est efficace pour contrôler la douleur, mais elle provoque aussi des effets secondaires qui sont plus ou moins prononcés, comme une basse tension artérielle et de la fièvre chez la mère ainsi que l'augmentation de la durée du travail. Cette augmentation peut entraîner à son tour la nécessité d'avoir recours aux forceps, à des ventouses ou encore à l'ocytocine – une hormone qui accélère le travail (Anim-Somuah, Smyth et Jones, 2011).

Au Québec, plus que partout ailleurs au Canada, l'utilisation de la péridurale s'est accrue d'une façon continue et concerne actuellement 69 % des accouchements. La politique de périnatalité 2008-2018 du Québec veut mettre la priorité sur la réduction des interventions obstétricales en apportant aux femmes un meilleur soutien pendant la grossesse ainsi qu'à l'accouchement et en proposant d'autres méthodes non pharmacologiques de contrôle de la douleur (INESSS, 2012).

**2.3.2 Le contexte de la naissance****La préparation à l'accouchement**

La peur de l'inconnu est souvent une cause de stress pour une femme qui se prépare à donner la vie pour la première fois. C'est pourquoi la plupart des établissements de santé ont mis sur pied des cours ou des séances d'information pour les futurs parents. On y explique aux parents ce qui se passe lors de l'accouchement, on y enseigne des techniques de respiration, de relaxation et d'assouplissement physique, on leur donne des conseils préventifs concernant la grossesse et on les prépare à l'arrivée du bébé.

**Le rôle des sages-femmes**

Au Québec, les **sages-femmes** sont intégrées depuis 1999 au réseau de la santé et des services sociaux, mais ce n'est que depuis 2005 que les futures mères peuvent légalement accoucher à leur domicile avec l'aide d'une sage-femme. Depuis la reconnaissance de la profession, le taux de mortalité périnatale sous la supervision des sages-femmes a chuté de 57 % (Ordre des sages-femmes du Québec, 2013). On constate aussi une diminution importante de l'utilisation des techniques médicales (césarienne, **forceps**, ventouses, injection péridurale, **épisiotomie**), de la durée moyenne de la phase de travail, des naissances prématurées et des accouchements jugés difficiles.

Les sages-femmes font partie d'un ordre professionnel, soit l'Ordre des sages-femmes du Québec, qui considère l'accouchement comme un processus normal et significatif dans la vie d'une femme et de sa famille. Les sages-femmes établissent une relation personnalisée avec la mère tout au long de la grossesse, supervisent le déroulement de l'accouchement et assurent un suivi postnatal. Une formation universitaire de quatre ans comprenant de nombreux stages cliniques les prépare à détecter les grossesses à risque et à devenir des intervenantes de première ligne dans tout ce qui concerne le processus normal de la naissance.

Au Québec, les sages-femmes sont rattachées à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) et leurs services sont offerts dans une **maison de naissance**. Comme il est souvent impossible de prédire les risques de complications durant l'accouchement,

les maisons de naissance ont une entente avec un service ambulancier et un hôpital situé à proximité, et elles possèdent de l'équipement d'urgence sur place. En outre, à peu près tous les hôpitaux disposent maintenant de chambres de naissance, où les pères et d'autres personnes peuvent rester auprès de la mère durant le travail et tout au long de l'accouchement. Il existe actuellement plusieurs maisons de naissance un peu partout au Québec, mais ce nombre devrait encore augmenter d'ici quelques années puisque la politique de périnatalité 2008-2018 présentée par le gouvernement du Québec prévoit que les sages-femmes pourront assurer le suivi prénatal et assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes.

Environ 39 % des Québécoises en âge de procréer aimeraient être suivies et accompagnées par une sage-femme lors de l'accouchement (SOM, 2005). Actuellement, environ 2 % seulement des naissances sont assistées par une sage-femme et ce sont en majorité des femmes possédant un diplôme universitaire qui ont recours aux sages-femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

### Le *baby blues* et la dépression post-partum

Plus de la moitié des femmes qui viennent d'accoucher ressentent des sentiments confus d'euphorie, de tristesse et d'anxiété, lesquels culminent vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour après la naissance de l'enfant. C'est ce qu'on appelle le **baby blues**. Ces réactions durent de quelques heures à quelques jours et disparaissent généralement sans intervention particulière. On explique ces réactions par un changement hormonal rapide, mais aussi par la fatigue et les craintes ressenties relativement aux nouvelles responsabilités. Si ces symptômes persistent, ils peuvent conduire à une **dépression post-partum** qui, elle, nécessite un suivi psychologique et médical au même titre que toute autre forme de dépression.

La mère dépressive n'est pas disponible affectivement et est incapable de reconnaître les signaux que lui envoie son enfant. Elle ne peut donc répondre adéquatement aux besoins de son bébé, qui démontre alors moins d'intérêt dans l'interaction avec sa mère et exprime davantage de colère et de tristesse (Tissot, 2011) (*voir l'encadré 2.4*).

#### **Baby blues**

Sentiment confus de tristesse et d'anxiété qui survient peu après un accouchement.

#### **Dépression post-partum**

Épisode dépressif majeur qui dure plus de deux semaines et qui survient dans les premières semaines suivant un accouchement.

## ENCADRÉ 2.4



## D'UNE CULTURE À L'AUTRE

### La dépression post-partum : passage obligé ?

La dépression post-partum, un épisode dépressif majeur qui dure plus de deux semaines et qui survient dans les premières semaines suivant un accouchement, touche environ 14 % des nouvelles mères (Wisner *et al.*, 2006).

La baisse subite d'œstrogène et de progestérone suite à la naissance peut avoir une incidence sur la dépression, mais celle-ci peut aussi être liée aux changements importants auxquels la nouvelle mère doit faire face sur le plan émotionnel et dans son style de vie (Munk-Olsen *et al.*, 2006).

Selon Diop (2012), ce changement de statut et ce passage au rôle de mère sont largement influencés par la communauté dans laquelle la femme évolue. La plupart des sociétés ont mis en place des rituels ou des célébrations pour marquer les changements majeurs qui interviennent dans la vie de leurs membres, comme la naissance, la fin des études, le mariage, la mort

et plusieurs autres moments marquants. Les rituels entourant l'arrivée d'un enfant vont aider les parents, particulièrement la mère, à vivre cette transition.



Dans plusieurs sociétés non occidentales, comme chez les Wolofs du Sénégal, en Afrique de l'Ouest, des cérémonies se déroulent peu après la naissance afin de faciliter la séparation de l'enfant du corps de la mère. On veut ainsi rappeler à la mère, ainsi qu'à tout l'entourage, que l'enfant appartient à toute la communauté. Ces rituels visent à apporter à la mère une sécurité et un soutien dans son nouveau rôle. Par ailleurs, aux États-Unis, la dépression post-partum pourrait résulter d'un manque de support et de considération pour la

nouvelle mère et représenterait ainsi un phénomène culturel. Les valeurs accordées à la maternité, le soutien de l'entourage et l'attention portée à la situation familiale sont des facteurs déterminants dans les risques de dépression post-partum (Diop, 2012).

**FAITES LE POINT**

8. Quelles sont les phases d'un accouchement par voie naturelle et que se passe-t-il à chacune de ces phases ?
9. Comment peut-on expliquer l'augmentation importante du taux de césariennes ces dernières années ?
10. Pour devenir sage-femme, quelle formation doit-on suivre ?

## 2.4 Le nouveau-né

La naissance est une transition physiologique unique. Le nouveau-né doit apprendre à fonctionner dans un tout nouvel environnement. C'est là un défi de taille pour un être qui ne pèse que quelques kilogrammes. Néanmoins, comme nous le verrons, l'enfant arrive au monde avec des atouts lui permettant de relever brillamment ce défi.

### 2.4.1 L'aspect physique du nouveau-né

Les dimensions corporelles à la naissance dépendent de plusieurs facteurs, dont la taille et le poids des parents, leur origine ethnique, le sexe de l'enfant, l'alimentation et l'état de santé de la mère. Par exemple, les garçons ont tendance à être un peu plus grands et plus lourds que les filles, et le premier-né d'une famille pèse généralement moins que ses cadets. Avec ses 3400 g et ses 49 cm, on peut considérer que Maïa est un bébé moyen.

Comme tous les nouveau-nés, Maïa est née enduite d'une substance grasseuse appelée **vernix caseosa**, qui la protège contre les infections et a facilité son passage lors de l'accouchement. Certains bébés sont également très velus puisque le **lanugo**, le fin duvet qui recouvre le fœtus dans le ventre maternel, n'est pas encore tombé. Il arrive aussi que la tête de certains bébés soit allongée et déformée par le **moulage** subi au cours de leur passage dans le pelvis maternel. Cette déformation, assez fréquente chez les bébés qui naissent par voie naturelle, n'est que temporaire. En effet, le crâne présente encore les **fontanelles**, un espace membraneux qui ne se soude que vers l'âge de 18 mois, laissant ainsi le temps à la tête de retrouver son aspect normal.

### 2.4.2 L'évaluation du nouveau-né

Avec son premier cri, Maïa est passée d'un environnement sombre, chaud et feutré à un environnement comportant une lumière intense, une température fraîche et des sons stridents. Avant sa naissance, sa respiration, son alimentation, son élimination et le contrôle de la température de son corps étaient pris en charge par le corps de sa mère. Après sa naissance, ses systèmes physiologiques doivent fonctionner de manière autonome. Or, la majeure partie de cette transition se produit dans les quatre à six heures suivant la naissance (Ferber et Makhoul, 2004).

La plupart des bébés commencent à respirer dès qu'ils sont exposés à l'air. Si un bébé ne respire pas encore cinq minutes après sa naissance, il risque alors de souffrir de dommages permanents au cerveau causés par l'**anoxie**, c'est-à-dire par un manque d'oxygène. De plus, comme les poumons du bébé ont dix fois moins de poches d'air que ceux des adultes, les nouveau-nés (et surtout ceux nés prématurément) sont plus susceptibles d'avoir des problèmes respiratoires.

#### L'indice d'Apgar

Comme que les premières minutes qui suivent la naissance sont cruciales pour le développement futur de l'enfant, il importe de savoir le plus rapidement possible si le nouveau-né souffre d'un problème nécessitant des soins particuliers. Une minute après



#### **Vernix caseosa**

Substance grasseuse qui recouvre le fœtus et le protège contre les infections et qui est absorbée par la peau dans les deux ou trois jours suivant la naissance.

#### **Lanugo**

Duvet qui recouvre le nouveau-né et qui disparaît quelque temps avant ou après la naissance.

#### **Fontanelle**

Espace membraneux entre les os du crâne du nouveau-né qui s'ossifie graduellement durant les premiers mois de sa croissance.

#### **Anoxie**

Privation d'oxygène susceptible de causer des lésions cérébrales.

la naissance de Maïa, puis cinq minutes plus tard, on a donc procédé à son évaluation au moyen de l'**indice d'Apgar**. Nommé d'après la docteure Virginia Apgar (1953), cet indice sert à évaluer la vitalité d'un nouveau-né par la vérification de cinq points : la coloration de la peau, la fréquence cardiaque, la réactivité aux stimuli, le tonus musculaire et la respiration (*voir le tableau 2.4*). Chaque critère reçoit une note de zéro à deux, pour un total possible de dix. Quatre-vingt-dix pour cent des nouveau-nés obtiennent un résultat de sept et plus à ce test. Un résultat inférieur à sept indique généralement qu'une aide est nécessaire pour déclencher la respiration. Enfin, un résultat inférieur à quatre signale que l'enfant est en danger et a besoin de soins intensifs immédiats.

L'indice d'Apgar a récemment été critiqué, en partie à cause de son manque de précision comparativement à des mesures physiologiques plus récentes (par exemple, un nouveau test permet de déterminer la quantité d'oxygène dans le sang du nouveau-né). Néanmoins, comme ce test est simple, peu coûteux et qu'il aide les intervenants à réagir plus rapidement quand cela est nécessaire, on choisit encore de le conserver.

### Les tests de dépistage

Au Québec, dès la naissance, le bébé est examiné, pesé, mesuré et on vérifie ses réflexes. On fait aussi un prélèvement sanguin qu'on achemine au laboratoire du Centre hospitalier universitaire de Québec. Ce test, appelé «test de Guthrie», sert à dépister certaines maladies congénitales et héréditaires.

Lorsque le bébé a 21 jours, un échantillon d'urine est prélevé, puis envoyé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke afin d'identifier les enfants atteints de certains autres types de désordres métaboliques héréditaires. Certains remettent en question ce dernier test, qui a été remplacé aux États-Unis et dans plusieurs provinces du Canada par la technologie MS/MS, une technologie plus performante qui permet de dépister un nombre beaucoup plus élevé de maladies potentielles (RQMO, 2011).

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, le nouveau-né peut présenter des signes de jaunisse lorsque son foie immature a de la difficulté à éliminer la bilirubine, un pigment contenu dans le sang. Tout redevient généralement normal après quelques jours, mais si cet état persiste, il faut intervenir afin d'éviter des dommages au cerveau.

### 2.4.3 Les bébés de faible poids à la naissance

Le poids à la naissance et la durée de la gestation sont les deux plus importants prédicteurs de survie du nouveau-né et de sa bonne santé. On considère qu'un bébé a un faible poids lorsqu'il pèse moins de 2500 g. Ce faible poids peut être le fait d'un **bébé prématuré** (c'est-à-dire né avant la 37<sup>e</sup> semaine de gestation) ou d'un bébé de faible poids par rapport à son âge de gestation (donc qui pèse moins de 90 % du poids moyen des bébés de même âge). Chez ces derniers, un poids insuffisant est attribuable à un

#### Indice d'Apgar

Évaluation standardisée de la condition du nouveau-né; elle consiste à mesurer la coloration, la fréquence cardiaque, la réactivité, le tonus musculaire et la respiration.



Maïa a obtenu 9/10 au test d'Apgar. Qu'est-ce que cela signifie ?

#### Bébé prématuré

Bébé né avant la 37<sup>e</sup> semaine de gestation.

TABLEAU 2.4 L'indice d'Apgar

Signe*	A	P	G	A	R
Note	Apparence (couleur de la peau)	Pouls (fréquence cardiaque)	Grimace (réponse aux irritations)	Activité (tonus musculaire)	Respiration
0	Bleue, pâle	Absent	Aucune réponse	Flasque	Absente
1	Corps rose, mains et pieds bleus	Faible (en dessous de 100)	Grimace	Faible	Irrégulière, faibles pleurs
2	Rose partout	Rapide (plus de 100)	Pleure, tousses, éternue	Forte, mouvements	Régulière, pleurs puissants

Note\* : Chaque signe est évalué en termes d'absence ou de présence, de 0 à 2. La note maximale est de 10.

Source: Adapté de Apgar, 1953.

**Mortalité infantile**

Décès d'enfants de moins de un an.

**Un bébé prématuré**

Les très petits bébés souffrent de nombreuses complications potentiellement mortelles.

ralentissement de la croissance fœtale. Au Canada, environ 6 % des bébés naissent avec un faible poids (ICIS, 2010).

**Les répercussions sur la santé du bébé**

Les très petits bébés souffrent de nombreuses complications, potentiellement mortelles. Au Canada, en 2009, le taux de **mortalité infantile** dans les 27 premiers jours de la vie était de 3,8 pour 1000 naissances vivantes (Statistique Canada, 2010). Les progrès médicaux ont permis de réduire le taux de mortalité, mais dans les dernières années, le nombre d'enfants nés de mères plus âgées de même que l'augmentation des naissances multiples ont fait en sorte d'accroître le nombre de nouveau-nés à risque.

Comme le système immunitaire des prématurés n'est pas entièrement développé, ils sont très vulnérables aux infections (Stoll *et al.*, 2004). De plus, l'immaturation de leur système nerveux peut les empêcher d'assurer certaines fonctions indispensables à leur survie, comme téter. Ayant moins de tissus adipeux que les autres bébés pour se protéger et générer de la chaleur, il leur est aussi plus difficile de maintenir leur température corporelle; c'est pourquoi il faut les garder en couveuse. Ils présentent souvent un syndrome de détresse respiratoire, leur système respiratoire n'étant pas encore suffisamment développé, et courent plus de risques de présenter des atteintes au cerveau ou de mourir prématurément (Mathews et MacDorman, 2008).

Par ailleurs, plusieurs prématurés très petits manquent de surfactant, un enduit qui recouvre les parois des poumons et empêche les sacs d'air de se dégonfler. Leur respiration est donc irrégulière et peut même s'arrêter subitement. Heureusement, l'administration de surfactant aux prématurés à risque élevé a grandement amélioré leur taux de survie. Il est actuellement de plus de 90 % chez les bébés de très faible poids (1000 g à 1500 g) et de plus de 70 % chez les bébés extrêmement petits (500 g à 999 g). Toutefois, ce taux de survie accru entraîne aussi une augmentation de la proportion d'enfants vivant avec des problèmes respiratoires et neurologiques (Stoelhorst *et al.*, 2005).

L'amélioration globale du taux de survie des nouveau-nés semble attribuable, entre autres, à l'implantation de centres de soins prénataux et néonataux, ainsi qu'au dépistage précoce des grossesses à risque. Des programmes comme celui de la fondation québécoise OLO (pour œufs, lait et oranges), qui offre gratuitement des aliments aux jeunes mères de milieux défavorisés (qui sont les plus touchées par la prématurité) et leur procure aussi un soutien sur le plan psychosocial, contribuent également à diminuer le nombre d'enfants nés avant terme ou présentant un poids insuffisant à la naissance. Le tableau 2.5 dresse une liste des facteurs de risque associés au faible poids de naissance.

**TABLEAU 2.5** Des facteurs augmentant la probabilité d'avoir un bébé de faible poids

Facteurs démographiques ou socioéconomiques	Facteurs médicaux antérieurs à la grossesse	Facteurs environnementaux agissant sur le développement prénatal	Facteurs médicaux associés à la grossesse
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mère âgée de moins de 17 ans ou de plus de 40 ans</li> <li>Pauvre</li> <li>Célibataire</li> <li>Non scolarisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Première grossesse</li> <li>Avoir déjà plus de quatre enfants</li> <li>Être petite ou très mince</li> <li>Avoir déjà eu un enfant de faible poids</li> <li>Avoir déjà eu des fausses-couches</li> <li>Avoir été soi-même un bébé de faible poids</li> <li>Avoir des problèmes génitaux ou urinaires</li> <li>Hypertension chronique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrition</li> <li>Soins prénataux inadéquats</li> <li>Tabagisme</li> <li>Consommation d'alcool ou d'autres drogues</li> <li>Exposition au stress</li> <li>Exposition à des substances toxiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saignements vaginaux</li> <li>Infections</li> <li>Pression sanguine trop haute ou trop basse</li> <li>Anémie</li> <li>Prise de poids insuffisante</li> </ul>

Source : Arias *et al.*, 2003; Chomitz *et al.*, 1995.



## Les effets à long terme

Même si les bébés de faible poids survivent aux premiers jours critiques, certaines inquiétudes demeurent. En effet, les bébés dont le poids est insuffisant à la naissance sont plus susceptibles de souffrir de diabète et de problèmes cardiovasculaires à l'âge adulte (Sperling, 2004). De plus, on a remarqué chez ces bébés des déficits cognitifs, particulièrement sur le plan de la mémoire et de la vitesse de traitement de l'information, qui persistaient jusqu'à l'âge adulte (Fearon *et al.*, 2004). Toutefois, au Canada, où il existe un système de soins universels, une majorité de prématurés surmontent les difficultés initiales et deviennent des adultes épanouis (Saigal *et al.*, 2006).

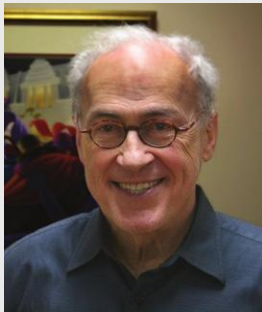
Sur le plan affectif, les parents ont tendance à s'inquiéter davantage de la santé de leur enfant de faible poids. Or, cette inquiétude peut avoir des conséquences négatives sur le processus d'attachement. En effet, angoissés à l'idée de perdre leur bébé, les parents ont parfois tendance à traiter l'enfant différemment : ils le touchent moins, sont mal à l'aise en sa présence, ce qui le prive de stimulations importantes pour son développement. C'est la raison pour laquelle plusieurs recherches explorent actuellement les effets bénéfiques de certaines mesures visant à stimuler le développement neurologique des bébés de faible poids, comme les massages ou les soins kangourou (voir l'encadré 2.5).

Quoi qu'il en soit, le poids à la naissance n'est pas un facteur isolé et il faut aussi tenir compte des autres facteurs environnementaux. Ainsi, les enfants de faible poids qui vivent avec leurs deux parents, ceux dont la mère est très scolarisée et ceux qui n'ont pas souffert de dommages importants au cerveau s'en sortent généralement mieux (Ment *et al.*, 2003).

### ENCADRÉ 2.5

### PAROLES D'EXPERT

**Réjean Tessier** | Professeur à l'école de psychologie de l'Université Laval et chercheur



#### À la rescousse des prématurés

Réjean Tessier est professeur titulaire à l'école de psychologie de l'Université Laval. Il est aussi membre titulaire du Centre de recherche du CHUQ au pavillon Saint-François d'Assise et membre titulaire du Centre de recherche sur le développement humain (CRDH) de l'Université Concordia. Depuis plus de 20 ans, il s'intéresse aux façons de minimiser les

effets négatifs d'une naissance prématurée.

Selon Réjean Tessier, lorsqu'un enfant naît prématurément, il voit, en plus d'une croissance inachevée, son cerveau bombardé de stimulations qu'il n'est pas prêt à absorber. Il en résulte des séquelles neurologiques souvent importantes. Une connaissance précise des facteurs responsables du développement pourrait permettre d'améliorer le pronostic très tôt après la naissance et même de prédire le développement à long terme.

De récentes interventions mises en place en vue d'améliorer l'environnement des unités de soins intensifs ont déjà démontré des effets positifs sur la croissance physique, l'autonomie respiratoire des bébés et la durée d'hospitalisation.

La méthode Mère Kangourou (MMK) (*Kangaroo Mother Care*) est un exemple convaincant de cette nouvelle forme d'interventions visant à favoriser le développement des enfants par contraste avec les soins médicaux plus spécialisés et plus techniques. Cette méthode, qui devrait

commencer aussitôt que l'état de santé de l'enfant est stabilisé, prévoit que celui-ci soit tenu sur la poitrine de sa mère, peau à peau, plusieurs heures par jour, et parfois même 24 heures sur 24. Il reçoit ainsi, en plus des stimulations visuelles, les stimulations olfactives qui proviennent du corps de sa mère, les stimulations auditives produites par sa voix, les stimulations kinesthésiques induites par ses mouvements et les stimulations tactiles causées par le contact de sa peau. Ce *cocon* peut aider à compenser l'expérience intra-utérine qu'il n'a pas eue et à réduire les surcharges d'informations sensorielles. Ces soins, prodigués très tôt, c'est-à-dire pendant les dernières semaines de gestation extra-utérine, auront un effet bénéfique sur le neurodéveloppement de l'enfant en intervenant à un moment critique et en permettant une maturation normale de son cerveau. De plus, l'implication du parent qui s'engage dans ce programme solidifie les liens mère-enfant et favorise le développement du lien d'attachement (Tessier *et al.*, 2011). Cela fait plusieurs années que les chercheurs accumulent des travaux montrant aussi les effets positifs du massage chez les enfants prématurés en favorisant le gain de poids. Considérant toutes les données scientifiques collectées au sujet du massage, il est peut-être temps de se questionner sur le bien-fondé de certaines pratiques qui induisent un minimum de contacts physiques et qui persistent dans les unités de soins intensifs.

Comme le souligne Réjean Tessier, «une meilleure connaissance de la prématurité et de ses effets à court et à long terme permettra aux parents, aux cliniciens, aux chercheurs ainsi qu'aux décideurs de prendre position sur la question suivante : sommes-nous prêts, en tant que société, à assurer des services à long terme aux enfants qui naissent de plus en plus tôt ? »



### L'allaitement au sein

Le lait maternel est « l'aliment par excellence » puisqu'il offre de nombreux avantages pour le bébé sur les plans physique, cognitif et émotionnel.

### Colostrum

Liquide sécrété par le sein juste avant la montée laiteuse, moins riche en graisses que le lait, mais adapté aux besoins du nouveau-né. Il contient, entre autres, des anticorps qui contribuent à l'immuniser contre certaines infections.

## 2.4.4 L'allaitement

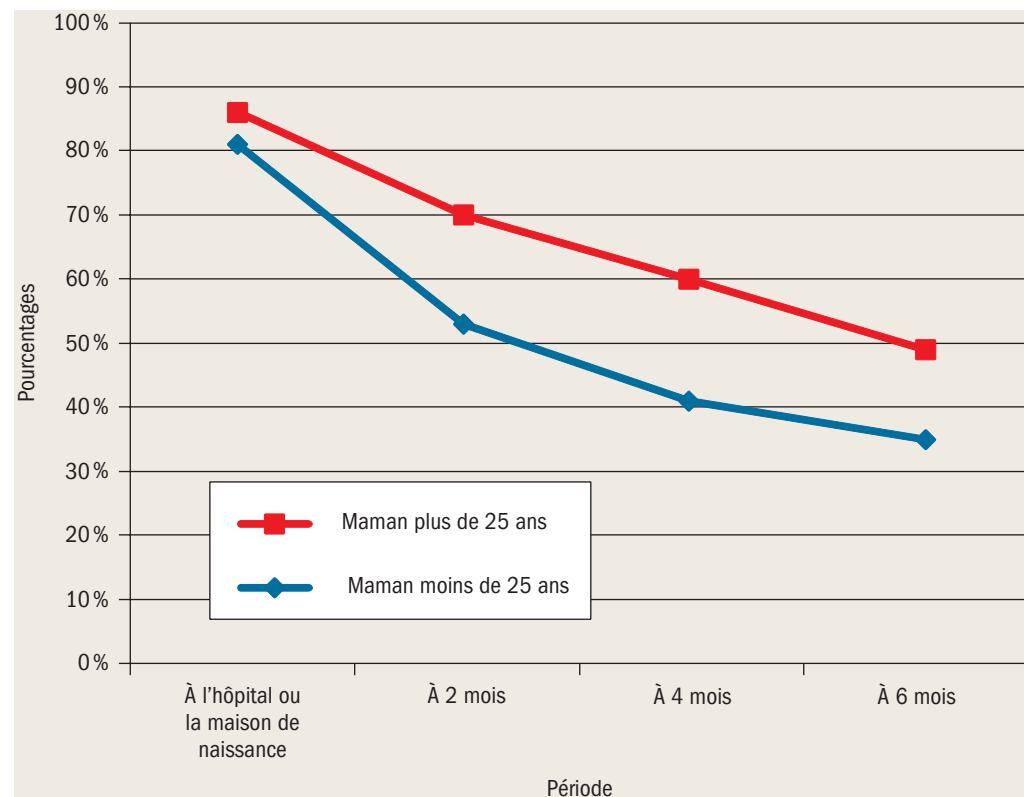
Depuis les débuts de l'humanité, les enfants ont été nourris au sein. Les femmes qui ne pouvaient pas ou qui ne voulaient pas allaiter leur bébé trouvaient habituellement une nourrice pour allaiter l'enfant à leur place, soit une femme ayant elle-même eu un enfant peu de temps avant. Dans les années 1940, les progrès quant à la conservation et à la pasteurisation du lait ont rendu l'allaitement au biberon intéressant pour les mères.

Après avoir connu un déclin de popularité, l'allaitement maternel retrouve peu à peu, depuis la fin des années 1970, la faveur des femmes, et surtout de celles dont les niveaux d'instruction et de revenu sont supérieurs à la moyenne. Au Québec, la grande majorité des mères allaitent leur bébé et à six mois, près de la moitié des bébés sont toujours allaités au sein (*voir la figure 2.9*).

### Les avantages de l'allaitement maternel

Le lait maternel est ce qui convient le mieux aux besoins du nourrisson. Il est plus facile à digérer que le lait de vache et moins susceptible d'entraîner des réactions allergiques. Le **colostrum**, qui a une texture différente du lait maternel et qui est produit durant les trois premiers jours de l'allaitement, immunise le bébé grâce à son taux élevé d'immunoglobulines et à d'autres facteurs de protection. Le lait maternel contient aussi des composantes complexes qui réduisent l'incidence ou la gravité de plusieurs problèmes ou maladies. Quelques-uns de ces avantages physiques sont présentés dans le tableau 2.6.

**FIGURE 2.9** Le taux d'allaitement selon l'âge de la mère au Québec



Source : MSSS, 2011.

**TABLEAU 2.6 Les avantages de l'allaitement maternel**

	Exemples
<b>Pour le bébé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le lait maternel est digéré facilement et efficacement (WHO, 2009).</li> <li>• Sa composition est unique et complexe : on y trouve certains facteurs bioactifs, comme des immunoglobulines anti-infectieuses et des globules blancs, en plus des nutriments et d'autres facteurs qui stimulent la maturation du petit intestin (Riordan et Wambach, 2010 ; Hamosh, 1996).</li> <li>• Il assure une protection contre les infections aiguës, comme les otites de l'oreille moyenne, les infections gastro-intestinales et les infections des voies respiratoires (Kramer <i>et al.</i>, 2008).</li> <li>• Bien que certaines études aient révélé l'effet protecteur de l'allaitement maternel contre l'asthme, les études plus récentes ne vont pas toutes dans le même sens (Ip <i>et al.</i>, 2007 ; Scholtens <i>et al.</i>, 2009).</li> <li>• De nombreuses études ont révélé une corrélation entre l'allaitement maternel et le développement cognitif chez les enfants (Quigley <i>et al.</i>, 2011).</li> <li>• Des recherches d'observation ont fait ressortir l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur le diabète de type 2 plus tard dans la vie (Ip <i>et al.</i>, 2007).</li> <li>• Il réduit le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (Hauck <i>et al.</i>, 2011).</li> <li>• Il facilitera ensuite l'acceptation des autres aliments : comme le lait change de goût selon l'alimentation de la mère, le bébé aura déjà goûté différentes saveurs.</li> </ul>
<b>Pour la mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il favorise une perte de poids plus rapide (Kramer et Kakuma, 2002).</li> <li>• Il est associé à une réduction du risque de diabète de type 2 plus tard dans la vie chez les femmes qui n'ont pas été atteintes de diabète gestationnel (Schwarz <i>et al.</i>, 2010).</li> <li>• Il diminue les risques du cancer du sein et du cancer des ovaires (Ip <i>et al.</i>, 2007).</li> <li>• Le lait est toujours disponible et à la bonne température.</li> </ul>
<b>Pour la communauté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est la méthode la plus économique d'alimentation du nourrisson.</li> <li>• Il contribue à la diminution des coûts entourant les soins de santé, car les enfants allaités sont moins malades (Bartick et Reinhold, 2010).</li> <li>• L'allaitement maternel est une méthode écologique d'alimentation du nourrisson. En réduisant les quantités d'emballages et de déchets, il favorise une utilisation efficace de la terre, de l'eau et de l'énergie.</li> </ul>

Source : Santé Canada, 2011, 2012.

L'allaitement maternel comporte aussi des avantages psychologiques. Plusieurs mères considèrent ainsi que l'allaitement au sein fait partie intégrante de la maternité : le fait de nourrir son enfant apporte la confirmation qu'on est une bonne mère. L'allaitement aide alors à s'adapter au rôle maternel et augmente la satisfaction liée à la condition de mère (Virden, 1988).

Santé Canada, conjointement avec la Société canadienne de pédiatrie, les Diététistes du Canada et le Comité canadien pour l'allaitement, recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et affirme qu'il est souhaitable de poursuivre celui-ci jusqu'à l'âge de deux ans en complétant avec un régime alimentaire approprié (Santé Canada, 2011).

**L'impossibilité d'allaiter au sein** Une infime proportion de femmes sont physiologiquement incapables d'allaiter, par exemple dans certains cas de réduction mammaire. D'autres doivent y renoncer parce qu'elles souffrent de certaines maladies comme le sida ou la tuberculose, qu'elles ont été exposées à des radiations ou qu'elles consomment des drogues. Il faut alors savoir que, la qualité de la relation entre la mère et l'enfant restant sans contredit l'élément central du développement, les enfants nourris au biberon et entourés d'amour ont, eux aussi, toutes les chances de se développer de manière saine et équilibrée. De plus, le comportement émotionnel, l'hyperactivité et le comportement prosocial de l'enfant ne semblent pas être liés au type d'allaitement qu'il a reçu (Kramer *et al.*, 2008).



## FAITES LE POINT

11. Comment appelle-t-on le test fréquemment utilisé pour évaluer la condition du bébé à la naissance ? Sur quels critères se base-t-il ?
12. Quels sont les principaux écueils qui guettent les bébés de faible poids ?
13. Votre sœur aura un bébé dans quelques mois et elle se demande si elle devrait l'allaiter au sein ou au biberon. Son conjoint est plutôt favorable à l'allaitement au biberon. Il affirme que l'allaitement naturel est très dommageable pour le corps d'une femme et qu'il veut pouvoir donner le biberon et participer ainsi au développement de son enfant. Votre sœur sait que vous suivez actuellement un cours de psychologie et elle vous demande votre opinion. Que lui diriez-vous ?

## Résumé

### La conception

- La conception se produit lorsqu'un ovule s'unit à un spermatozoïde pour former un zygote.
- Les jumeaux dizygotes proviennent de deux ovules fécondés par deux spermatozoïdes et ils sont aussi différents que des frères et sœurs. Les jumeaux monozygotes sont issus de la division d'un zygote après la fécondation et ils possèdent le même bagage génétique.
- Un zygote contient 46 chromosomes (23 provenant du spermatozoïde et 23 provenant de l'ovule). Les chromosomes sont constitués d'ADN et portent les gènes, qui constituent l'élément de base de l'hérédité. Des mécanismes épigénétiques peuvent influencer le moment où les gènes sont activés.
- Le sexe d'un enfant est déterminé par la vingt-troisième paire de chromosomes. Chez une fille, cette paire est formée des chromosomes XX et chez un garçon, des chromosomes XY.
- Les traits héréditaires peuvent se transmettre selon un mode dominant-récessif, un mode polygénique ou un mode multifactoriel. Les anomalies génétiques et chromosomiques ne sont pas toutes décelables à la naissance et la plus répandue demeure le syndrome de Down.

- La mesure de l'héritabilité s'appuie sur trois types de recherche corrélationnelle : les études sur les familles, celles sur l'adoption et celles sur les jumeaux. L'hérédité peut jouer un rôle important dans le développement de l'obésité, de l'intelligence et de certains traits de la personnalité.

### Le développement prénatal

- Au cours de la période germinale, le zygote se divise rapidement. La différenciation des cellules s'amorce et le zygote s'implante dans la paroi utérine.
- La période embryonnaire s'étend de la 2<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> semaine. L'embryon a alors la forme d'un être humain et ses principaux organes vitaux sont en place.
- La période fœtale sert à peaufiner les structures et les systèmes déjà en place : les cellules nerveuses continuent leur développement, ce qui permet au fœtus de réagir à certains stimuli.
- Des facteurs comme l'âge de la future mère, une alimentation déficiente, l'usage de nicotine, d'alcool, de drogues, le stress et certaines maladies peuvent avoir des répercussions graves sur l'issue de la grossesse, sur le développement du fœtus et, à plus long terme, sur l'enfant.





## La naissance

- L'accouchement par voies naturelles débute généralement par les contractions utérines, qui provoquent la dilatation et l'effacement du col de l'utérus. Cette phase du travail est la plus longue.
- Au cours de l'expulsion, la tête du bébé s'engage dans le col et l'enfant naît. Lors de la délivrance, le cordon ombilical et le placenta sont expulsés.
- Au Québec, les naissances par césarienne sont plus nombreuses qu'auparavant, ce qui pourrait dénoter la surmédicalisation d'un acte très naturel.
- Pour soulager les douleurs des contractions ou pour pratiquer une césarienne, on peut avoir recours à une anesthésie péridurale, qui bloque les messages de transmission de la douleur au cerveau.
- Les sages-femmes jouent un rôle primordial : celui d'établir une relation privilégiée avec la future mère, de superviser le déroulement de l'accouchement et d'assurer un suivi postnatal.

## Le nouveau-né

- À la naissance, le bébé est enduit d'une substance grasseuse, le *vernix caseos* et certains sont recouverts de lanugo.
- L'indice d'Apgar permet d'évaluer l'état du nouveau-né en cinq points : la coloration de la peau, la fréquence cardiaque, la réactivité aux stimuli, le tonus musculaire et la respiration.
- Un bébé est prématuré lorsqu'il naît avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse, et ce, qu'il soit de faible poids ou non. Un nouveau-né de faible poids par rapport à son âge de gestation est un bébé trop petit.
- Les bébés de faible poids sont très vulnérables aux infections à cause de l'immaturité de leur système immunitaire et, à long terme, plus susceptibles de souffrir de problèmes physiques et cognitifs.
- L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages, pour la mère comme pour l'enfant.

CHAPITRE

# 3



# Le développement physique et cognitif de l'enfant, de la naissance à deux ou trois ans

## PLAN DU CHAPITRE

### **3.1 Le développement physique**

- 3.1.1 Le développement du système nerveux
- 3.1.2 Les capacités sensorielles du bébé
- 3.1.3 Les cycles physiologiques
- 3.1.4 La croissance
- 3.1.5 Le développement de la motricité

### **3.2 Le développement cognitif**

- 3.2.1 L'approche béhavioriste et l'apprentissage chez le nourrisson
- 3.2.2 L'approche psychométrique
- 3.2.3 La théorie de Piaget : le stade sensorimoteur

3.2.4 La théorie du traitement de l'information : perception et mémoire

3.2.5 L'approche socioculturelle : les interactions entre l'enfant et les personnes de son entourage

### **3.3 Le développement du langage**

3.3.1 Les étapes du développement du langage

3.3.2 Les théories de l'acquisition du langage

3.3.3 Les facteurs d'influence de l'acquisition du langage

**V**oir, entendre, toucher, sucer, bouger... Le bébé entre dans le monde avec ces quelques outils encore imparfaits, mais suffisants pour lui permettre d'établir les premières interactions avec son environnement. En deux ou trois ans, il passe petit à petit d'un état de totale dépendance à celui d'un petit explorateur déjà capable d'agir sur ce qui l'entoure à l'aide de ses sens et de sa motricité. Trottineur infatigable, il multiplie les expériences et les découvertes et développe ainsi un sentiment de maîtrise indispensable à l'établissement de sa confiance en lui. Au terme de cette période de croissance remarquable, il dispose de ses premières représentations mentales, signe manifeste du développement de son intelligence, et commence à communiquer avec son entourage au moyen du langage, instrument par excellence de son insertion sociale et culturelle.

## Mise en situation

Thomas a un an aujourd'hui. Toute la famille est réunie au chalet des grands-parents pour fêter cet anniversaire. Thomas et ses deux cousines – Juliette, 4 ans et Mégane, 20 mois – s'amuse au bord de l'eau sous la supervision des adultes.

Juliette creuse un trou dans le sable et essaie de le remplir d'eau avec son petit seau. Inlassablement, elle retourne chercher de l'eau, la verse dans le trou et la regarde disparaître dans le sable. Même s'il n'y a pas d'eau, grand-papa admire le « lac » de Juliette : « Bravo ma grande ! Tu vas nous faire un beau lac ! » et Juliette continue fièrement son jeu. Mégane, comme d'habitude, veut faire comme sa grande sœur. Elle court chercher de l'eau, mais comme sa coordination et son équilibre sont encore précaires, l'eau s'échappe de son contenant au fur et à mesure qu'elle approche du trou et, quand elle va le remplir, il ne reste presque plus rien.

Elle se lasse vite de ce jeu et reste alors au bord de l'eau à regarder les petits poissons qui passent près de ses pieds. Son papa lui dit : « Oh ! Les petits poissons ! » et Mégane répète « ti-pissons ». Elle voudrait bien les attraper, mais les poissons sont trop rapides et disparaissent dès qu'elle fait un mouvement. Mégane dit alors « pati pessons » et papa lui répond : « Oui, ils sont partis les petits poissons. »

Thomas, quant à lui, se déplace à quatre pattes et s'arrête pour saisir un petit caillou. Alors qu'il s'apprête à le porter à sa bouche, maman le rattrape, le met debout et le prend par les deux mains pour le faire avancer. Thomas adore marcher ainsi. Ensuite, maman l'assoit au bord de l'eau avec une petite pelle et Thomas s'amuse



### « Thomas ferme les yeux dès qu'il voit Mégane se préparer à taper dans l'eau. »

à taper dans l'eau et à éclabousser autour de lui. Il rit aux éclats, mais lorsque Juliette vient récupérer sa pelle, ses rires se transforment en cris, jusqu'à ce qu'on lui donne une autre pelle semblable. Mégane vient s'asseoir à côté de son cousin et tape dans l'eau avec ses mains. Elle s'empare ensuite d'un poisson en plastique et tente d'éclabousser de plus en plus fort, avec toutes sortes d'objets. Au bout d'un certain temps, à force de recevoir de l'eau dans le visage, Thomas ferme les yeux dès qu'il voit Mégane se préparer à taper dans l'eau.

Quelques minutes plus tard, grand-maman arrive avec le gâteau de fête de Thomas et toute la famille se regroupe joyeusement autour de la table.



Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 3.1 Le développement physique

Dans cette première partie, nous allons aborder le développement des sens et de la motricité du bébé. Dans les premiers mois de la vie d'un enfant, il est difficile de faire la distinction entre son développement physique et son développement cognitif, tant les deux sont liés. Prenons l'exemple de l'apprentissage : à la base, il s'agit d'une fonction cognitive ; toutefois, les enfants apprennent beaucoup par l'action, c'est-à-dire au moyen des fonctions motrices et sensorielles. Le bébé a besoin d'explorer son environnement à l'aide de ses sens et par ses propres mouvements, car c'est cette exploration qui lui permet de savoir où finit son corps et où commence le reste du monde. Ainsi, les mouvements de Thomas avec l'eau lui apprennent comment son corps peut transformer son environnement.



Il en va de même pour les gestes qui accompagnent les premières tentatives de paroles. Quand un enfant dit « bye-bye ! », il ouvre et ferme la main, en plus de montrer qu'il est socialement en relation avec une personne. Quand un enfant dit « haut », il lève les bras, montrant ainsi à l'adulte où il veut aller. Le cerveau ne traite donc pas de façon séparée les fonctions sensorielles et motrices, les fonctions cognitives et les fonctions sociales : il les intègre. Par conséquent, lorsque nous étudions le développement de la personne, nous devons garder en tête l'importance de faire des liens entre toutes les dimensions, qu'elles soient physiques, cognitives, affectives ou sociales.

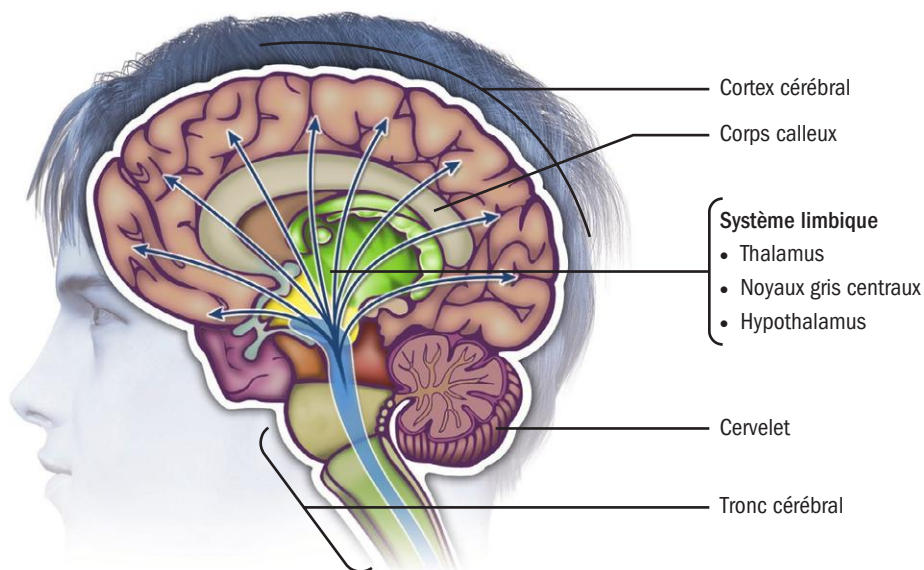


### 3.1.1 Le développement du système nerveux

Le système nerveux se compose du système nerveux central (SNC) et du système nerveux périphérique (SNP). Le système nerveux central comprend le cerveau et la moelle épinière. Le système nerveux périphérique comprend le système somatique (les nerfs) et le système autonome (sympathique et parasympathique).

Le cerveau comprend trois parties : le tronc cérébral, le cervelet et le cortex cérébral (voir la figure 3.1). Le **tronc cérébral**, prolongé par la moelle épinière, contrôle les fonctions de base comme la respiration, le sommeil, la circulation sanguine et les réflexes. Le **cervelet** est responsable de l'équilibre et de la coordination. Le **cortex cérébral** représente la couche supérieure du cerveau et il est composé de la substance grise, qui contient plusieurs milliards de neurones. Il contrôle la pensée, la mémoire, le langage et les émotions, de même que les informations sensorielles et la motricité.

**FIGURE 3.1** Les structures du cerveau



Le cerveau comprend trois parties : le tronc cérébral, le cervelet et, par-dessus tout cela, le cortex cérébral. Le tronc cérébral contrôle les fonctions de base comme la respiration, le sommeil, la circulation sanguine et les réflexes. Le cervelet est responsable de l'équilibre et de la coordination. Le cortex cérébral contrôle la pensée, la mémoire, le langage et les émotions, de même que les informations sensorielles et la motricité.

La croissance du cerveau, avant la naissance et durant l'enfance, est capitale pour le développement physique, cognitif et socioaffectif. Le développement du cerveau commence environ deux semaines après la conception, passant graduellement d'un long tube creux à une masse sphérique de cellules. Le tronc cérébral représente la structure la plus développée à la naissance. À ce moment, le cerveau humain possède environ 25 % de sa masse adulte (Toga, Thompson et Sowell, 2006). Certaines parties du cerveau vont croître plus rapidement que d'autres et à des moments différents. À l'âge de six ans, le cerveau aura presque atteint sa taille adulte, mais certaines fonctions spécifiques continueront de se développer jusqu'à l'âge adulte.

Le cervelet croît plus rapidement durant la première année. Le cortex cérébral comporte deux hémisphères formés de lobes ou sections, qui se développent à des rythmes différents. Par exemple, les régions impliquées dans la vision et l'audition arrivent à maturité vers l'âge de six mois alors que les lobes frontaux responsables des activités cognitives

#### Tronc cérébral

Structure cérébrale située en haut de la moelle épinière. Il assure le passage des informations sensorielles et motrices entre celle-ci et les couches supérieures du cerveau. Il joue un rôle dans plusieurs fonctions biologiques de base.

#### Cortex cérébral

Couche supérieure du cerveau ou substance grise, siège des processus mentaux tels que la mémoire, l'apprentissage, l'intelligence, le langage et la capacité de résoudre des problèmes.

#### Cervelet

Structure située à la base du cerveau, derrière la moelle épinière. Il est responsable de l'équilibre et de la coordination motrice.

supérieures, comme la pensée, la mémoire et la résolution de problèmes, prendront encore quelques années pour parvenir à leur pleine maturité (Gilmore *et al.*, 2007).

### La croissance des neurones et la formation des synapses

La croissance rapide des connexions cérébrales est cruciale pour le développement neurologique : elle débute autour du troisième trimestre de la grossesse et continue au moins jusqu'à l'âge de quatre ans. Sourire, babiller, ramper, marcher et parler sont des étapes importantes qui reflètent le développement rapide du cerveau, particulièrement celui du cortex cérébral.

Le cerveau est composé de **neurones**, ou cellules nerveuses, et de cellules gliales. Les neurones captent et envoient l'information. Les cellules gliales protègent et nourrissent les neurones. C'est entre la 25<sup>e</sup> semaine de la gestation et les premiers mois après la naissance que le nombre de neurones croît le plus rapidement. À la naissance, la plupart des 100 milliards de neurones du cerveau adulte sont déjà formés, mais pas complètement développés. Au départ, les neurones ne sont que des corps cellulaires avec un noyau, composé d'ADN, qui contient le programme génétique. Ces cellules rudimentaires se déplacent vers les différentes régions du cerveau en développement. La plupart des neurones sont en place après 20 semaines de gestation et leur structure s'achève durant les 12 semaines suivantes.

C'est alors que les **axones** et les **dendrites** apparaissent. Les axones envoient l'information aux autres neurones, alors que les dendrites reçoivent l'information en provenance des autres neurones. Ce transfert d'information se fait par les **synapses**, de petits espaces que l'influx nerveux traverse à l'aide de substances chimiques produites par les boutons terminaux des neurones et appelées neurotransmetteurs (voir la figure 3.2). Un seul neurone peut avoir de 5000 à 100 000 connexions synaptiques qui envoient et reçoivent l'information liée aux récepteurs sensoriels, aux muscles et aux autres neurones du système nerveux central.

#### Neurone

Cellule de base du système nerveux dont le rôle est de transmettre les impulsions nerveuses.

#### Axone

Prolongement du neurone qui transmet l'information à d'autres neurones par l'arborisation terminale.

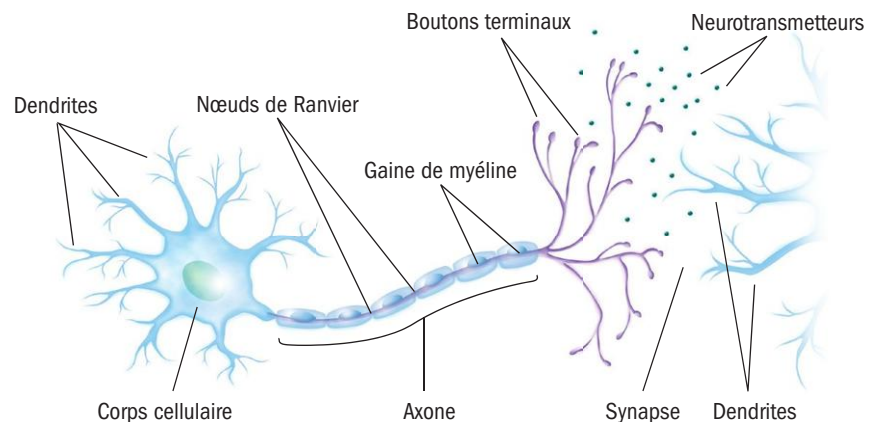
#### Dendrite

Prolongement du neurone dont les ramifications captent l'information provenant d'autres neurones.

#### Synapse

Zone de rencontre entre deux neurones par laquelle l'information passe de l'un à l'autre.

FIGURE 3.2 Un neurone



Environ seulement la moitié des neurones produits survivent et fonctionnent à l'âge adulte. Au cours du développement prénatal, le cerveau de l'embryon produit beaucoup plus de neurones qu'il n'en a besoin, mais, par un **processus d'élagage**, il élimine progressivement ce qui est superflu. Les connexions neuronales qui sont les plus utilisées se renforcent tandis que celles qui ne sont pas utilisées s'atrophient. Après la naissance, le cerveau connaît une nouvelle poussée de croissance lorsque les axones (qui envoient les signaux) et les dendrites (qui reçoivent les signaux) explosent avec de nouvelles connexions. L'activité électrique, déclenchée par un flot d'expériences sensorielles, raffine les circuits du cerveau en déterminant les connexions qui seront conservées et celles qui seront éliminées. Par ailleurs, même

#### Processus d'élagage

Processus par lequel les connexions neuronales non utilisées ou défectueuses sont éliminées.

si des neurones inutilisés meurent, d'autres peuvent encore se former à l'âge adulte (Society for Neuroscience, 2008).

L'extension du réseau synaptique dépend des stimulations provenant de l'environnement. Comme nous le verrons plus loin, on sait aujourd'hui qu'un enfant qui grandit dans un environnement riche en stimulations développe un réseau synaptique plus complexe que celui qui vit dans un milieu pauvre en stimulations. Alors que les connexions synaptiques se renforcent et deviennent de plus en plus précises et fiables, le fonctionnement sensoriel, moteur et cognitif progresse et devient de plus en plus flexible (Society for Neuroscience, 2008).

L'efficacité du système de communication neuronal est directement liée au processus de **myélinisation**. Ce processus de recouvrement des axones par une gaine de substance grasseuse, appelée « myéline », permet une conduction plus rapide des influx nerveux. Les voies associées au toucher sont déjà entièrement myélinisées à la naissance, alors que celles qui sont associées à la vision commencent à être myélinisées à la naissance et continuent de l'être durant les cinq premiers mois de la vie. De leur côté, les parties du cortex qui contrôlent l'attention et la mémoire se développent plus lentement ; elles ne seront pas totalement myélinisées avant le début de l'âge adulte. C'est cette myélinisation des voies sensorielles et motrices, effectuée dans la moelle épinière avant la naissance et dans le cortex cérébral ensuite, qui peut expliquer l'apparition et la disparition de certains réflexes.

## Les réflexes

Les **réflexes** sont des réponses automatiques innées à des stimuli externes spécifiques. Lorsque vous clignez des yeux face à une lumière vive, le mouvement de vos paupières est une réponse involontaire, un réflexe. On estime à 27 le nombre de réflexes principaux (Gabbard, 1996), la plupart étant présents à la naissance ou apparaissant peu après. Ces réflexes jouent un rôle important dans le tout premier développement du système nerveux central et des muscles. Certains fournissent les premiers indices du développement cérébral et neurologique du bébé.

Les **réflexes primitifs** sont liés aux besoins instinctifs de survie et de protection et permettent au bébé de s'adapter dès la naissance. Leur apparition et leur disparition obéissant à une séquence prévisible, leur présence ou leur absence peut donc servir à l'évaluation du développement neurologique du nouveau-né. Ainsi le réflexe de succion, qui apparaît dès le développement prénatal, se déclenche dès qu'on introduit un objet dans la bouche d'un bébé, que ce soit le mamelon, une tétine ou même le doigt de papa. Au bout de quelques mois, le développement du cerveau ayant suivi son cours, le réflexe disparaît pour faire place à des réponses volontaires ; la succion sera alors réservée au biberon et le doigt de papa sera plutôt mordillé. D'autres réflexes semblent témoigner de l'évolution de notre espèce. Par exemple, le réflexe d'agrippement est le même que celui qui permet au bébé singe de s'agripper aux poils de sa mère. Le réflexe des points cardinaux est un autre réflexe primitif : dès qu'un bébé est placé près du sein de sa mère, il tourne sa tête de manière réflexive dans la direction de la stimulation. Les réflexes *locomoteurs*, comme le réflexe de la marche automatique ou celui de la nage, sont présents dès la naissance. Ils ressemblent à des mouvements volontaires qui n'apparaîtront que plusieurs mois après la disparition du réflexe.

La plupart de ces réflexes disparaissent au cours des six à douze premiers mois, ce qui démontre que les voies neuromotrices du cortex sont suffisamment myélinisées pour permettre le passage aux mouvements volontaires. Le tableau 3.1 à la page suivante présente les principaux réflexes ainsi que ce qui les déclenche et l'âge où ils devraient normalement disparaître. En plus de ces réflexes primitifs, les êtres humains disposent de tout un arsenal de **réflexes adaptatifs** dont plusieurs jouent un rôle de protection, comme le clignement des yeux, le bâillement, la toux, la nausée, l'éternuement et le réflexe pupillaire (dilatation des pupilles dans le noir). Ces réflexes adaptatifs seront présents toute la vie durant.

### Myélinisation

Processus de recouvrement des axones par une substance grasseuse appelée « myéline ». Elle permet une conduction plus rapide de l'influx nerveux.

### Réflexe

Réponse automatique innée à certaines stimulations spécifiques.

### Réflexe primitif

Réflexe lié aux besoins de survie et de protection, qui permet au bébé de s'adapter dès la naissance, et qui disparaît au bout de quelques mois (succion, agrippement, etc.).

### Réflexe adaptatif

Réflexe qui joue un rôle de protection durant toute la vie (clignement des yeux, éternuement, etc.).

TABLEAU 3.1 Les réflexes du nouveau-né

Réflexe	Stimulation	Comportement	Âge moyen de disparition
Réflexe de succion 	Mettre un objet (sein, tétine, doigt, etc.) dans la bouche de l'enfant.	Mouvements rythmiques de la langue et des lèvres.	6 mois
Réflexe des points cardinaux 	Frotter la joue avec le doigt ou le mamelon.	Bouche ouverte, le bébé tourne la tête.	9 mois
Réflexe de Darwin (agrippement) 	Frotter la paume de la main.	Le bébé ferme le poing.	4 mois
Réflexe tonique du cou 	Coucher l'enfant sur le dos.	Le bébé tourne la tête d'un côté, prend la pose de l' <i>escrimeur</i> , étend le bras et la jambe de son côté préféré et fléchit les membres opposés.	5 mois
Réflexe de Moro 	Soulever les fesses et le dos du bébé et les relâcher ou lui faire entendre un gros bruit.	Le bébé étend les jambes, les bras et les doigts, cambre le dos et rejette la tête en arrière.	3 mois
Réflexe de Babinski 	Frotter la plante du pied.	Le pied tourné vers l'intérieur, le bébé déploie les orteils.	4 mois
Réflexe de marche automatique 	Soutenir le bébé sous les bras, les pieds nus sur une surface plane.	Le bébé exécute des pas qui ressemblent à la marche.	4 mois
Réflexe de nage 	Placer l'enfant dans l'eau, la tête vers le bas.	Le bébé exécute des mouvements de nage bien synchronisés.	4 mois

## La plasticité du cerveau

Même si, au départ, le développement du cerveau est programmé génétiquement, on sait aujourd'hui qu'il est continuellement influencé par les expériences faites par le nouveau-né, qu'elles soient positives ou négatives. Lors d'une recherche, un singe élevé avec une paupière fermée jusqu'à l'âge de six mois est devenu aveugle de cet œil, probablement parce que les connexions entre cet œil et le cortex visuel ne s'étaient pas faites. Cette étude nous démontre que si certaines connexions corticales ne sont pas établies tôt dans la vie, ces circuits peuvent disparaître à jamais (Society for Neuroscience, 2008). Cette **plasticité du cerveau**, c'est-à-dire sa capacité à se modifier et à se réorganiser en fonction de l'expérience, est essentielle au développement : c'est elle qui permet l'apprentissage.

Le cerveau de l'enfant est particulièrement vulnérable durant les premières années de vie, où le manque de stimulations sensorielles, par exemple, peut avoir des effets à long terme sur le développement cérébral. Pour des raisons éthiques évidentes, les chercheurs ne peuvent appauvrir l'environnement d'un nourrisson afin d'en vérifier les effets à long terme. Toutefois, la découverte, en 1989, de milliers de jeunes enfants ayant passé la quasi-totalité de leur vie dans des orphelinats roumains surpeuplés a fourni un terrain naturel pour la recherche. Ces enfants étaient littéralement affamés et passifs et ne démontraient aucune émotion. Ils avaient passé le plus clair de leur temps couchés, en ayant peu de contacts entre eux ou avec le personnel soignant. La plupart des enfants âgés de deux ou trois ans ne marchaient pas et ne parlaient pas. Les scientifiques ont suivi trois groupes de ces enfants roumains : un premier groupe d'enfants abandonnés à la naissance et placés en institution, où ils sont restés ; un deuxième groupe d'enfants abandonnés à la naissance, placés en institution, puis répartis au hasard dans des familles d'accueil ; et enfin, un groupe de comparaison composé d'enfants vivant avec leurs parents biologiques. Les résultats nous indiquent que le fait de vivre dans un milieu appauvri a de profondes conséquences négatives sur la croissance physique et le langage ainsi que sur le développement cognitif et émotionnel. Par ailleurs, les recherches démontrent aussi que des soins de qualité prodigués par une famille d'accueil peuvent compenser en partie les effets négatifs du placement en institution (Moulson *et al.*, 2009).

### 3.1.2 Les capacités sensorielles du bébé

Les régions du cerveau qui contrôlent l'information sensorielle se développent rapidement durant les premiers mois de la vie. Les bébés sont capables de réagir à ce qu'ils touchent, voient, sentent, goûtent et entendent.

#### Le sens tactile et la sensibilité à la douleur

La peau du nouveau-né est déjà sensible aux stimulations : le bébé pleure au contact d'une couche mouillée ou se calme lorsqu'on le caresse. Nous avons vu également l'importance du contact réconfortant lors de l'allaitement. En outre, contrairement à ce que l'on croyait à une certaine époque où l'on pratiquait la circoncision sans anesthésie, le bébé peut aussi ressentir de la douleur, et ce, dès le troisième trimestre de la grossesse (Lee *et al.*, 2005). Cette sensibilité augmente rapidement dans les jours suivant la naissance. L'Académie américaine de pédiatrie et la Société canadienne de pédiatrie (2000) affirment aujourd'hui qu'une douleur intense et prolongée peut avoir des effets néfastes à long terme chez le nourrisson et que le soulagement de la douleur est donc essentiel.

#### Le goût et l'odorat

Au même titre que le sens tactile, le goût et l'odorat semblent aussi se développer avant la naissance. La saveur et les odeurs des aliments consommés par la mère pourraient être transmises au fœtus par le liquide amniotique, puis lors de l'allaitement. Le nouveau-né repousse ainsi les aliments qui ont mauvais goût et semble préférer

#### Plasticité du cerveau

Capacité du cerveau à se modifier et à se réorganiser en fonction de l'expérience.

les goûts sucrés aux saveurs amères et sures. Il est possible que cette préférence innée pour le sucré aide le bébé à s'adapter, puisque le lait maternel est lui-même plutôt sucré. Le nouveau-né est également sensible aux odeurs et il peut manifester une préférence pour l'odeur du lait de sa mère. Ce serait là aussi un autre mécanisme de survie (Rakison, 2005).

### L'ouïe

L'audition est une autre activité sensorielle qui est fonctionnelle avant la naissance, le système auditif ayant presque atteint sa maturité au septième mois de la vie prénatale. La discrimination des sons se développe rapidement après la naissance. Ainsi, des expériences ont permis de démontrer que, dès l'âge de trois jours, des bébés peuvent distinguer des sons différents de ceux qu'ils ont déjà entendus, même s'ils sont très semblables. Cette capacité permettrait à un bébé de reconnaître la voix de sa mère et même sa langue maternelle, comme nous le verrons un peu plus loin. Puisque l'audition est la clé du développement du langage, il est essentiel de détecter le plus tôt possible toute déficience auditive.



#### Les yeux du bébé

Dès la naissance, un bébé peut suivre des yeux un objet en mouvement, mais c'est seulement vers quatre ou cinq mois que la convergence de ses deux yeux lui permettra de percevoir la profondeur.

#### Falaise visuelle

Appareil conçu pour donner une illusion de profondeur et utilisé pour évaluer la perception de la profondeur chez les jeunes enfants.

#### Horloge biologique

Mécanisme interne qui contrôle le cycle des variations physiologiques.

#### Sommeil paradoxal

Type de sommeil caractérisé par une activité cérébrale intense et associé aux rêves.

### La vue

La vision est le sens le moins performant à la naissance, mais un bébé peut quand même voir dès ses tout premiers jours. Toutefois, la rétine et le nerf optique ne sont pas complètement développés, ce qui limite son acuité visuelle. Dès la naissance, c'est à une distance d'environ 20 à 30 cm que sa vision est la meilleure, distance qui correspond par ailleurs à celle existant entre le bébé et le visage de sa mère lorsqu'elle le nourrit, ce qui pourrait avoir une valeur adaptative pour l'établissement de la relation avec la mère. De plus, le bébé peut percevoir les mouvements d'un visage humain s'ils sont très marqués et même les imiter, comme nous le verrons plus loin. C'est seulement vers quatre ou cinq mois que la vision binoculaire est finalement établie, la convergence de ses deux yeux permettant alors au bébé de percevoir la distance et la profondeur.

Dans l'expérience classique de la **falaise visuelle** de Walk et Gibson, en 1961, des bébés de six mois ont été placés sur une surface en partie transparente qui donnait l'illusion de profondeur et de vide au centre de la table, comme au bord d'une falaise. Les enfants ont rampé librement sur les bords qui semblaient pleins, en évitant le centre de la table, même si leur mère les invitait à traverser pour la rejoindre de l'autre côté, ce qui montre qu'ils percevaient la profondeur. Enfin l'acuité visuelle du bébé atteindra 20/20 vers le huitième mois (Kellman et Arterberry, 1998).

Si les capacités sensorielles sont relativement fonctionnelles dès la naissance, il n'en est pas de même pour les capacités perceptuelles (comme la compréhension de la signification des sons et des images), qui se développeront graduellement dans les mois et les années à venir.

## 3.1.3 Les cycles physiologiques

Notre organisme est en grande partie réglé par des horloges internes, ou **horloges biologiques**, qui cadencent nos cycles d'alimentation, de sommeil ou d'élimination et, possiblement aussi, nos humeurs. Le sommeil constitue la principale activité des nouveau-nés, qui dorment environ 18 heures par jour. Jusque vers trois mois, le bébé se réveille habituellement toutes les deux ou trois heures, de nuit comme de jour, pour être nourri. Des périodes de sommeil calme ou régulier alternent avec des périodes de sommeil actif ou irrégulier. Le sommeil actif, qui constitue environ 50 % du temps de sommeil chez le bébé, serait l'équivalent du **sommeil paradoxal** chez l'adulte, lequel est associé aux rêves. Ce type de sommeil diminue de plus de 20 % vers l'âge de trois ans et continue de décroître régulièrement tout au long de la vie. C'est vers l'âge de six mois qu'un enfant arrive généralement à « faire ses nuits », c'est-à-dire à dormir environ six heures d'affilée durant la nuit. À deux ans, un enfant dort en moyenne

13 heures par jour, incluant le temps de sieste pendant la journée (Hoban, 2004). Il arrive malheureusement que certains enfants meurent durant leur sommeil, sans cause apparente. C'est ce qu'on appelle le « syndrome de mort subite du nourrisson » (voir l'encadré 3.1).

L'éveil, l'activité et la vivacité qui augmentent le jour s'accompagnent habituellement d'un rapide développement physique, cognitif et affectif. Les réactions des parents devant un bébé qui sommeille presque toujours ou qui, au contraire, est souvent éveillé sont alors très différentes, tout comme celles provoquées par un bébé plutôt calme ou souvent en pleurs. Les états du nourrisson agissent en effet sur le comportement des parents, ce dernier agissant à son tour sur le type d'individu que deviendra le nourrisson. Par exemple, un bébé facile à calmer rehausse le sentiment de compétence et d'estime de soi des personnes qui s'en occupent, ce qui contribue à établir un cycle de renforcement mutuel. Il arrive aussi que des parents soient exaspérés parce qu'ils sont incapables de calmer leur enfant, certains allant même jusqu'à secouer leur bébé pour faire cesser ses pleurs. Or, ces gestes, même s'ils sont de courte durée, peuvent provoquer de sérieuses lésions au cerveau et donc avoir de graves conséquences. Le *syndrome du bébé secoué* est souvent mal diagnostiqué et non rapporté, mais on estime sa réelle fréquence à environ cent cas par an au Canada. Environ 20 % de ces enfants meurent quelques jours après avoir été secoués (CLIPP, 2005).



Pour avoir plus d'informations sur le syndrome du bébé secoué, consulter l'encadré 3.1W sur notre site web.

### 3.1.4 La croissance

La croissance n'est jamais aussi rapide que durant les trois premières années de la vie, et plus particulièrement durant les premiers mois.

#### ENCADRÉ 3.1



#### APPLICATION

##### Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) désigne la mort soudaine d'un bébé de moins d'un an dont la cause demeure inexpliquée après un examen approfondi incluant une autopsie. En 2009, au Canada, il a été responsable de 5,6 % des décès chez les enfants de moins d'un an, ce qui représente un taux de 28,3 pour 100 000 naissances vivantes (Statistique Canada, 2011).

Le SMSN est vraisemblablement causé par une combinaison de facteurs; une anomalie biologique peut rendre certains nourrissons vulnérables, durant une période critique, à certains événements déclencheurs. L'un des principaux facteurs de risque connus est l'exposition prénatale à la nicotine. En l'absence de facteurs de risque, modifiables ou non, le SMSN est rare. De plus, les bébés qui y succombent présentent plusieurs facteurs de risque ou y ont été fréquemment exposés (Ostfeld, Esposito, Perl et Hegyl, 2010).

Près de 10 % des victimes présentent des mutations ou des variations génétiques associées à un rythme cardiaque irrégulier (Arnestad *et al.*, 2007). Les chercheurs ont découvert des anomalies du tronc cérébral, qui régit la respiration, le rythme cardiaque, la température corporelle et l'éveil (Paterson *et al.*, 2006). Ces anomalies pourraient empêcher les victimes du SMSN qui dorment sur le ventre ou sur le côté de se réveiller ou de tourner la tête lorsqu'elles respirent l'air chargé de dioxyde de carbone emprisonné sous leurs couvertures. Aussi, les bébés qui présentent un faible taux de

sérotonine pourraient ne pas se réveiller lorsque l'oxygène se raréfie et que s'accumule le dioxyde de carbone, ce qui les rend plus vulnérables (Duncan *et al.*, 2010). La présence d'un ventilateur pour faire circuler l'air dans la pièce où dort le bébé a été associée à une réduction de 72 % du risque de mort subite du nourrisson (Coleman-Phox, Odouli et De-Kun, 2008).



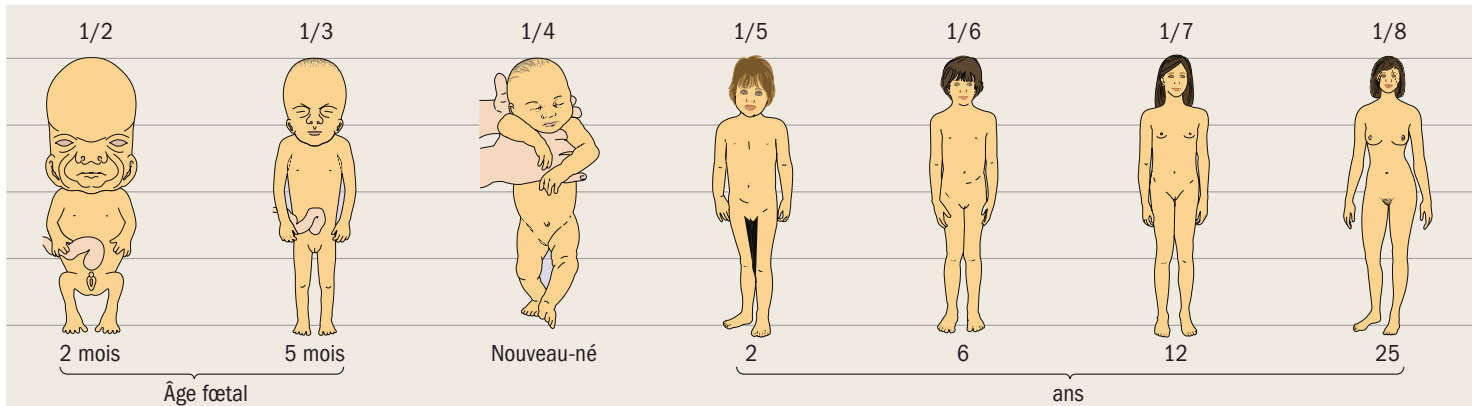
L'Agence de la santé publique du Canada (2012) a élaboré, de concert avec plusieurs organismes, dont la Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada, l'Institut canadien de la santé infantile et des experts dans le domaine de la santé publique, un *Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire: Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada*. Voici leurs principales recommandations :

Voici leurs principales recommandations :

- Coucher le bébé sur le dos ;
- L'allaiter au sein ;
- Ne pas laisser le nourrisson dormir sur une surface moelleuse comme un oreiller, une couette ou une peau de mouton ni sous des couvertures lâches ;
- Ne pas laisser le bébé dormir dans le même lit qu'un adulte ;
- Éviter les couvertures qui peuvent provoquer un excès de chaleur ;
- Ne pas fumer pendant la grossesse ;
- Éviter la fumée secondaire pour le nourrisson ;
- Donner une sucette au bébé pour dormir.

La tête du bébé, qui semble énorme à cause de la croissance rapide du cerveau avant la naissance, devient proportionnellement plus petite au fur et à mesure que l'enfant grandit et que les parties inférieures se développent (voir la figure 3.3).

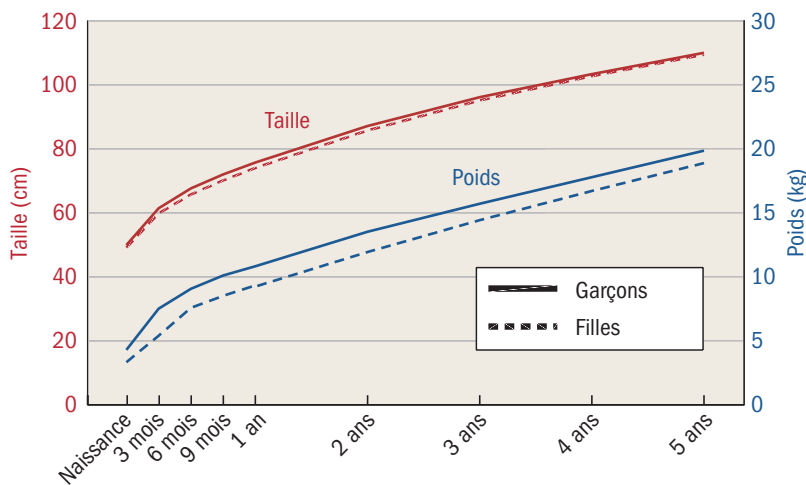
**FIGURE 3.3** L'évolution des proportions du corps humain au cours de la croissance



La transformation la plus frappante est la diminution de la proportion de la tête par rapport au reste du corps. Les fractions indiquent la proportion que représente la tête par rapport à la longueur totale du corps à différents âges.

Source : Adapté de Cole et Cole, 1989.

**FIGURE 3.4** L'augmentation de la taille et du poids de la naissance à 24 mois



La croissance la plus rapide, en taille comme en poids, se produit dans les premiers mois de la vie, puis elle ralentit progressivement.

Source : Les diététistes du Canada, 2010.

La taille et le poids du bébé augmentent rapidement dans les premiers mois, mais ralentissent un peu par la suite. Pour évaluer si la croissance d'un enfant se fait bien, la Société canadienne de pédiatrie utilise les nouvelles courbes de croissance révisées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces courbes proviennent d'un échantillon d'enfants en santé de six pays qui ont été allaités au moins pendant 4 à 6 mois (voir la figure 3.4).

La silhouette générale du corps dépend principalement des gènes : ceux-ci déterminent, par exemple, si l'individu sera grand et mince ou encore court et trapu. Habituellement, les garçons sont légèrement plus grands et plus lourds que les filles à la naissance, et ils le demeurent généralement tout au long de la vie adulte, à l'exception de la courte période de la puberté, pendant laquelle la poussée de croissance est plus précoce chez les filles.

Cependant, la taille et le poids sont également influencés par des facteurs environnementaux comme l'alimentation, les conditions de vie et l'état de santé général. Les enfants de milieux favorisés, peu importe

l'origine ethnique de leurs parents, deviennent plus grands, plus gros et atteignent souvent leur maturité sexuelle plus tôt que ceux qui vivent dans des milieux plus pauvres. Ainsi, l'environnement et l'hérédité entrent constamment en interaction dans le processus de la croissance physiologique.

### 3.1.5 Le développement de la motricité

Les nouveau-nés sont très actifs : ils tournent la tête, donnent des coups de pied, battent l'air de leurs bras et manifestent, comme nous l'avons vu, toute une gamme



de réflexes. Vers le quatrième mois, ce sont les mouvements volontaires, gérés par le cortex, qui prennent le dessus. La capacité de se déplacer délibérément et de manipuler les objets avec de plus en plus de précision se développe alors rapidement et sans relâche durant les trois premières années, au fur et à mesure que l'enfant commence à utiliser consciemment certaines parties de son corps.

Le développement de la coordination vision-mouvement se trouve au centre de ces progrès. L'ordre dans lequel ce contrôle s'acquiert respecte les principes du développement définis au premier chapitre. Par exemple, le bébé peut tourner la tête avant d'être capable de se retourner du ventre sur le dos (progression céphalo-caudale). Il commence aussi par prendre des objets avec la totalité de sa main, les doigts se refermant sur la paume, avant de pouvoir perfectionner sa technique par des mouvements de pince et prendre de petits objets entre le pouce et l'index (progression proximo-distale).

### Les jalons du développement de la motricité

Le développement moteur est marqué par une série d'événements qui le jalonnent, la maîtrise de chaque nouvelle habileté préparant l'enfant à aborder la suivante. Ainsi, les jeunes enfants développent d'abord des habiletés simples, qu'ils combinent pour en arriver à des systèmes d'action de plus en plus complexes, ce qui leur permet de mieux contrôler leur environnement. Si la maturation suit un cours apparemment bien déterminé, le moment précis où chaque enfant acquiert les habiletés de base varie par contre considérablement. Il n'y a donc pas véritablement de *bon âge* pour se tenir debout ou pour marcher. Toutefois, on peut déterminer l'âge moyen auquel la majorité des enfants développent certaines habiletés. Le tableau 3.2 (*voir la page suivante*) décrit les grandes lignes de ce développement.

**Contrôle de la tête et du corps** À la naissance, la plupart des bébés sont capables de tourner la tête d'un côté ou de l'autre lorsqu'ils sont sur le dos. À plat ventre, plusieurs peuvent lever la tête suffisamment pour la tourner. Avant 2 ou 3 mois, ils lèvent la tête de plus en plus haut, parfois au point de tourner sur le dos accidentellement. Vers 4 mois, presque tous les bébés sont capables de tenir leur tête droite lorsqu'on les prend.

À partir de trois mois, l'enfant moyen commence à rouler délibérément sur lui-même, d'abord sur le dos, puis sur le ventre. Le bébé peut ensuite rester assis sans appui vers l'âge de cinq ou six mois et, deux mois plus tard environ, il arrive à se mettre seul en position assise.

**La locomotion** Vers l'âge de six mois, la plupart des bébés peuvent se mouvoir sans aide, en rampant. Vers neuf ou dix mois, ils se déplacent alors assez bien, généralement à quatre pattes. Le fait de pouvoir se déplacer par lui-même semble marquer un tournant dans le développement du jeune enfant. Cette nouvelle capacité a en effet des répercussions sur de nombreux aspects physiques, cognitifs et socioaffectifs, et elle apporte à l'enfant des perspectives nouvelles sur le monde.

1. En se déplaçant, les enfants deviennent plus sensibles à la position des objets, à leur taille et à la façon de les bouger. Marcher à quatre pattes aide les bébés à évaluer les distances et la profondeur; ils se rendent compte que les personnes et les objets leur apparaissent différemment selon qu'ils sont proches ou éloignés.
2. Lorsqu'ils commencent à se déplacer, les enfants entendent plus souvent des mises en garde telles que « Reviens! » et « Ne touche pas! », et ils apprennent à prendre en considération les consignes données par les parents pour déterminer si une situation est dangereuse ou non.
3. Un enfant qui veut se rapprocher d'un de ses parents ou s'éloigner d'un étranger peut maintenant le faire. Cette étape importante lui donne un sentiment de maîtrise sur le monde et contribue grandement à développer sa confiance et son estime de soi.

Le jalon suivant est posé lorsque l'enfant arrive à se lever et à se tenir debout. Lorsqu'ils sont capables de se tenir debout tout seuls, la plupart des enfants se déplacent en



Avant que Thomas puisse marcher seul, quelles sont les grandes étapes qu'il doit franchir dans son développement moteur?

TABLEAU 3.2 Les jalons du développement de la motricité

Habilitété	50 %	90 %	Habilitété	50 %	90 %
Roule sur lui-même 	3,2 mois	5,4 mois	Marche bien 	12,3 mois	14,9 mois
S'assoit sans soutien 	5,9 mois	6,8 mois	Construit une tour de deux blocs 	14,8 mois	20,6 mois
Se tient debout avec un appui 	7,2 mois	8,5 mois	Monte un escalier debout 	16,6 mois	21,6 mois
Rampe ou marche à quatre pattes 	7,5 mois	9,4 mois	Saute sur place 	23,8 mois	2,4 ans
Saisit un objet avec le pouce et l'index 	8,2 mois	10,2 mois	Reproduit un cercle 	3,4 ans	4 ans
Se tient debout sans appui 	11,5 mois	13,7 mois			

Note : Ce tableau montre vers quel âge 50 % ou 90 % des enfants maîtrisent chaque habileté.

Source : Adapté de Frankenburg et al., 1992.

#### Motricité globale

Mouvements qui nécessitent la participation de tout le corps ou de parties importantes du corps (marcher, courir, danser).

#### Motricité fine

Mouvements qui demandent la participation des doigts et des mains (saisir, insérer, dessiner).

se tenant aux meubles, en donnant la main, comme Thomas, puis réussissent leurs premiers pas sans aide. Ils tombent, recommencent à quatre pattes, puis tentent de nouveau leur chance. Peu après son premier anniversaire, le bébé moyen marche relativement bien, quoique d'un pas mal assuré au début. Durant l'année qui suit le début de son apprentissage de la marche, le bébé raffinera ses habiletés motrices. Il pourra alors courir, sauter ou faire des roulades, et ses progrès, tant sur le plan de la coordination que sur celui de l'équilibre, seront remarquables.

**Contrôle des mains** Parallèlement à la **motricité globale**, le jeune enfant fait aussi des progrès sur le plan de la **motricité fine**. Le réflexe d'agrippement disparaît et le bébé devient capable de saisir des objets de taille moyenne, comme un hochet. Toutefois, ce n'est qu'un peu plus tard qu'il pourra les relâcher de manière volontaire.

Entre 7 et 11 mois, l'enfant passe ensuite d'une préhension palmaire, c'est-à-dire de l'utilisation du pouce en opposition à la paume de la main, à une préhension digitale, avec opposition du pouce et des doigts. Peu à peu, le contrôle des doigts devient alors suffisamment raffiné pour saisir de petits objets, comme une miette de pain, ou le petit caillou que Thomas saisit, en utilisant le pouce et l'index: c'est ce qu'on appelle la **préhension en pince**.

### Les influences du milieu sur le développement de la motricité

L'être humain semble programmé pour s'asseoir, se tenir debout et marcher; cela fait partie de son hérité spécifique. Des spécialistes du développement trouvent toutefois cette explication un peu simpliste. Selon la **théorie des systèmes dynamiques** d'Esther Thelen (1995; Smith et Thelen, 2003), le développement moteur se fait selon un processus continu d'interactions entre le bébé et son environnement. Il faut tenir compte de la motivation de l'enfant à agir (par exemple, lorsqu'il veut prendre un jouet ou aller dans une autre pièce), de même que de l'aménagement physique de son environnement (l'enfant est couché dans son berceau ou placé par terre). Au cours d'une même journée, plusieurs situations se présentent, pouvant être favorables ou non au développement de certaines habiletés. L'enfant expérimentera alors différents comportements avant de retenir celui qui lui permettra le mieux d'atteindre son but. Ainsi, la maturation du cerveau n'est pas la seule impliquée, elle n'est que l'une des composantes du processus.

Selon Thelen, la plupart des bébés développent les mêmes habiletés motrices dans le même ordre parce qu'ils sont bâtis de façon assez semblable et qu'ils font face à des besoins et des défis similaires. Ils finissent donc par découvrir que, dans la plupart des situations, la marche est préférable au déplacement à quatre pattes, puisqu'elle libère les mains. Chaque nouvelle habileté maîtrisée donne à l'enfant encore plus d'occasions d'explorer son environnement et d'en retirer une stimulation sensorielle et intellectuelle. Cela pourrait expliquer pourquoi certains bébés apprennent à marcher plus tôt que d'autres.

En général, lorsqu'on assure aux enfants une saine alimentation, de bons soins, la liberté de mouvement et l'occasion de pratiquer leurs aptitudes motrices, la motricité se développe normalement. Cependant, si le milieu présente de graves lacunes dans l'un ou l'autre de ces domaines, le développement moteur de l'enfant peut en souffrir, comme nous l'avons vu plus haut avec les enfants des orphelinats roumains.

### Les influences culturelles

La culture influence également le développement de la motricité, comme nous l'avons vu dans l'encadré 1.1 (*voir la page 24*). En Ouganda, par exemple, la plupart des bébés marchent en moyenne à 10 mois, comparativement à 12 mois aux États-Unis et à 15 mois en France (Gardiner et Kosmitzki, 2005). De telles variations peuvent s'expliquer par des différences culturelles dans les pratiques éducatives. Certaines cultures encouragent en effet le développement hâtif des habiletés motrices par des exercices qui renforcent les muscles du bébé. D'autres, par contre, veulent plutôt le ralentir, comme chez les Indiens Aches du Paraguay, où les bébés ne commencent à marcher que vers 18 à 20 mois. Peut-être est-ce dû au fait que, chez cette population nomade, les mères, par crainte du danger, ont tendance à empêcher les enfants de s'éloigner lorsqu'ils commencent à ramper. Quoi qu'il en soit, vers l'âge de 8 ou 10 ans, ces enfants grimpent en haut des arbres, coupent des branches et manifestent plusieurs habiletés physiques normales pour leur âge (Kaplan et Dove, 1987). Cela démontre que le développement n'a pas forcément besoin de suivre la même chronologie pour atteindre les mêmes objectifs.

### Le développement de la motricité et de la perception

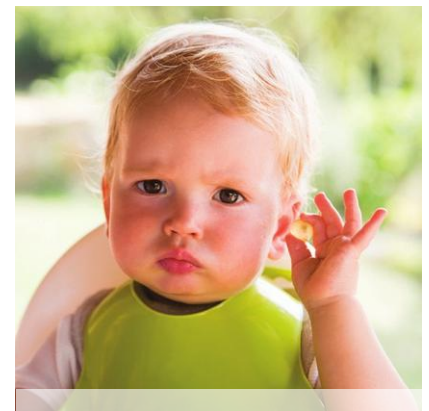
Les activités motrices, combinées à la conscience des changements corporels, permettent aux jeunes enfants de comprendre ce qui arrivera s'ils bougent de telle ou telle façon. Ce lien entre la perception et l'action, établi par le cerveau en

#### Préhension en pince

Mode de préhension qui utilise l'opposition du pouce et de l'index.

#### Théorie des systèmes dynamiques

Le développement moteur est un processus continu qui résulte d'interactions entre le corps, les actions et l'environnement.



#### La préhension en pince

Cet enfant utilise sa préhension en pince pour saisir les petits morceaux de nourriture.

développement, donne aux enfants des informations importantes sur eux-mêmes et sur leur environnement.

Piaget et d'autres chercheurs ont longtemps affirmé que la capacité d'atteindre un objet dépendait de l'utilisation des yeux pour guider les mouvements de la main (ou d'une autre partie du corps). On sait maintenant que des bébés âgés d'environ 5 mois sont capables d'utiliser des indices sensoriels pour atteindre un objet. Ils peuvent situer un hochet par son bruit, comme ils sont capables également d'atteindre un objet lumineux dans le noir même s'ils ne voient pas leurs mains (Clifton *et al.*, 1993).

Entre 5 et 7 mois, les enfants développent la **perception tactile**, c'est-à-dire l'habileté à acquérir de l'information en touchant les objets plutôt qu'en les regardant simplement. La perception tactile permet aux bébés de réagir à des indices comme la grosseur relative des objets ou des différences de textures et de formes (Bushnell et Boudreau, 1993). Les enfants apprennent continuellement à évaluer leurs habiletés et les environnements dans lesquels ils se déplacent, en adaptant leurs mouvements et en développant de nouvelles stratégies. Un bébé qui apprend jusqu'où il doit tendre la main pour atteindre un jouet lorsqu'il est assis doit à nouveau apprendre les notions de distance lorsqu'il commence à ramper. De la même façon, un bébé qui marche à quatre pattes et qui a maîtrisé les pentes doit se réajuster aux pentes quand il commence à marcher. Ce processus d'apprentissage combine l'action et la perception (Adolph, 2008).

#### Perception tactile

Habileté à acquérir de l'information sur les objets, comme la grosseur, le poids ou la texture, en les manipulant.



#### Un objectif à atteindre

L'objectif de cet enfant – atteindre son jouet – favorisera le développement de sa motricité. Ce développement ne dépend pas seulement de la maturation, mais aussi des conditions de l'environnement.

#### Apprentissage

Modification durable du comportement résultant de l'expérience.



#### FAITES LE POINT

1. Expliquez comment se fait la croissance des neurones chez le nouveau-né.
2. Expliquez en quoi consiste la plasticité du cerveau.
3. Quelles sont les principales capacités sensorielles du bébé à la naissance ?
4. Expliquez comment l'hérédité et l'environnement agissent en interaction dans le développement de la motricité chez le jeune enfant.

## 3.2 Le développement cognitif

Comment le bébé apprend-il? Comment sa mémoire se développe-t-elle? Pourquoi y a-t-il des différences dans les habiletés cognitives des individus? Peut-on mesurer l'intelligence d'un bébé et prédire ses capacités futures? Ces questions ont longtemps intrigué les scientifiques du développement et c'est sous l'angle de différentes approches, dont la plupart ont été vues au chapitre 1, qu'ils ont poursuivi leurs recherches.

### 3.2.1 L'approche behavioriste et l'apprentissage chez le nourrisson

Selon cette approche, l'**apprentissage** est au cœur du développement : c'est une modification relativement durable du comportement qui résulte habituellement de l'expérience. Si l'être humain possède la capacité innée d'apprendre, l'apprentissage comme tel ne se produit qu'avec l'expérience.

Nous avons vu que le bébé n'a pas besoin d'apprendre à téter puisque ce réflexe est présent avant même la naissance. Cependant, il apprend rapidement que le fait de téter lui procure le lait qui satisfait sa faim. De la même manière, le premier cri d'un enfant n'est pas un comportement appris. Toutefois, le bébé découvre vite que ses pleurs l'aident à obtenir ce qu'il désire : il apprend la fonction du cri, tout comme Thomas, quand on lui redonne une petite pelle à la suite de ses cris.



### L'apprentissage par conditionnement répondant (ou conditionnement classique)

Dans la mise en situation, Thomas ferme les yeux par réflexe lorsqu'il reçoit de l'eau dans le visage. Après s'être fait arroser à quelques reprises par sa cousine, la seule vue de celle-ci qui s'apprête à éclabousser lui fait fermer les yeux.

Le comportement de Thomas illustre bien le *conditionnement répondant*, que nous avons présenté dans le chapitre 1. Dans cet apprentissage de base, une personne ou un animal apprend à réagir de façon réflexe ou involontaire à un stimulus qui est neutre à l'origine, parce que ce stimulus a été associé à celui qui provoque habituellement cette réponse.

### L'apprentissage par conditionnement opérant

Un bébé qui crie pour attirer l'attention de ses parents offre un exemple de *conditionnement opérant*, c'est-à-dire un apprentissage basé sur le renforcement ou la punition, au cours duquel l'apprenant agit sur son environnement. L'enfant apprend à manifester un comportement particulier (crier) pour obtenir une réaction spécifique (attirer l'attention de ses parents). S'il l'obtient, le comportement de l'enfant est alors renforcé. Le conditionnement opérant permet aux enfants d'apprendre des comportements volontaires comme crier ou sourire. Lorsque son grand-père félicite Juliette pour son beau lac, il l'encourage à continuer son jeu, il la renforce.

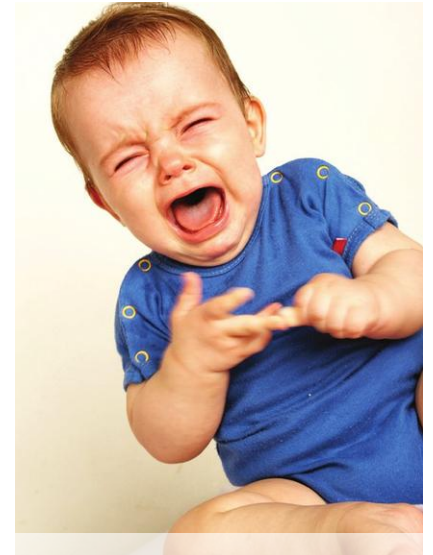
Le conditionnement opérant a été utilisé dans des recherches sur la mémoire du jeune enfant. Pour cela, on a attaché un mobile au pied des bébés à l'aide d'un ruban et on leur a appris à donner des coups de pied pour l'actionner. Quelques jours ou quelques semaines plus tard, lorsqu'ils étaient replacés dans la même situation, des bébés âgés de deux à six mois donnaient encore des coups de pied, même s'ils n'étaient plus attachés au mobile, indiquant ainsi que seule la reconnaissance du mobile stimulait le rappel de l'expérience initiale. La durée de la rétention de la réponse augmentait avec l'âge: de 2 jours pour les bébés de 2 mois à 13 semaines pour ceux de 18 mois. Ces recherches démontrent que les bébés peuvent répéter une action plusieurs semaines plus tard si on les expose périodiquement à la situation dans laquelle ils l'ont apprise (Rovee-Collier, 1999).

## 3.2.2 L'approche psychométrique

L'approche psychométrique mesure, à l'aide de tests, des différences quantitatives dans les habiletés qui composent l'intelligence. Même s'il est pratiquement impossible de mesurer l'intelligence d'un jeune enfant, on peut évaluer son niveau de développement en le situant par rapport à des normes établies à partir d'observations d'un grand nombre d'enfants. Les Échelles de développement du jeune enfant de Bayley (1969, 1993, 2005) est un test utilisé pour évaluer le développement des enfants de 1 mois à 3 ans et demie. Cet instrument donne des indications sur les forces ou les retards de développement sur les plans cognitif, verbal, moteur, émotionnel et relationnel. Nous reviendrons sur l'utilisation des tests dans un chapitre ultérieur.

## 3.2.3 La théorie de Piaget: le stade sensorimoteur

Nous avons vu dans le chapitre 1 que, pour Piaget, la pensée de l'enfant se développe selon des stades qualitativement différents, chaque stade correspondant à une forme d'intelligence particulière au fur et à mesure que le développement cognitif progresse. Le **stade sensorimoteur** est le premier stade du développement cognitif: il s'étend de la naissance à environ deux ans. Selon Piaget, les très jeunes enfants se découvrent et découvrent le monde par l'intermédiaire de leurs schèmes sensoriels et moteurs. À partir des réflexes innés et de comportements aléatoires, ils parviennent peu à peu à assimiler les informations sensorielles et motrices et à les utiliser, grâce à l'accommodation, pour résoudre des problèmes simples.



### L'apprentissage

Un enfant apprend rapidement que ses pleurs peuvent l'aider à obtenir ce qu'il désire.

### Stade sensorimoteur

Selon Piaget, premier stade du développement cognitif qui va de la naissance à deux ans. À ce stade, l'enfant apprend par ses sens et par ses activités motrices.

## Les sous-stades du stade sensorimoteur

Au cours du stade sensorimoteur, le développement cognitif progresse selon six sous-stades (voir le tableau 3.3).

La transition de l'un à l'autre de ces six sous-stades s'effectue à mesure que les différents schèmes de l'enfant se précisent. Ces progrès cognitifs se font principalement par les **réactions circulaires**, par lesquelles un enfant apprend à reproduire un événement plaisant ou intéressant qu'il a d'abord expérimenté par hasard (voir la figure 3.5).

### Réaction circulaire

Selon Piaget, action que l'enfant répète.

**Sous-stade 1: l'exercice des réflexes (de la naissance à un mois)** Le nouveau-né exerce ses réflexes et, avec la pratique, en acquiert une certaine maîtrise (rôle de l'accommodation). Il commence à produire certains comportements réflexes, même en l'absence des stimuli qui les déclenchent. Par exemple, le nouveau-né a le réflexe de téter lorsqu'on lui touche les lèvres. Au cours du premier mois, il tète même lorsqu'on ne le touche pas et commence donc à s'exercer à téter même s'il n'a pas faim

**TABLEAU 3.3** Les six sous-stades du stade sensorimoteur du développement cognitif (selon Piaget)

Sous-stade	Description	Permanence de l'objet	Exemple de comportement
<b>Sous-stade 1</b> De la naissance à 1 mois L'exercice des réflexes	Le bébé exerce ses réflexes et parvient à les maîtriser jusqu'à un certain point. Il ne coordonne pas l'information provenant de ses sens (par exemple, lorsqu'il ne saisit pas l'objet qu'il regarde).	Il n'a pas acquis le schème de la permanence de l'objet.	Noémie commence à téter lorsque le sein de sa mère est dans sa bouche.
<b>Sous-stade 2</b> De 1 à 4 mois Les réactions circulaires primaires	Le bébé reproduit des comportements, d'abord survenus par hasard, qui lui donnent des sensations agréables. Ses activités sont centrées sur son corps plutôt que sur l'environnement. Il manifeste ses premières adaptations acquises ; par exemple, il varie sa manière de sucer selon l'objet. Il commence à coordonner l'information sensorielle.	Il n'a pas acquis le schème de la permanence de l'objet.	Si on agite un hochet près de la tête de Margot, celle-ci tourne la tête vers le bruit.
<b>Sous-stade 3</b> De 4 à 8 mois Les réactions circulaires secondaires	Le bébé s'intéresse davantage à l'environnement, il répète les actions qui produisent des résultats intéressants. Quoiqu'intentionnelles, ses actions ne sont pas orientées vers un but.	Le bébé peut chercher un objet caché s'il en voit une partie.	Benjamin agite les jambes afin de faire bouger le mobile suspendu au-dessus de son lit.
<b>Sous-stade 4</b> De 8 à 12 mois La coordination des schèmes secondaires	Le comportement devient plus délibéré et orienté vers un but. Le bébé peut prévoir des événements.	Le schème de la permanence de l'objet se développe, mais le bébé cherchera encore un objet dans sa première cachette, même si on le déplace, sous ses yeux, vers une autre cachette.	Alice s'amuse avec un jeu où elle doit manipuler différemment des boutons afin d'ouvrir les quatre portes qui font sortir les quatre personnages. Elle est capable de presser, glisser, tirer et tourner les boutons appropriés.
<b>Sous-stade 5</b> De 12 à 18 mois Les réactions circulaires tertiaires	Le bébé manifeste de la curiosité et varie intentionnellement ses actions pour en voir les effets. Il explore activement son univers dans le but de découvrir comment un objet ou une situation peut offrir de la nouveauté. Il essaie des activités nouvelles et résout des problèmes simples par essais et erreurs.	Le bébé peut suivre les déplacements d'un objet, mais comme il est incapable d'imaginer un mouvement qu'il ne voit pas, il ne cherchera pas un objet ailleurs que là où il l'a vu disparaître.	Au dîner, Sami s'amuse à écraser ses rondelles de carottes avant de les manger. Au dessert, il prend chaque morceau de sa salade de fruits et essaie de les écraser. Il découvre ainsi que certains peuvent être écrasés et d'autres non.
<b>Sous-stade 6</b> De 18 mois à 2 ans Les combinaisons mentales	Le bébé peut maintenant se représenter mentalement certains comportements. Il a élaboré un premier système de symboles qui lui permet de prévoir des événements sans avoir besoin de poser un geste concret. Il n'a donc plus besoin de recourir à l'apprentissage par essais et erreurs pour résoudre des problèmes simples.	Le schème de l'objet permanent est complètement formé.	Sarah joue avec sa boule de formes à encastrer. Avant même de l'essayer, elle cherche soigneusement le trou qui convient à la forme et l'insère au bon endroit.

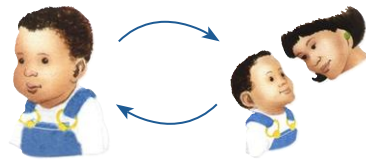
**FIGURE 3.5** Les réactions circulaires

Le bébé suce son pouce.

Le bébé éprouve du plaisir à sucer son pouce.

**Réaction circulaire primaire :**

L'action et la réaction se rapportent au corps de l'enfant (1 à 4 mois).

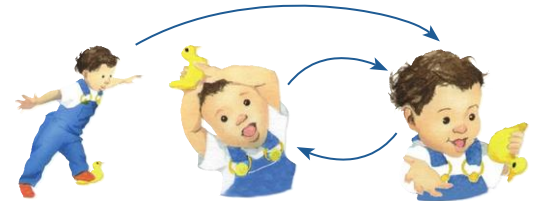


Le bébé gazouille.

Le bébé voit un visage souriant.

**Réaction circulaire secondaire :**

L'action produit une réaction émanant d'une personne ou d'un objet; cette réaction amène l'enfant à répéter l'action originale (4 à 8 mois).



Le bébé marche sur un canard en caoutchouc.

Le bébé presse le canard.

Le canard émet un son.

**Réaction circulaire tertiaire :**

L'action produit un résultat agréable, amenant le bébé à expérimenter d'autres actions pour obtenir des résultats semblables (12 à 18 mois).

(assimilation). L'enfant, loin d'être un récepteur passif, joue un rôle actif et contributif dans le développement des comportements qu'il acquiert.

**Sous-stade 2: les réactions circulaires primaires (de un à quatre mois)** Le bébé couché dans son berceau, en train de sucer son pouce avec bonheur, illustre ce que Piaget a appelé les **réactions circulaires primaires**. Ce sont des gestes simples, répétitifs, centrés sur le corps de l'enfant et destinés à reproduire une sensation agréable découverte par hasard. Un jour, le bébé a exercé son schème de succion alors que son pouce se trouvait dans sa bouche. Aimant cette nouvelle sensation, il essaie de la reproduire par tâtonnements. Lorsqu'il y parvient, il s'efforce délibérément de mettre son pouce dans sa bouche et de le sucer. Ce faisant, il réalise une première adaptation acquise : il s'accommode en suçant son pouce d'une manière différente de celle qu'il utilise pour téter le sein. Cet apprentissage modifie ainsi son schème de succion.

Le bébé commence également à coordonner et à organiser différents types d'informations sensorielles. Par exemple, quand il entend la voix de sa mère, il tourne la tête vers le son et finit par découvrir que celui-ci provient de la bouche de sa mère. Son monde commence à prendre un sens. Les premiers schèmes commencent à se coordonner.

**Sous-stade 3: les réactions circulaires secondaires (de quatre à huit mois)** Le troisième sous-stade coïncide avec un intérêt nouveau de l'enfant pour la manipulation des objets. C'est le début des **réactions circulaires secondaires** : des gestes intentionnels sont répétés non pas pour le plaisir corporel qu'ils procurent, comme dans le sous-stade précédent, mais dans le but d'obtenir des résultats extérieurs au corps. Un bébé aime alors agiter un hochet pour entendre le bruit qu'il fait, ou encore il découvre que lorsqu'il émet un son doux à l'apparition d'une personne au visage amical, celle-ci a tendance à rester plus longtemps en sa présence.

**Sous-stade 4: la coordination des schèmes secondaires (de 8 à 12 mois)** Parvenu au quatrième sous-stade, l'enfant a déjà bien enrichi le petit nombre de schèmes primitifs qu'il possédait à la naissance en les adaptant en fonction de son environnement. Il commence à utiliser des réactions déjà maîtrisées et à les combiner pour résoudre de nouveaux problèmes.

On observe maintenant clairement chez lui l'émergence de comportements intentionnels et un début de compréhension des liens de causalité. Supposons qu'un bébé joue avec son centre d'activités ou tout autre jouet sollicitant des mouvements différents : au stade précédent, par tâtonnements, il a appris qu'il doit tourner la manette rouge pour produire un bruit ; pousser le bouton vert pour faire apparaître le lapin ; glisser le bouton bleu pour ouvrir la petite porte, etc. Au quatrième sous-stade, il adapte ses mouvements à chaque activité différente. Il n'a plus à essayer tous ses schèmes un

**Réaction circulaire primaire**

Action simple et répétitive centrée sur le corps de l'enfant et destinée à reproduire une sensation agréable découverte par hasard. Elle est caractéristique du deuxième sous-stade du stade sensori-moteur de Piaget.

**Réaction circulaire secondaire**

Action intentionnelle répétée pour obtenir des résultats extérieurs au corps de l'enfant. Elle est caractéristique du troisième sous-stade du stade sensori-moteur de Piaget.



**La découverte des objets**

Au stade sensori-moteur, l'enfant découvre le monde qui l'entoure à travers ses sens et sa motricité.



Selon Piaget, pourquoi Mégane prend-elle plaisir à taper dans l'eau avec différents objets ?

#### Réaction circulaire tertiaire

Action destinée à explorer de nouvelles façons de produire un résultat. Elle est caractéristique du cinquième sous-stade du stade sensorimoteur de Piaget.

#### Représentation mentale

Capacité de se rappeler et de se représenter mentalement des objets et des expériences sans l'aide de stimuli, principalement par le recours à des symboles.

#### Imitation différée

Reproduction après un certain laps de temps d'un comportement observé qui est rendue possible grâce à la récupération de sa représentation en mémoire.

#### Permanence de l'objet

Selon Piaget, fait pour un enfant de comprendre qu'un objet ou une personne continuent d'exister même s'ils ne sont pas dans son champ de perception.

à un (pousser-glisser-tourner) pour savoir ce qu'il doit faire pour faire apparaître le lapin : il pousse le bouton vert.

**Sous-stade 5 : les réactions circulaires tertiaires (de 12 à 18 mois)** Au cours du cinquième sous-stade, l'enfant devient un véritable explorateur : lorsqu'il commence à marcher, sa curiosité est attirée par un grand nombre d'objets nouveaux, qu'il découvre en explorant son milieu. Il manifeste des **réactions circulaires tertiaires**, c'est-à-dire qu'il varie ses actions originales pour voir ce qui va se produire, plutôt que de simplement répéter, comme avant, des comportements agréables découverts par hasard. À ce stade de l'expérimentation, le jeune enfant peut ramper pour entrer dans une grande boîte, s'y coucher et y placer des objets. Il utilise la méthode d'essais et erreurs pour résoudre des problèmes simples et trouver le meilleur moyen d'atteindre son but.

**Sous-stade 6 : les combinaisons mentales (de 18 à 24 mois)** Selon Piaget, vers 18 mois, l'enfant devient capable de **représentation mentale** : il forme des images d'événements dans son esprit et peut, par conséquent, réfléchir à ses actions avant de les réaliser. Il commence aussi à utiliser des symboles, c'est à dire des images mentales et des mots. Puisqu'il possède maintenant une certaine notion du lien de causalité, il n'a plus besoin de passer par de laborieux essais et erreurs pour résoudre de nouveaux problèmes. Il fait plutôt appel à la représentation mentale pour imaginer des solutions et abandonner celles qu'il estime inefficaces. Il peut aussi imiter des actions, même si l'objet ou la personne qu'il imite n'est plus devant lui. C'est ce qu'on appelle de **l'imitation différée**. Le jeu du *faire semblant* apparaît. Par exemple, un petit garçon de 20 mois peut jouer à faire manger son toutou en lui mettant un bloc sur la bouche. Cette capacité de représentation mentale, qui se manifeste particulièrement par la permanence de l'objet, annonce le second stade ; soit le stade préopératoire, dont nous parlerons dans le chapitre 5.

### La permanence de l'objet

Le concept d'objet, à savoir l'idée que les objets ont leur propre existence indépendante des autres objets et des autres personnes, leurs propres caractéristiques et leur propre emplacement dans l'espace est essentiel pour une bonne compréhension de la réalité physique. Selon Piaget, les enfants prennent conscience des objets en voyant les résultats de leurs propres actions ; autrement dit, en coordonnant l'information visuelle et motrice. En ce sens, le jeu du *coucou* contribue particulièrement à cette prise de conscience.

La **permanence de l'objet**, aussi appelée « schème de l'objet permanent », c'est la compréhension du fait que les objets et les personnes continuent d'exister en dehors de nous, même si on ne les perçoit plus. Le schème de l'objet permanent se construit graduellement durant le stade sensorimoteur, dont il est la principale acquisition. Au début, le nourrisson ne fait pas la distinction entre lui-même et le monde environnant, qu'il perçoit d'abord comme une extension de sa propre personne. Puis, peu à peu, il se rend compte que les objets et les autres personnes possèdent une existence distincte de la sienne.

Ainsi, vers l'âge de quatre mois, le bébé peut chercher l'objet qu'il a laissé tomber ou qui est partiellement caché, mais il se comporte comme si l'objet n'existait plus lorsque celui-ci est entièrement caché. Par exemple, si sa mère recouvre de sa main les clés qu'il veut prendre, il s'intéressera tout simplement à autre chose.

Vers huit mois, l'enfant commence à comprendre qu'un objet existe toujours, même s'il ne le voit plus : pour Piaget, c'est là le début de la permanence de l'objet. Ainsi, même si sa mère recouvre les clés de sa main, l'enfant cherchera à soulever la main, parce qu'il sait maintenant que les clés sont en dessous. Toutefois, si l'on cache devant ce bébé de 8 à 12 mois un objet que l'on déplace par la suite, il ira le chercher dans sa première cachette, même si le déplacement s'est effectué sous ses yeux. Selon Piaget, le nourrisson croit que l'existence de l'objet est liée à un endroit précis (celui



où l'objet a été trouvé la première fois) et à ses propres actions pour le récupérer à cet endroit. Une explication plus récente révèle que les nourrissons, et même les enfants d'âge préscolaire, trouvent tout simplement difficile de retenir l'impulsion qui les pousse à répéter un comportement qui a été couronné de succès auparavant (Zelazo, Reznick et Spinazzola, 1998).

Autour d'un an, l'enfant ne commet plus cette erreur et il cherche cette fois l'objet au dernier endroit où il a vu qu'on le cachait. Néanmoins, il ne peut pas encore comprendre qu'un objet se déplace s'il ne le voit pas se déplacer. Aussi, si sa mère referme la main sur les clés avant de les placer sous une couverture, l'enfant cherchera encore les clés dans la main de sa mère, parce que c'est là qu'il les aura vues disparaître. À la fin du stade sensorimoteur, soit entre 18 et 24 mois, la permanence de l'objet est enfin complètement acquise. L'enfant peut alors comprendre que si la main se déplace, les clés, qu'il ne voit pas, se déplacent aussi. Il peut maintenant se représenter mentalement le déplacement d'un objet. Il peut donc se mettre à chercher son toutou qu'il ne retrouve plus dans différents endroits de la maison, simplement parce qu'il y a pensé. Cette acquisition de la permanence de l'objet va aussi permettre à l'enfant dont les parents se sont absentés de se sentir rassuré en sachant qu'ils existent toujours et qu'ils reviendront. Elle est essentielle à l'enfant pour comprendre le temps, l'espace et un monde en perpétuel changement.

Lorsque Thomas crie quand sa cousine lui enlève sa pelle, c'est parce que la pelle est pour lui un objet permanent ; il sait qu'elle continue d'exister – et qu'elle est intéressante – même s'il ne la voit plus. L'âge auquel la permanence de l'objet se développe a toutefois été remis en question par d'autres recherches, dont nous parlerons un peu plus loin.

### La causalité

La **causalité** est une autre notion importante acquise durant le stade sensorimoteur. C'est le terme employé par Piaget pour désigner le fait que l'enfant comprend peu à peu que certains événements en causent d'autres.

Vers quatre à six mois environ, lorsque le bébé acquiert la capacité de saisir les objets, il commence à réaliser qu'il possède un pouvoir sur son environnement. Cependant, d'après Piaget, jusque vers l'âge d'un an, le nourrisson ignore encore que les causes doivent précéder les effets, et il ne réalise pas que d'autres éléments peuvent agir sur les objets et les événements.

Vers 10 mois, le bébé est plus en mesure de faire ses propres expériences : dans sa chaise haute, il tape sur une flaque de lait pour voir les éclaboussures ; il joue avec des commutateurs électriques, s'amusant à allumer et à éteindre la lumière ; il sourit pour qu'on lui réponde. Ses jouets préférés sont ceux qu'il peut manipuler en les faisant rouler, en les laissant tomber ou ceux qui font du bruit. Les actions des enfants de cet âge montrent qu'ils comprennent leur pouvoir de causer certains événements. En continuant de taper dans l'eau, Thomas est en train de découvrir que ce sont ses mouvements qui produisent les éclaboussures.

Selon Piaget, bien qu'à cet âge des notions aussi importantes que la permanence de l'objet et la causalité prennent racine, les enfants ne les saisissent toutefois pas encore pleinement parce que leur capacité de représentation, c'est-à-dire leur capacité d'imaginer et de se rappeler mentalement des objets ou des actions, est limitée, du moins tant que le stade sensorimoteur n'est pas achevé.

### De nouvelles avenues sur la théorie de Piaget

Comme nous l'avons dit plus haut, divers chercheurs ayant à leur tour étudié les concepts cognitifs décrits pour la première fois par Piaget ont découvert que ceux-ci apparaissaient plus tôt que ne l'avait observé le psychologue suisse. Pour eux, il semble que Piaget ait sous-estimé les capacités cognitives des enfants à cause de la façon dont il les interrogeait. Voici donc quelques précisions provenant des résultats de ces recherches récentes.



Pour en savoir plus sur la notion de la permanence de l'objet, consulter l'encadré 3.2W sur notre site web.



### Causalité

Principe selon lequel certains événements découlent d'autres événements ou en sont la cause.



### L'expérience de la causalité

Ce bébé est en train de prendre conscience de son pouvoir sur les objets. Selon Piaget, c'est une première étape vers la compréhension de la causalité.

**La permanence de l'objet** Concernant la permanence de l'objet, Piaget soutenait que le bébé ne cherche pas un objet qu'il ne voit pas avant l'âge de huit mois, même si l'on a caché l'objet devant lui. Si l'objet est complètement caché, le bébé agit comme s'il n'existait pas. Cependant, un jeune enfant peut aussi ne pas chercher un objet caché pour la seule raison qu'il est incapable d'effectuer les séquences de gestes nécessaires pour le faire, comme déplacer un coussin et attraper l'objet caché derrière. Quand on lui donne l'occasion de pratiquer cette tâche pendant un certain temps, un enfant plus jeune arrive à la maîtriser (Bojzyk et Corbetta, 2004).

**La causalité** Selon Piaget, jusque vers un an, les jeunes enfants ne savent pas que les causes se produisent avant les effets et que des forces extérieures à eux peuvent produire des effets. Toutefois, des recherches sur le traitement de l'information suggèrent que la compréhension de la causalité peut apparaître plus tôt, dès que les enfants sont capables d'observer quand et comment les objets bougent (Saxe et Carey, 2006). De plus, des enfants de 7 mois qui ont commencé à se traîner reconnaissent le mouvement autonome des objets, mais pas les enfants de 7 mois qui ne se traînent pas. Ceci laisse croire que la capacité d'identifier le mouvement autonome est liée au développement de la locomotion, ce qui donne aux jeunes enfants de nouvelles façons de comprendre les objets qui les entourent (Cicchino et Rakison, 2008).

**L'imitation** L'imitation est un moyen d'apprentissage important. Piaget affirmait que l'**imitation invisible**, soit l'imitation à l'aide de parties de son corps que le bébé ne peut voir (comme la bouche), commence vers l'âge de neuf mois et succède à une période d'**imitation visible**, où le bébé imite en utilisant des parties de son corps qu'il peut voir (les mouvements de ses mains ou de ses pieds). Meltzoff et Moore (1989) ont observé que des bébés âgés de trois jours semblaient imiter certains mouvements du visage des adultes comme ouvrir la bouche et tirer la langue, ce qui, selon eux, serait une prédisposition innée à imiter les visages adultes, un mécanisme de survie qui servirait à communiquer avec la personne qui donne les soins (Rakison, 2005). D'autres chercheurs ont noté que cette réaction disparaissait vers l'âge de deux mois. Sortir la langue ne serait qu'un mécanisme d'adaptation pour le très jeune enfant, alors que chez un enfant plus vieux, ce serait une réponse basée sur une représentation cognitive du comportement d'une autre personne. Dans les deux cas, le terme « imitation » serait donc inapproprié (Kagan, 2008).

**L'imitation différée** Comme nous l'avons vu plus haut, l'imitation différée ne se développerait pas avant 18 mois, l'enfant ne pouvant garder en mémoire des représentations mentales à long terme avant cet âge. Or, des recherches plus récentes rapportent un phénomène d'imitation différée chez des enfants de moins d'un an. Des bébés de 6 semaines ont en effet imité 24 heures plus tard les mouvements faciaux d'un adulte, alors qu'ils étaient à nouveau mis en sa présence et que celui-ci gardait cette fois le visage immobile (Meltzoff et Moore, 1998). Ces résultats laissent donc croire que l'imitation différée se produit plus tôt que Piaget ne l'avait supposé. L'imitation différée d'événements nouveaux ou complexes commencerait entre six et neuf mois (Bauer, 2002).

**La compréhension des images** Selon l'**hypothèse de la double représentation**, il est difficile pour un jeune enfant de se représenter mentalement en même temps une image (une représentation de la réalité) et l'objet qu'elle représente. Même si les enfants passent beaucoup de temps devant la télévision, ils peuvent ne pas réaliser tout de suite qu'ils regardent une représentation de la réalité. Ainsi, dans une expérience menée avec des enfants de deux ans et deux ans et demi, un film était projeté qui montrait un adulte en train de cacher un objet dans une pièce. Tout de suite après le visionnement, les enfants étaient amenés dans la pièce en question. Ceux de deux ans et demi ont facilement trouvé l'objet, alors que ceux de deux ans en étaient incapables. Pourtant, ces derniers étaient capables de trouver l'objet s'ils avaient vu, à travers une fenêtre, l'adulte le cacher. Cela prouve que la capacité de comprendre la

#### Imitation invisible

Imitation réalisée avec des parties du corps que l'on ne peut voir, par exemple la bouche.

#### Imitation visible

Imitation réalisée avec des parties du corps que l'on peut voir, par exemple les mains ou les pieds.



#### L'imitation différée

Selon Piaget, l'imitation différée ne se développe pas avant 18 mois, mais certains chercheurs affirment que ce serait plus tôt.

#### Hypothèse de la double représentation

Hypothèse selon laquelle les enfants de moins de trois ans ont de la difficulté à comprendre les relations spatiales à cause de la nécessité de garder en tête plus d'une représentation mentale en même temps.

fonction représentative des images sur un écran semble encore manquer aux enfants de deux ans (DeLoache, Pierroutsakos et Uttal, 2003).

Les enfants font aussi des erreurs dans la perception de la taille des objets. On voit souvent de jeunes enfants tenter de se glisser dans une chaise de poupée ou essayer de s'asseoir dans une voiture miniature. De telles erreurs dans l'estimation de la grandeur des objets diffèrent nettement du jeu symbolique (DeLoache, Uttal et Rosengren, 2004) et résultent possiblement d'un manque de contrôle sur les impulsions. Selon les chercheurs, deux systèmes différents du cerveau travaillent normalement ensemble durant les interactions avec les objets familiers. Un système permet à l'enfant de reconnaître l'objet ou sa catégorie («C'est une voiture.») et de savoir ce qu'il va faire avec cet objet («Je vais m'asseoir dedans.»). L'autre système serait impliqué dans la perception de la taille de l'objet et l'utilisation de cette information pour contrôler les actions relatives à cet objet. Une complémentarité déficiente entre ces deux systèmes immatures pourrait expliquer les fréquentes erreurs d'échelle commises par les jeunes enfants (DeLoache, 2006).

**L'évaluation du stade sensorimoteur de Piaget** Si les travaux de plusieurs psychologues viennent nuancer la théorie de Piaget, sa contribution au domaine de la psychologie du développement demeure sans conteste inestimable. Toutefois, il se peut que Piaget ait effectivement accordé trop d'importance aux expériences motrices comme agents premiers du développement cognitif. Aujourd'hui, les nouveaux outils de recherche utilisés portent à croire que certaines des limitations cognitives observées par Piaget refléteraient plutôt l'immaturité des habiletés motrices et linguistiques. Les habiletés perceptives des nouveau-nés sont plus développées que leurs habiletés motrices, et les méthodes de recherche actuelles permettent maintenant d'explorer ces habiletés. Comme nous allons le voir, la relation entre la perception et la cognition est devenue aujourd'hui un champ de recherches des plus importants.

### 3.2.4 La théorie du traitement de l'information : perception et mémoire

Les tenants de cette théorie analysent les différents éléments qui entrent en jeu lors d'une tâche complexe (par exemple, chercher un objet) afin de comprendre quelles sont les habiletés cognitives qui sont nécessaires à sa réalisation et à quel âge ces habiletés se développent. Les chercheurs évaluent l'efficacité du traitement de l'information chez les bébés en mesurant la variation de leur attention. On mesure, par exemple, le temps d'habituation à un stimulus familier ou le temps nécessaire pour capter leur attention par un nouveau stimulus.

#### L'habituation

Un enfant qui entend le son provenant d'une boîte à musique est d'abord très intéressé par celui-ci, mais après un certain temps, il n'y porte plus attention : il s'y est alors habitué. L'**habituation** est une forme élémentaire d'apprentissage dans lequel l'exposition répétée à un stimulus réduit ou stoppe une réponse. Elle permet à l'individu d'économiser son énergie et de se concentrer sur les éléments nouveaux de l'environnement qui attirent son attention. Du fait qu'elle est associée au développement normal, la présence ou l'absence de l'habituation, ainsi que la rapidité avec laquelle elle s'installe, peut nous fournir de précieux renseignements sur le développement cognitif d'un enfant. Puisque la capacité d'habituation augmente dans les dix premières semaines de vie, on la considère comme un signe de maturation. Cette capacité de s'habituer est déficiente chez les bébés qui ont un faible indice d'Apgar, qui sont atteints du syndrome de Down, qui naissent avec des lésions cérébrales ou qui souffrent de détresse à la naissance, de même que chez les nouveau-nés dont la mère a été fortement anesthésiée durant l'accouchement. En outre, un enfant qui

#### Habituation

Forme d'apprentissage élémentaire par laquelle l'enfant, une fois habitué à un son, à une sensation visuelle ou à tout autre stimulus, réagit de manière moins intense ou cesse complètement de réagir.

ne manifeste aucune habitude durant la période néonatale risque d'éprouver des difficultés d'apprentissage ultérieures (Colombo, 1993).

### Les habiletés perceptuelles

Le temps respectif qu'un bébé passe à regarder différentes sortes de stimuli qui lui sont présentés permet de mesurer sa préférence visuelle. Ainsi, les bébés naissants semblent préférer les représentations de visages à d'autres images (Turati *et al.*, 2002). La préférence visuelle repose sur la capacité de faire des distinctions. En effet, la **mémoire de reconnaissance visuelle** est une habileté permettant de distinguer un stimulus familier d'un nouveau stimulus lorsque ces deux stimuli sont présentés en même temps. Des recherches ont montré que des bébés de deux jours peuvent faire preuve de cette habileté (Turati *et al.*, 2002). Si l'enfant accorde plus d'attention au nouveau stimulus qu'à l'autre, ce qu'on appelle la « préférence pour la nouveauté », il manifeste qu'il peut distinguer le nouveau de l'ancien. Selon les tenants de la théorie du traitement de l'information, cela signifie que l'enfant a mémorisé l'ancien stimulus, c'est-à-dire qu'il en a une certaine représentation mentale.

Contrairement à la position de Piaget, les études sur l'habituation et la préférence pour la nouveauté suggèrent donc qu'il existe au moins une capacité de représentation mentale rudimentaire à la naissance ou très tôt après celle-ci. Les différences individuelles dans l'efficacité du traitement de l'information témoignent de la vitesse à laquelle les bébés peuvent former de telles images mentales et s'y référer (Rose, Feldman et Jankowski, 2001). Par ailleurs, des études ont également montré que les nouveau-nés possédaient la même capacité de discrimination sur le plan auditif.

### L'attention

La façon dont les enfants accordent leur attention est un autre indice de l'efficacité du traitement de l'information étudié par les chercheurs. De la naissance jusqu'à environ dix semaines, le temps que les bébés passent à regarder un nouveau stimulus augmente. De deux à neuf mois, il diminue au fur et à mesure que les enfants apprennent à reconnaître l'information plus efficacement. À partir de neuf ou dix mois, ce comportement d'attention va augmenter lorsque l'attention sera orientée volontairement vers un objectif (Colombo *et al.*, 2004).

La capacité d'**attention conjointe**, c'est-à-dire celle permettant de porter attention à la chose que quelqu'un d'autre regarde ou montre, apparaît vers l'âge de 12 mois, quand l'enfant est capable de regarder dans la direction du regard de l'adulte. Cette habileté est à la base des interactions sociales, de l'acquisition du langage et de l'empathie. Chez les jeunes enfants, le fait de regarder trop longtemps la télévision peut nuire au développement de l'attention conjointe. Dans une recherche longitudinale menée aux États-Unis, on a en effet démontré que plus des enfants âgés d'un à trois ans passaient de temps devant la télévision, moins ils s'initiaient aux interactions sociales et plus ils étaient susceptibles d'avoir des problèmes d'attention à l'âge de sept ans (Christakis *et al.*, 2004). L'encadré 3.2 fait le point sur l'écoute de la télévision chez les jeunes enfants.

### La mémoire

Des recherches récentes sur le cerveau confirment l'hypothèse de Piaget selon laquelle la maturation neurologique est un facteur crucial du développement cognitif. Les poussées de croissance du cerveau, périodes de croissance rapide et de développement, coïncident avec des changements cognitifs semblables à ceux décrits par Piaget (Fisher et Rose, 1995).

Différents chercheurs ont utilisé le scanner pour tenter de déterminer quelles structures du cerveau sont impliquées dans les différents aspects du développement cognitif,

#### Mémoire de reconnaissance visuelle

Habileté à distinguer un stimulus familier d'un nouveau stimulus lorsqu'ils sont présentés en même temps.



#### L'intérêt pour la nouveauté

L'habituation permet à l'enfant de se concentrer sur les éléments nouveaux qui attirent son attention.

#### Attention conjointe

Capacité de porter attention à la chose que quelqu'un d'autre regarde ou montre.

## ENCADRÉ 3.2



## APPLICATION

### Les bébés regardent-ils trop de télévision ?

La petite Sandra, six mois, se trémousse, applaudit et rit bruyamment devant les images pimpantes du DVD *Baby Einstein* qui défilent à l'écran. Sandra n'est pas une enfant précoce ou singulière. Selon un sondage mené auprès de 1000 parents d'enfants d'âge préscolaire (Zimmerman, Christakis et Meltzoff, 2007), à partir de 3 mois, 40 % des enfants aux États-Unis regardent quotidiennement une heure de télévision, de DVD ou de vidéos.

Au cours de la dernière décennie, les bébés et les tout-petits ont été ensevelis sous une multitude de médias conçus et vendus à leur intention. Certaines émissions de télévision s'adressent maintenant à des enfants d'à peine 12 mois ; on trouve même des jeux vidéo assortis d'un clavier spécial à la portée d'un bébé de 9 mois, et certains DVD éducatifs visent les nourrissons âgés de quatre semaines.

Ce visionnement accru va à l'encontre des recommandations de l'American Academy of Pediatrics (Concil on Communications and Media Executive Committee, 2011), qui déconseille l'écoute de la télévision pour les enfants de moins de deux ans. À cet âge, le développement psychomoteur du bébé mobilise tous ses sens : il veut voir, toucher la texture, sentir les odeurs, entendre les bruits qu'il produit. La télévision le rend passif plutôt qu'acteur de son propre développement en ne sollicitant que les yeux et les oreilles.

Mais pourquoi les parents exposent-ils leurs jeunes enfants à la télévision ou à d'autres médias électroniques ? La première raison invoquée est la conviction que le média choisi est éducatif. Or une étude longitudinale a montré que l'écoute de la télévision de la naissance à deux ans n'a pas amélioré les habiletés langagières à trois ans (Schmidt et al., 2009). Dans une autre étude, des chercheurs ont exposé des enfants à un DVD éducatif qui portait sur des mots de vocabulaire ; les

enfants de 12 à 18 mois n'ont pas présenté de différences notables avec ceux des groupes témoins qui n'avaient pas été exposés à la vidéo éducative (DeLoache et al., 2010).



Les parents exposent aussi leurs jeunes enfants aux médias parce qu'ils jugent que ceux-ci sont relaxants et agréables pour les tout-petits, et parce que le média tient lieu de nounou électronique (Zimmerman et al., 2007). Une chose est sûre : le temps passé devant la télé ou un autre écran est du temps que l'enfant ne passe pas à explorer son environnement et à interagir avec les membres de sa famille, deux activités cruciales sur le plan du développement. En effet, la présence de la télévision en fond sonore et visuel nuit à la quantité et à la qualité des interactions parent-enfant (Kirkorian et al., 2009).

Quelle incidence la consommation constante des médias électroniques a-t-elle sur le développement neurologique et cognitif ? Stimule-t-elle

l'agressivité ? La présence de la télévision dans la chambre nuit-elle au sommeil ? Les jeux vidéo sont-ils bons pour les habiletés visuelles et spatiales ou favorisent-ils la fatigue oculaire et les problèmes de nature ergonomique ?

La consommation de télévision ne semble pas toujours associée à des problèmes, pas plus qu'elle ne semble associée à des bienfaits. Cependant, compte tenu de nos connaissances entourant le rôle des premières expériences sur le développement cérébral, des indications voulant que les téléspectateurs assidus puissent développer certains troubles de l'attention et du risque que la télé remplace des activités plus physiques ou plus stimulantes, les parents devraient faire preuve de prudence (Courage et Setliff, 2009). À ce jour, la meilleure activité pour un jeune enfant demeure l'interaction avec une personne en chair et en os, qui réagit à ses agissements et qui stimule son intérêt pour la découverte.

en particulier celui de la mémoire. Ils ont constaté que les structures du cerveau impliquées dans la **mémoire implicite**, ou mémoire procédurale, une forme de mémoire à long terme qui se produit sans effort conscient et qui est souvent associée aux habitudes ou aux habiletés (savoir lancer un ballon, savoir nager) diffèrent de celles qui se rapportent à la **mémoire explicite**, ou mémoire déclarative, une forme de mémoire à long terme qui intervient dans le rappel volontaire (rappel de noms, de connaissances, d'événements). Chez les bébés, quand les structures du cerveau impliquées dans la formation des souvenirs ne sont pas complètement formées, les différentes formes de mémoire sont plutôt volatiles. La mémoire implicite se développerait la première, au cours des premiers mois de la vie. La maturation de l'hippocampe, entre autres, rendrait possible la mémoire à long terme, plus particulièrement la mémoire explicite, et se poursuivrait au moins jusqu'à l'âge de cinq ans (Bauer et al., 2000, 2003).

Durant la deuxième moitié de la première année, le développement du cortex préfrontal et des circuits qui y sont associés permet l'apparition de la **mémoire de travail**, une mémoire à court terme qui correspond à l'information en cours de traitement.

#### Mémoire explicite

Mémoire à long terme qui utilise le rappel conscient des souvenirs (rappel de noms, de connaissances ou d'événements). On l'appelle aussi « mémoire déclarative ».

#### Mémoire implicite

Mémoire à long terme qui se produit sans efforts conscients et qui est habituellement associée aux habitudes ou aux habiletés (lancer un ballon, nager, etc.). On l'appelle aussi « mémoire procédurale ».

#### Mémoire de travail

Mémoire à court terme qui correspond à l'information qu'on est en train de traiter.



#### La mémoire explicite et la mémoire implicite

Les habiletés liées au fait de pédaler sur un tricycle relèvent de la mémoire implicite, alors que le souvenir de l'événement, lui, sera conservé dans la mémoire explicite de cet enfant.

#### Participation guidée

Selon Vygotsky, interactions entre l'adulte et l'enfant qui aident ce dernier à mieux comprendre l'activité en cours.



#### Les parents : des acteurs importants dans le développement cognitif de l'enfant

La façon dont les parents se comportent avec leur enfant représente l'un des principaux facteurs qui influencent son développement cognitif.

Le cortex préfrontal (partie du cerveau située directement sous le front) est reconnu pour contrôler plusieurs aspects de la cognition : c'est donc là que les représentations mentales seraient traitées avant d'être enregistrées ou rappelées. Cette partie du cerveau se développant plus lentement que toute autre, l'apparition relativement tardive de la mémoire de travail pourrait être en grande partie responsable de la lenteur du développement de la permanence de l'objet (Nelson, 1995).

Même si les différents systèmes qui forment la mémoire continuent de se développer au-delà de l'enfance, l'émergence rapide des structures de la mémoire dans le cerveau souligne l'importance de la stimulation par l'environnement dès les premiers mois de la vie.

### 3.2.5 L'approche socioculturelle : les interactions entre l'enfant et les personnes de son entourage

Les recherches inspirées de la théorie socioculturelle de Lev S. Vygotsky se penchent sur la manière dont le contexte culturel influence les premières interactions sociales de l'enfant, et comment celles-ci peuvent favoriser les compétences cognitives. La **participation guidée** – à savoir les interactions entre l'adulte, ou un enfant plus vieux, et l'enfant, qui aident ce dernier à mieux comprendre l'activité en cours – survient généralement dans les situations de jeux partagés ou dans les activités quotidiennes au cours desquelles les enfants acquièrent les connaissances, les habiletés et les valeurs importantes de leur culture, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1.

Des chercheurs ont observé des mères de différentes cultures lorsqu'elles aidaient leurs enfants à s'habiller et à découvrir un jouet non familier. Par exemple, au Guatemala, où les enfants accompagnent leur mère au travail (travail dans les champs, couture à la maison, etc.), ils jouent généralement seuls ou avec d'autres enfants. Pour une tâche donnée (par exemple, attacher ses chaussures), la mère, ou un autre adulte, fait une démonstration, souvent non verbale, et les enfants se débrouillent ensuite seuls pendant que l'adulte demeure disponible en cas de besoin. Par contre, pour les enfants américains dont la mère reste à la maison ou qui passent la journée en garderie, les interactions avec les adultes se font davantage dans un contexte de jeu plutôt que dans un contexte de travail ou de milieu social. Les parents vont alors parler davantage avec leur enfant et le motiver à apprendre avec enthousiasme et en prodiguant beaucoup d'éloges (Rogoff *et al.*, 1993).

La façon dont les parents se comportent avec leur enfant constitue l'un des principaux facteurs qui influencent le développement cognitif. Des programmes ont déjà été mis sur pied pour aider les mères à développer des attitudes et des comportements susceptibles de stimuler le développement cognitif de leurs enfants. Les résultats montrent que les mères ainsi formées donnent à leur enfant plus d'instructions, d'informations et d'encouragements que les mères d'un groupe témoin. Elles posent plus de questions, encouragent leur enfant à penser et à parler, mettent des jeux plus adéquats à sa disposition et permettent une routine plus souple. De plus, sur le plan émotif, elles réagissent davantage et se montrent à la fois plus sensibles et plus tolérantes ; elles s'interposent et critiquent moins. À l'âge de trois ans, les enfants de ces mères obtiennent de meilleurs résultats aux tests que les autres enfants (Ramey et Ramey, 1998). Ces résultats montrent que les soins accordés aux bébés de même que le comportement de leur mère à leur égard peuvent avoir des effets positifs sur leur développement intellectuel. Quoique la plupart de ces études aient porté sur le seul comportement de la mère, leurs conclusions peuvent fort probablement s'appliquer aussi au père et aux autres personnes proches de l'enfant.

L'encadré 3.3 résume les différentes pratiques éducatives qui favorisent le développement cognitif des enfants.

## ENCADRÉ 3.3 APPLICATION



### De la théorie à la pratique : comment développer les compétences cognitives du jeune enfant

Quand on réfléchit aux conseils pratiques qui sont souvent donnés aux parents et aux éducateurs pour favoriser le développement cognitif des jeunes enfants, on remarque que les grandes lignes directrices rejoignent plusieurs notions théoriques présentées dans ce chapitre. Voyons comment ces notions théoriques peuvent se traduire en pratiques éducatives utiles aux futurs parents que vous serez peut-être un jour.



- Un environnement riche en stimulations variées favorise le développement cognitif.
  - Offrir des stimulations sensorielles dès les premiers mois de vie, mais éviter les stimulations excessives et les bruits qui dérangent, puisqu'un surcroît d'informations sensorielles pourrait créer un stress inutile.
  - Créer un environnement qui favorise l'apprentissage, c'est-à-dire un environnement comprenant des objets intéressants (qui ne sont pas nécessairement des jouets chers), des livres et un endroit pour jouer.
- L'enfant participe activement à son propre développement.
  - Donner au bébé la liberté d'explorer. Le placer dans un endroit sécuritaire, mais qui lui permet d'avoir suffisamment d'espace pour se déplacer et découvrir son environnement.
- Selon Piaget, l'enfant au stade sensorimoteur apprend par ses sens et par ses activités motrices.
  - Donner au bébé le pouvoir de modifier les choses à l'aide de jouets qui peuvent être secoués, façonnés ou déplacés selon son désir.
  - Lui donner l'occasion d'acquérir des compétences de base, comme manipuler, comparer, trier des objets (par exemple, par taille ou par couleur), les placer dans un ordre précis et observer les conséquences de ses actes.
- L'amener à faire des liens entre les causes et les effets. Aider le bébé à découvrir, par exemple, que tourner la poignée d'une porte lui permet de l'ouvrir, qu'appuyer sur un interrupteur lui permet d'allumer une lampe et qu'ouvrir un robinet fait couler de l'eau dans la baignoire et le laisser expérimenter.
  - Selon Vygotsky, les adultes doivent guider activement l'enfant dans ses apprentissages.
    - Répondre aux signaux du bébé, afin de créer chez lui un sentiment de confiance, de favoriser son appréhension du monde en tant qu'environnement accueillant et de l'aider à développer un sentiment d'efficacité personnelle.
  - Guider l'enfant lors de l'apprentissage d'une tâche nouvelle sans faire les choses à sa place s'il se trompe ou ne va pas assez vite.
- Selon les théories de l'apprentissage, le renforcement favorise l'établissement des comportements souhaitables et la punition vise leur élimination.
  - Féliciter le bébé pour ses nouvelles compétences et l'aider à les développer et à les améliorer. Rester à proximité, mais sans s'imposer.
  - Utiliser la punition avec modération. Ne pas punir l'enfant ou le ridiculiser pour les résultats obtenus à la suite d'une exploration par essais et erreurs tout à fait normale.
- L'apprentissage du langage nécessite des interactions avec d'autres personnes.
  - Parler au bébé, car ce n'est pas en écoutant la radio ou la télévision qu'il apprendra à parler.
  - Nommer les objets qu'il observe ou qu'il manipule, commenter les actions qu'il entreprend.
  - Faire la lecture au bébé dès son plus jeune âge dans une atmosphère chaleureuse et aimante.
  - Lire une histoire à haute voix, puis en discuter avec l'enfant, lui poser des questions.



### FAITES LE POINT

5. Dressez les grandes lignes du développement de la permanence de l'objet selon Piaget.
6. Comment les chercheurs s'y prennent-ils pour évaluer l'efficacité du traitement de l'information chez les bébés ?
7. Expliquez la différence entre la mémoire implicite et la mémoire explicite.
8. À sa naissance, votre fille a reçu en cadeau une poupée avec un gros visage souriant, des cheveux en filaments et des vêtements colorés qui présentent toutes sortes de textures qui produisent des sons différents lorsqu'on les manipule. Elle est douce au toucher et très malléable. En vous inspirant des sous-stades de l'intelligence sensorimotrice de la théorie de Piaget, expliquez comment votre petite fille pourrait jouer avec cette poupée à l'âge de deux mois, de six mois et de quatorze mois.

## 3.3 Le développement du langage



Lorsque Mégane répète « ti-pessons » quand elle voit des poissons, elle nous fournit un exemple du lien qui existe entre le langage, un système de communication basé sur les mots et la grammaire, ainsi que le développement cognitif. Mégane fait le lien entre les petits poissons et les sons qui peuvent symboliser ceux-ci.

Une fois qu'un enfant connaît les mots, il possède un système de symboles qu'il peut utiliser pour se représenter des actions ainsi que pour évoquer les objets et les personnes qui l'entourent. Il peut réfléchir sur ces objets et ces personnes et communiquer ses besoins, ses sentiments ou ses opinions. Il développe ainsi une maîtrise de plus en plus grande sur sa vie. Mais comment l'enfant arrive-t-il à percer le code de communication ?

Le développement du langage illustre très bien l'interaction qui existe entre tous les aspects du développement. En effet, au fur et à mesure que les structures physiques nécessaires à la production des sons deviennent matures et que les connexions nerveuses nécessaires à l'association des sons et du sens des mots deviennent actives, l'interaction sociale avec les adultes amène l'enfant à développer un système de communication. Nous allons voir maintenant les étapes du développement du langage et la manière dont les parents et les autres personnes de l'entourage peuvent aider l'enfant dans ce processus, qui lui permettra plus tard de lire et d'écrire.

### 3.3.1 Les étapes du développement du langage

Le développement du langage ne commence pas seulement lorsque l'enfant dit son premier mot. Avant de pouvoir utiliser des mots pour manifester ses besoins et ses émotions, le bébé se fait d'abord comprendre par une variété de sons. La progression, à peu près la même pour tous, va des pleurs à l'imitation accidentelle, en passant par le gazouillis et le babillage, pour aboutir enfin à l'imitation délibérée : c'est ce qu'on appelle le **langage prélinguistique**. Peu après, le vocabulaire s'étend, les mots se combinent pour former des phrases et l'enfant commence à intégrer quelques règles de syntaxe (*voir le tableau 3.4*).

#### La reconnaissance des sons

La capacité de différencier les sons est essentielle au développement du langage. Nous avons vu que le fœtus pouvait entendre bien avant de naître. Le fait d'entendre sa langue maternelle avant la naissance pourrait préparer l'oreille du bébé à repérer plus tard les **phonèmes** de base, c'est-à-dire les sons des voyelles et des consonnes propres à sa langue (DeCasper *et al.*, 1994).

Chaque langue a son propre système de sons. Autour de six mois, les enfants apprennent à reconnaître les phonèmes de base de leur langue maternelle et ils peuvent s'ajuster à de légères différences dans la façon dont ils sont prononcés. La perception phonétique joue alors un rôle important dans l'acquisition du langage puisque le cerveau s'ajuste aux modèles de sons de la langue entendue en excluant ceux qui n'en font pas partie (Kuhl *et al.*, 2005). De plus, les bébés exposés à deux langues régulièrement vont reconnaître non seulement les sons de ces deux systèmes, mais ils seront capables de distinguer les modèles et les rythmes qui différencient ces deux langues (Burns et Werker, 2010).

Enfin, vers dix mois, les enfants perdent l'aptitude qui leur permettait de distinguer les phonèmes qui ne font pas partie de la langue parlée par leur entourage. Par exemple, les enfants japonais ne sont plus capables de différencier les sons « ra » et « la », puisque la distinction entre ces sons n'existe pas dans la langue japonaise (Lalonde et Werker, 1995). Toutefois, avec des efforts, cette aptitude peut être réactivée plus tard.

#### Langage prélinguistique

Mode d'expression orale qui précède le langage véritable. Il se compose de pleurs, de gazouillis, de babillages, d'imitations accidentelles puis délibérées de sons que l'enfant ne comprend pas.

#### Phonème

Son de base d'une langue, généralement une voyelle ou une consonne.



**TABLEAU 3.4 Les jalons du développement du langage**

Âge en mois	Développement
Naissance	Peut percevoir le langage, pleure, peut réagir aux sons.
1 et demie à 3	Gazouille.
3	Joue avec les sons.
6 à 7	Reconnaît les phonèmes de sa langue maternelle.
6 à 10	Babille en séquences des consonnes et des voyelles.
9 à 10	Imite des sons intentionnellement.
9 à 12	Utilise quelques gestes sociaux.
10 à 12	Ne peut plus distinguer les autres sons et sa langue maternelle.
10 à 14	Dit son premier mot (habituellement pour nommer quelque chose).
10 à 18	Dit des mots uniques – holophrases.
11 à 13	Comprend la fonction symbolique des mots. Le vocabulaire passif s'enrichit.
13 à 14	Utilise des gestes symboliques.
16 à 24	Apprend plusieurs mots nouveaux et étend son vocabulaire rapidement (de 50 à environ 400 mots). Utilise des verbes et des adjectifs.
18 à 24	Dit ses premières phrases de deux mots. Langage télégraphique.
20 à 24	Utilise moins les gestes et nomme plus de choses.
20 à 30	Apprend des nouveaux mots tous les jours, utilise des combinaisons de trois mots ou plus, fait des erreurs de syntaxe, se préoccupe de plus en plus d'être compris.
36	Arrive à bien se faire comprendre.

### Le langage prélinguistique

**Les pleurs** Les pleurs constituent le premier et l'unique mode de communication du nouveau-né. Les pleurs d'un bébé peuvent sembler identiques pour une oreille étrangère, mais les différences de ton, de modulation et d'intensité qui signalent la faim, la fatigue, la douleur ou la colère sont reconnues par l'oreille exercée des parents. Les adultes trouvent les pleurs agressants pour une bonne raison : ils doivent trouver la source du problème et s'en occuper. Ainsi, pour le bébé, pleurer constitue un bon mécanisme d'adaptation.

**Les gazouillis** Entre six semaines et trois mois, le bébé commence à rire et à **gazouiller** lorsqu'il est content : il crie, glousse et prononce des voyelles comme le « a ». Vers l'âge de trois mois commence ensuite un genre de tennis verbal : l'enfant s'amuse à émettre une variété de sons qui semblent reproduire ceux qu'il entend autour de lui. Souvenons-nous que c'est vers quatre mois que l'enfant passe des réactions circulaires primaires aux réactions circulaires secondaires. Ainsi, il gazouille d'abord pour le simple plaisir de produire des sons et, ensuite, au stade des réactions circulaires secondaires, il peut gazouiller pour attirer ou garder l'attention.

**Le babillage** Le **babillage**, c'est-à-dire la répétition de chaînes composées d'une consonne et d'une voyelle comme « ma-ma-ma-ma », se produit entre six et dix mois ; on les confond souvent avec les premiers mots de l'enfant. Or, le babillage n'est pas un langage à proprement parler, même s'il se rapproche néanmoins peu à peu des mots et qu'il conduit généralement aux premières paroles. Au départ, le bébé imite par hasard les sons entendus, puis il imite ses propres sons. Vers neuf ou dix mois, il imite délibérément d'autres sons qu'il entend autour de lui, sans les comprendre pour autant. Une fois

#### Gazouiller

Émettre des gazouillis, premiers sons simples émis par les bébés.

#### Babillage

Répétition de sons composés d'une consonne et d'une voyelle.

**Geste social conventionnel**

Geste qui sert à communiquer et qui est utilisé par l'ensemble de la communauté.

**Geste symbolique**

Geste qui sert à représenter des objets ou des situations.



Lorsque Thomas tend les bras, de quel type de geste s'agit-il ?

**L'expression gestuelle**

Même si les mots sont absents, cette enfant sait très bien comment utiliser des gestes conventionnels pour signifier ce qu'elle veut.

qu'il possède son répertoire de sons, il arrive que le jeune enfant les rassemble selon un modèle qui ressemble au langage réel, mais qui n'a aucune signification particulière. Bien avant de pouvoir relier les sons à leur signification, l'enfant est capable de reconnaître les sons entendus fréquemment comme son nom. On a observé qu'un enfant de cinq mois écoute plus longtemps son nom que d'autres noms (Newman, 2005). Finalement, une fois que les enfants sont familiarisés avec les sons des mots et des phrases, ils commencent à leur attribuer une signification (Fernald, Perfors et Marchman, 2006).

**L'expression gestuelle** Avant de pouvoir parler, les bébés pointent le doigt. Ce geste indique qu'ils veulent communiquer quelque chose. Entre 9 et 12 mois, les enfants apprennent quelques **gestes sociaux conventionnels** : agiter la main pour exprimer un « au revoir », hocher la tête pour dire « oui » ou secouer la tête pour dire « non », taper dans les mains pour manifester leur joie, etc. Peu à peu, les gestes se rapportent à des significations plus complexes : lever les bras pour se faire prendre ou porter un verre vide à sa bouche pour exprimer le désir de boire. Les **gestes symboliques**, comme souffler pour dire que c'est chaud, apparaissent souvent en même temps que les premiers mots et ils fonctionnent d'ailleurs comme eux. Ces gestes montrent qu'avant de pouvoir parler, l'enfant comprend que les objets et les concepts ont des noms et qu'il peut utiliser des symboles pour désigner tous les objets et les événements de sa vie quotidienne. Ces gestes symboliques sont habituellement utilisés avant que le vocabulaire de l'enfant n'atteigne 25 mots, et ils disparaissent généralement lorsque l'enfant a appris les mots correspondant aux idées qu'il exprimait jusque-là par des gestes (Lock *et al.*, 1990).

L'expression gestuelle semble se produire spontanément. On a remarqué que les enfants aveugles produisent eux aussi des gestes en parlant, comme le font les voyants. L'utilisation de gestes ne dépend donc pas seulement de la présence d'un modèle ou d'un observateur, mais semble faire partie intégrante du processus d'acquisition du langage.

Bien que les enfants construisent presque tous leurs gestes, le rôle des parents demeure important. Des chercheurs considèrent en effet que les gestes utilisés par un enfant de 14 mois, comme pointer l'index en direction de ce qu'il désire, traduisent son besoin de communiquer et d'agir sur son environnement. En filmant des enfants pendant 90 minutes, ils ont constaté qu'à 14 mois, les enfants utilisaient en moyenne 20 gestes signifiants et prononçaient 13 mots. Ils ont évalué de nouveau le vocabulaire de ces enfants à l'âge de quatre ans et demi et ont constaté que plus l'enfant utilisait de gestes à 14 mois, plus son vocabulaire était riche. Si l'enfant grandit dans un milieu pauvre en stimulations sensorielles, c'est-à-dire avec des parents dépressifs, malades, sans ressources, etc., il sera moins exposé à des gestes signifiants et son manque de vocabulaire risquera alors d'avoir une incidence sur sa scolarité (Rowe et Goldin-Meadow, 2009).

**L'utilisation des mots et des phrases**

L'enfant moyen prononce son premier mot entre 10 et 14 mois, amorçant par là son usage du langage véritable. Rapidement, l'enfant utilisera beaucoup de mots et manifesterà une certaine compréhension de la grammaire, de la prononciation, de l'intonation et du rythme.

**Les premiers mots** Comme nous l'avons vu, le « ma-ma-ma-ma » que l'enfant de huit ou neuf mois prononce à l'étape du babillage est souvent considéré par les parents comme le premier mot de l'enfant pour dire « maman ». C'est pourtant rarement exact. C'est donc quand le son « ma-ma » sert vraiment à désigner ou à appeler sa maman qu'on peut affirmer que l'enfant a prononcé son premier mot. À ce stade-ci, cependant, le répertoire de l'enfant risque de se limiter à « maman » ou « papa ». Il est aussi probable que l'enfant ne puisse prononcer qu'une seule syllabe, qui aura plusieurs significations selon les circonstances. Par exemple, le « da » d'un enfant peut signifier : « Je veux ceci. » s'il désigne en même temps un objet précis ; « Je veux sortir. » s'il pointe la porte ; « Où est papa ? » s'il

prend un air interrogateur. On appelle ce genre de mot une **holophrase**, car, à lui seul, il exprime une pensée complète, souvent accompagnée d'une composante émotive.

Tout au long du stade du mot unique, qui dure jusqu'à l'âge de 18 mois environ, le vocabulaire s'enrichit. Les sons et les rythmes de la parole évoluent et, même si une grande partie du discours de l'enfant en reste au stade du babillage (beaucoup d'enfants de plus d'un an babillent en effet presque constamment), ce babillage est plutôt expressif.

**Le développement du vocabulaire** Entre 11 et 13 mois, l'enfant semble généralement saisir la fonction symbolique de la désignation, c'est-à-dire qu'il se rend compte qu'un mot désigne un objet ou un événement précis. À cet âge, et durant toute la vie, le **langage réceptif**, c'est-à-dire la compréhension des mots, est beaucoup plus étendu que le **langage expressif**, c'est-à-dire la capacité de s'exprimer avec des mots. Généralement, l'enfant comprend d'abord soit son propre nom, soit le mot « non », ce qui n'est pas très étonnant si l'on considère le fait que ce sont les deux mots qu'un enfant actif risque d'entendre le plus souvent. Il a aussi tendance à généraliser les concepts: le mot « balle » peut ainsi désigner une orange, tandis qu'un « chat » peut aussi être un chien. C'est au fur et à mesure que les concepts se définissent que le vocabulaire se précise.

Au début, l'augmentation du vocabulaire se fait assez graduellement. Toutefois, vers la fin de la deuxième année (soit entre 16 et 24 mois), on assiste soudainement à une explosion de mots. Les noms d'objets ou de personnes sont alors plus faciles à apprendre pour l'enfant. Des études ont même démontré que, quelle que soit la langue maternelle (français, espagnol, allemand, hébreu, italien, coréen ou anglais), les enfants de 20 mois utilisaient dans toutes ces langues plus de noms que n'importe quelle autre catégorie de mots (Bornstein *et al.*, 2004).

L'encadré 3.4 à la page suivante, aborde la question du développement du vocabulaire chez les enfants francophones du Québec.

**Les premières phrases** En général, les enfants agencent deux ou plusieurs mots pour exprimer une idée lorsqu'ils ont entre 18 et 24 mois, mais cela demeure néanmoins très variable. Bien que le langage prélinguistique soit relativement lié à l'âge chronologique, le langage verbal, lui, ne l'est pas. Certains enfants qui commencent à parler relativement tard rattrapent ainsi assez rapidement le temps perdu.

Les premières phrases prononcées ne comportent d'abord que des mots essentiels à la compréhension de l'idée générale: c'est un **langage télégraphique**. Lorsque Mégane dit « pati pessons », elle combine deux mots qu'elle connaît bien pour exprimer une pensée complète: « C'était des poissons et ils ne sont plus là. » Comme dans le cas des holophrases, les phrases de deux mots peuvent présenter des significations différentes selon leur contexte de production. Ainsi, un enfant qui dit « auto maman » peut vouloir dire que l'auto qu'il désigne appartient à maman, qu'il entend l'auto de maman, que maman est partie en auto ou qu'il désire se promener en auto avec maman.

**L'apparition de la syntaxe** Ce n'est pas parce que l'enfant n'utilise pas les mots de fonction qu'il ne les comprend pas. Au début, les articles et les prépositions lui font défaut (« Tombé soulier. »), tout comme les sujets et les attributs (« Boit lait. »). L'enfant peut ensuite agencer deux relations élémentaires (« Vincent frappe. » et « Frappe balle. ») pour enfin être capable d'établir une relation plus complexe (« Vincent frappe balle. »)

Entre 20 et 30 mois, le jeune enfant fait un progrès remarquable sur le plan de la **syntaxe**; il maîtrise de plus en plus les règles qui président à l'organisation des mots et des phrases. Il commence à utiliser des articles, des mots au pluriel et des terminaisons de verbes. À trois ans, il peut répondre et poser des questions qui commencent

### Holophrase

Mot qui exprime une pensée complète.

### Langage réceptif

Capacité de comprendre la signification des mots.

### Langage expressif

Capacité de s'exprimer avec des mots.



### Langage télégraphique

Langage qui utilise des phrases ne comportant que quelques mots essentiels.

### Syntaxe

Règles qui président à l'organisation des mots et des phrases.

**Natacha Trudeau** | Professeure à l'école d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal et chercheuse



### Le développement du vocabulaire chez les enfants francophones du Québec

Orthophoniste et détentriche d'un doctorat en sciences biomédicales, Natacha Trudeau poursuit ses recherches au CRIR-IRD et au CHU Ste-Justine tout en étant professeure agrégée à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal.

Son champ de recherche principal est le développement du langage chez les enfants francophones du Québec, de la naissance à l'âge de 5 ans.

Il existe relativement peu de ressources pour évaluer le développement du langage chez les enfants francophones du Québec, bien que de plus en plus de chercheurs travaillent sur cette question et rendent disponibles des données pertinentes sur le développement du français québécois.

Le développement du langage des enfants québécois respecte les grandes lignes du développement observées dans d'autres langues ou d'autres communautés culturelles (français du Québec par rapport au français d'Europe). Toutefois, des données propres à certaines caractéristiques du français au Québec sont maintenant disponibles. Par exemple, sur le plan de la taille du vocabulaire, les francophones du Québec ont tendance à se situer au-dessus des Français (Trudeau et Sutton, 2011). Au Québec, des données montrent toutefois que les petits francophones ont un nombre de mots moins élevé que les anglophones du même âge (Elin Thordardottir, 2005). Madame Trudeau avance quelques hypothèses pour expliquer cette différence avec l'anglais. La première, c'est que les mots en français sont souvent plus longs et plus complexes que les mots en anglais. Ainsi, l'enfant en apprend un peu moins au début. La deuxième explication avancée, c'est que le français étant plus riche sur le plan de la morphologie (règles de formation des mots), on suppose que l'enfant développe en parallèle d'autres aspects et commence déjà à exprimer la morphologie, même si son lexique demeure restreint, ce qui est confirmé par l'étude d'Elin Thordardottir (2005). Il est par contre plus difficile d'expliquer pourquoi le vocabulaire du jeune enfant est plus large au Québec qu'en France. Il s'agirait probablement de différences culturelles plutôt que linguistiques, puisqu'on obtient le même constat avec l'anglais. Les jeunes enfants britanniques auraient en effet eux aussi un lexique moins

étendu que les Américains. Le parent européen serait-il donc plus strict lorsqu'il rapporte les mots maîtrisés par son enfant ? À moins, bien sûr, que les échantillons américains et européens aient été différents sur le plan du niveau de scolarité des parents, du rang dans la famille ou du sexe de l'enfant ; variables qui peuvent influencer la taille du lexique (Trudeau et Sutton, 2011). Par exemple, une recherche récente montre que les filles ont un léger avantage sur les garçons en ce qui concerne la taille du lexique (Bouchard, Trudeau, Sutton, Boudreault et Deneault, 2009). De même, si l'on savait déjà que le niveau d'éducation des parents est un facteur important dans le développement du langage des enfants, les dernières données ont permis de préciser que c'est pour les groupes très peu scolarisés (moins que secondaire 5) que le niveau d'éducation constitue un réel désavantage dans le développement du lexique (Boudreault, Trudeau et Bouchard, 2006).

Les recherches ont également permis d'établir l'ordre d'apparition de certains mots dans le lexique des enfants québécois et de comprendre la séquence d'acquisition des catégories de mots (noms, verbes, articles). Au début, le lexique de l'enfant est dominé par des noms et des mots liés à des routines sociales. Plus le lexique s'élargit, plus les verbes, les mots grammaticaux et les descripteurs prennent de l'importance (Trudeau et Sutton, 2011). Le fait de connaître l'ordre d'émergence de certains concepts et de savoir à partir de quel âge un enfant peut commencer à former des phrases plus ou moins complexes peut aider l'entourage à stimuler certaines habiletés particulières et amener ainsi l'enfant à un niveau d'apprentissage plus élevé. Selon le sexe de l'enfant, on constate là encore des différences dans l'ordre d'acquisition des mots. Par exemple, le mot « camion » apparaît plus tôt chez les garçons que chez les filles.

Il est donc toujours important de connaître les caractéristiques de la communauté à laquelle un enfant appartient lorsqu'on se questionne sur le développement de son langage. Les travaux de Natacha Trudeau ont permis de décrire l'acquisition typique du lexique dans la communauté québécoise, ce qui donne des repères plus précis quand on observe un enfant. Les performances langagières en bas âge sont liées à son développement subséquent. Par exemple, le nombre de mots produits par l'enfant à 26-28 mois permet de prédire la complexité des phrases 6 mois plus tard (Trudeau et Sutton, 2011). Une identification précoce des difficultés ainsi qu'une intervention appropriée pourront favoriser un développement harmonieux et optimal de l'enfant.

par « qu'est-ce que » ou par « où », mais il éprouve plus de difficulté avec les « pourquoi » et les « comment ».

Bien que le jeune enfant parle enfin couramment de façon intelligible et passablement correcte d'un point de vue grammatical, son discours est encore truffé d'erreurs parce qu'il ignore les exceptions aux règles. Une erreur comme « il tenait » au lieu de « il tenait » dénote donc un signe de progrès dans l'apprentissage d'une langue. Une fois que l'enfant découvre les règles, il a en effet tendance à les appliquer sans distinction. C'est ce qu'on appelle la **surgénéralisation des règles**. Le résultat est la plupart du temps correct, sauf pour les exceptions. Ayant appris les règles du pluriel et de

#### Surgénéralisation des règles

Emploi généralisé de règles grammaticales ou de règles de syntaxe qui ne tient pas compte des exceptions.

l'imparfait, il peut dire que « les chats pleuraient » ou que « les poupées mangeaient des fraises », mais la surgénéralisation des règles l'amènera à dire que « les oiseaux s'envolaient petits » au lieu de « étaient ». De même, c'est parce qu'il généralise l'accord du participe passé des verbes comme « couru », « connu » ou « reconnu » que l'enfant dira qu'il a « pleuvu ». À mesure que l'enfant entend les gens parler et qu'il participe lui-même aux conversations, il remarque alors que la conjugaison des verbes irréguliers diffère notablement de celle du modèle régulier. On pourrait donc penser que de telles « erreurs » constituent un pas en arrière, alors qu'en réalité, elles indiquent au contraire un progrès considérable dans l'apprentissage d'une langue.

À trois ans, un enfant arrive ainsi généralement très bien à se faire comprendre et, à la fin de l'enfance, il a acquis la pleine maîtrise de la grammaire, même si son vocabulaire et la complexité de ses phrases continuent de s'accroître. Le langage des enfants n'est donc pas simplement une version simplifiée du langage des adultes : il présente de véritables traits distinctifs. Le tableau 3.5 résume quelques-unes de ces caractéristiques du langage des jeunes enfants.

**TABLEAU 3.5** Les caractéristiques du langage infantin

Caractéristique	Description	Exemple
L'enfant simplifie.	Il en dit juste assez pour être compris.	Juliette dit « bon nana » au lieu de « C'est bon des ananas. »
L'enfant restreint la signification des mots.	Il croit qu'un concept ne peut désigner qu'une seule chose.	Papa répare une porte, il dit « Je vais prendre mes outils. » et il prend un marteau. Pour Éric, le mot « outils » va désigner seulement le marteau et non les autres outils.
L'enfant généralise les concepts.	Il étend l'utilisation d'un concept pour désigner des éléments qui sont semblables.	Pour Benito, tous les hommes qui ont des cheveux gris sont des grands-papas.
L'enfant comprend plus qu'il ne dit.	Il comprend les relations grammaticales avant de pouvoir les exprimer avec des mots.	Anouk dit « Chien court. » Elle comprend que le chien court après l'écureuil, mais elle ne peut pas encore enchaîner suffisamment de mots pour dire « Le chien court après l'écureuil. »
L'enfant généralise les règles grammaticales.	Il utilise des règles grammaticales pour former des mots nouveaux, mais il ne tient pas compte des exceptions aux règles.	Maman regarde par la fenêtre et dit « C'est venteux et pluvieux. » Éva ajoute « et froideux ».

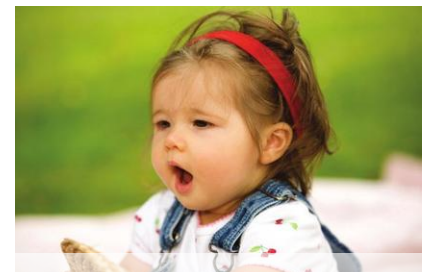
### 3.3.2 Les théories de l'acquisition du langage

Est-ce que les habiletés langagières sont innées ou acquises ? Dans les années 1950, un vif débat s'est engagé entre deux écoles de pensées : l'une menée par Burrhus Frederic Skinner, partisan de l'apprentissage, et l'autre, par le linguiste Noam Chomsky, partisan d'un facteur inné dans l'acquisition du langage.

#### Les théories de l'apprentissage

Skinner (1957) soutenait que les enfants apprennent à parler comme ils apprennent d'autres comportements, c'est-à-dire de façon opérante, par renforcement. Les enfants émettraient des sons au hasard. Ceux qui ressemblent au discours adulte seraient renforcés par un sourire, de l'attention ou l'obtention de l'objet désiré, et seraient donc utilisés de nouveau.

Selon les théoriciens de l'apprentissage social, les enfants imitent les phonèmes qu'ils entendent prononcer dans leur entourage, et les adultes y réagissent. Puisque les parents encouragent leurs enfants lorsqu'ils émettent des sons qui imitent le langage adulte, ceux-ci émettent alors de plus en plus de sons. Les renforcements obtenus seraient toutefois sélectifs. Ainsi le mot « chat » n'est renforcé que lorsque c'est le chat de la maison qui apparaît et non le chien. Avec le temps, les enfants finissent par adopter un langage de plus en plus semblable à celui des adultes.



#### L'apprentissage du langage

Selon les théoriciens de l'apprentissage social, les enfants apprennent à parler par observation, imitation et renforcement.

## La théorie innéiste

Selon Chomsky (1957), l'observation, l'imitation et le renforcement ne peuvent expliquer à eux seuls tout le développement du langage. Tout d'abord, les combinaisons de mots et les nuances sont si nombreuses et si complexes qu'elles ne peuvent être apprises uniquement par imitation et renforcement. Ensuite, les adultes qui prennent soin de l'enfant renforcent souvent des énoncés qui sont grammaticalement incorrects, mais qui ont un sens. De plus, le discours de l'adulte lui-même n'est pas toujours un modèle à imiter (mots mal prononcés, phrases incomplètes ou mal structurées, etc.). Enfin, les théories de l'apprentissage ne peuvent pas expliquer la grande créativité de l'enfant dans ses façons de dire des choses qu'il n'a jamais entendues, comme le fait de dire d'un avion au loin qu'il était « très là-bas » ou que l'autobus était « bruiteux ».

### Théorie innéiste

Théorie selon laquelle l'acquisition du langage relève d'une capacité innée.

### Dispositif d'acquisition du langage

Selon la théorie innéiste de Noam Chomsky, ensemble des structures mentales innées permettant à l'enfant de déduire les règles grammaticales par l'analyse du langage qu'il entend dans son entourage.

Le point de vue de Chomsky sur l'acquisition du langage est appelé **théorie innéiste**. Contrairement aux théories de l'apprentissage, la théorie innéiste met l'accent sur le rôle actif de l'apprenant. Comme le langage est universel chez les êtres humains, Chomsky prétend qu'ils possèdent la capacité d'apprendre à parler aussi naturellement qu'ils apprennent à marcher. Le nouveau-né posséderait donc un **dispositif d'acquisition du langage** inné, qui le prédisposerait à donner une signification aux sons qu'il entend et à comprendre les règles sous-jacentes à sa langue (Chomsky, 1957, 1972). Plusieurs faits semblent confirmer ce point de vue :

- Les nouveau-nés sont capables de différencier des sons semblables, ce qui laisse croire qu'ils naissent avec un mécanisme de perception qui leur permet de capter les caractéristiques du discours.
- Quelle que soit la complexité de leur langue maternelle, presque tous les enfants l'apprennent, et ils en acquièrent les principes de base sans enseignement formel, selon une séquence déterminée par leur âge.
- L'enfant qui commence à parler ne se limite pas à répéter des phrases toutes faites. Il crée des mots nouveaux et structure continuellement de nouvelles phrases, même sans jamais les avoir entendues auparavant.
- L'être humain, le seul animal doué de la parole, est aussi le seul dont le cerveau est plus volumineux d'un côté que de l'autre ; d'autre part, cet hémisphère (généralement le gauche) possède des structures spécialisées pour le langage (Gannon *et al.*, 1998).

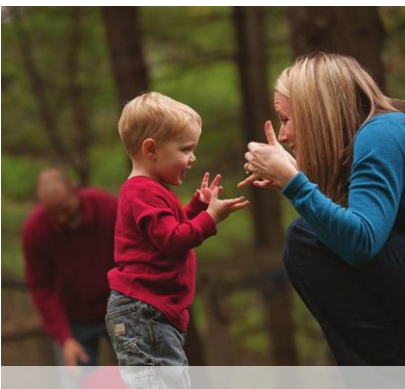
Néanmoins, la perspective innéiste n'explique pas pourquoi certains enfants parlent mieux et plus rapidement que d'autres. Elle n'explique pas non plus les différences individuelles dans les aptitudes grammaticales et la facilité d'élocution, ni pourquoi l'acquisition du langage dépend de la présence d'un interlocuteur et pas simplement de l'écoute de la langue.

## L'apport de ces deux théories

Des éléments de ces deux théories (de l'apprentissage et innéiste) ont été utilisés pour expliquer comment les enfants sourds apprennent le langage des signes.

Les théoriciens de l'apprentissage constatent que les enfants sourds qui ont des parents sourds semblent imiter le langage des signes qu'ils voient chez leurs parents. En utilisant des mouvements des mains d'une manière plus systématique et délibérée que les bébés qui entendent, ils combinent des gestes sans signification et les répètent inlassablement, telle une sorte de babillage des mains. À mesure que les parents renforcent de tels gestes, les bébés leur associent alors une signification.

De leur côté, les théoriciens innéistes signalent que des enfants sourds peuvent produire leur propre langage des signes, même s'ils n'ont aucun modèle à imiter. Ils commencent à babiller avec leurs mains au même âge où les enfants non sourds commencent à babiller vocalement, et on observe cette même correspondance dans la construction de phrases (Goldin-Meadow, 2007). Il semble donc qu'une même capacité



### Le langage des signes

Les enfants sourds commencent à babiller avec leurs mains à l'âge où les enfants non sourds commencent à babiller vocalement.

innée soit à la base de l'acquisition de la langue parlée et de la langue des signes et que les progrès dans ces deux sortes de langage sont liés à la maturation du cerveau.

Aujourd'hui, la plupart des spécialistes du langage croient que l'acquisition du langage, comme la plupart des autres aspects du développement, dépend d'une interaction entre les facteurs innés et ceux provenant de l'environnement. Dès la naissance, les enfants, qu'ils entendent ou non, seraient donc dotés de la capacité d'acquérir une langue, capacité qui serait activée, puis développée par l'expérience.

### 3.3.3 Les facteurs d'influence de l'acquisition du langage

Qu'est-ce qui détermine la rapidité et la facilité avec lesquelles un enfant apprend à parler? Ici encore, il est possible de constater les influences respectives de l'hérédité et du milieu.

#### La maturation du cerveau

L'incroyable croissance du cerveau et sa réorganisation durant les premiers mois et les premières années de vie sont étroitement liées au développement du langage. Les pleurs du nouveau-né sont contrôlés par le tronc cérébral, une des parties les plus primitives du cerveau et parmi les premières à se développer (*voir la figure 3.1, à la page 75*). Le babillage répétitif commencerait par la maturation de certaines parties de la zone motrice qui contrôle les mouvements du visage et du larynx. On a en effet observé, dans le cerveau, l'émergence de liens entre les perceptions phonétiques et les zones motrices dès l'âge de 6 mois, des connexions qui se raffermissent entre 6 et 12 mois (Imada *et al.*, 2006). Les régions corticales associées au langage n'atteignent toutefois leur complète maturité qu'à la fin de l'âge préscolaire et même au-delà, certaines ne l'atteignant même pas avant l'âge adulte.

La latéralisation des fonctions linguistiques dans le cerveau apparaît très tôt dans la vie. Dans 98% des cas, même si l'hémisphère droit participe, l'hémisphère gauche domine en tout ce qui a trait au langage. Chez les jeunes enfants qui ont un vocabulaire étendu, l'activation du cerveau semble se concentrer dans le côté gauche des lobes temporal et pariétal alors que chez les enfants au vocabulaire restreint, l'activation du cerveau est plus dispersée (Kuhl et Rivera-Gaxiola, 2008).

Selon des études réalisées sur des enfants dont le cerveau était endommagé, il semblerait aussi qu'il existe une période critique avant que la latéralisation du langage ne soit fermement établie. La plasticité du cerveau du nourrisson permettrait en effet le transfert de fonctions depuis les zones endommagées vers d'autres régions. Alors qu'un adulte dont l'hémisphère gauche est blessé peut souffrir de pertes considérables sur le plan du langage, un jeune enfant qui subirait le même problème pourrait ainsi conserver une élocution et une compréhension à peu près normales (Nobre et Plunkett, 1997).

D'autres preuves de la plasticité cérébrale ont été apportées lorsqu'on a découvert que les régions supérieures du lobe temporal, qui sont impliquées dans la compréhension de la parole, pouvaient être activées chez une personne sourde dès sa naissance si celle-ci utilisait le langage des signes (Nishimura *et al.*, 1999). De telles découvertes suggèrent que l'attribution des fonctions langagières aux structures cérébrales est un processus graduel lié à l'expérience verbale et au développement cognitif.

#### Les interactions sociales et le rôle des parents

Le langage est un comportement social. Il ne suffit pas d'avoir la maturation biologique et les structures cognitives nécessaires pour l'acquérir, mais il faut aussi des interactions avec un interlocuteur vivant. Les parents ainsi que toutes les personnes qui s'occupent d'un enfant jouent un rôle important à chaque étape du développement du langage, en procurant à l'enfant des occasions de communiquer et en le motivant à parler. Aussi, les enfants qui grandissent sans interactions sociales normales n'ont pas

un développement du langage normal, comme on l'a vu avec les enfants des orphelins roumains, et ceux qui ne sont exposés au langage que par l'entremise de la télévision ou de l'ordinateur n'en ont pas davantage. Toutefois, cela peut changer à mesure que l'enfant vieillit puisque des études menées auprès d'enfants de 30 à 42 mois, chez qui les structures de base du langage étaient déjà établies, ont montré qu'ils pouvaient apprendre comment utiliser un nouveau verbe en regardant la télévision (Roseberry *et al.*, 2009).

### La période prélinguistique

À l'étape du babillage, les parents peuvent aider leur enfant à progresser en répétant les sons qu'il produit. Le bébé entre rapidement dans le jeu et répète les sons en retour. Ces interactions agissent sur le rythme d'acquisition du langage et permettent d'expérimenter l'aspect social du langage. Elles initient le bébé au fait que la conversation se fait à tour de rôle.

Des chercheurs californiens ont mis au point une méthode (*Baby Signs*) pour apprendre aux enfants à communiquer par gestes, avant même qu'ils soient capables de parler. Actuellement, des ateliers basés sur cette méthode sont offerts aux parents un peu partout dans le monde, dont plusieurs au Québec. Une recherche longitudinale portant sur des enfants de 15 à 36 mois démontre que l'utilisation de gestes ne nuit pas au langage verbal, mais qu'au contraire, il favorise à la fois le langage réceptif et le langage expressif (Goodwyn *et al.*, 2000).

### Le développement du vocabulaire

Quand le bébé commence à parler, les parents peuvent accélérer l'acquisition du vocabulaire en répétant les mots qu'il dit et en les prononçant correctement. Selon une étude longitudinale, la réaction des mères aux vocalisations de leur bébé de neuf mois permet de prédire les moments d'apparition des grands jalons du langage, comme les premiers mots et les premières phrases (Tamis-LeMonda, Bornstein et Baumwell, 2001).

Les mères qui ont un statut socioéconomique élevé ont tendance à utiliser un vocabulaire plus riche et des énoncés plus longs lorsqu'elles parlent à leur bébé, et ce dernier a par conséquent tendance à recourir lui-même à un vocabulaire assez varié lorsqu'il commence à construire ses premières phrases (Hoff, 2003). Cependant, la sensibilité de la mère et ses réactions appropriées sur le plan du développement de l'enfant sont plus importantes que le nombre de gestes ou de mots qu'elle utilise.

### Apprendre plus d'une langue

Dans les familles où plus d'une langue est utilisée, les enfants maîtrisent les différentes étapes d'acquisition de chaque langue au même moment que les enfants qui sont exposés à une seule langue, mais leur vocabulaire est un peu moindre dans chacune des langues (Hoff, 2006). Les enfants bilingues utilisent souvent des éléments des deux langues, parfois dans la même phrase («c'est un *monkey*»): c'est ce qu'on appelle le **mélange de codes**. Toutefois, cela ne signifie pas qu'ils confondent les deux langues (Pettito et Kovelman, 2003). Des enfants québécois de deux ans vivant dans des foyers bilingues se sont montrés tout à fait capables de distinguer les deux langues; ils vont par exemple s'adresser à leur mère francophone en français et à leur père anglophone en anglais (Genesee, Nicoladis et Paradis, 1995). Cette habileté à passer d'une langue à l'autre s'appelle l'**alternance de code**. Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur cette question du bilinguisme chez les enfants.

### Le langage de bébé

Souvent, les adultes parlent d'une bien drôle de façon lorsqu'ils s'adressent à des enfants qui apprennent à parler. Comparativement au langage ordinaire, le **langage de bébé** est un langage simplifié qui possède davantage d'intonations, qui exagère les sons des voyelles, qui utilise des phrases plus courtes et qui présente beaucoup de



Est-ce que le papa de Mégane s'y prend correctement pour stimuler le développement du vocabulaire chez sa fille? Pourquoi?



#### Deux langues en même temps

Les enfants qui vivent dans des foyers bilingues sont tout à fait capables de faire la distinction entre deux langues.

#### Mélange de codes

Utilisation d'éléments de deux langues, souvent dans la même phrase, par de jeunes enfants vivant dans des familles où les deux langues sont utilisées.

#### Alternance de code

Chez les jeunes enfants, passage d'une langue à une autre pour s'ajuster à la situation, comme chez les personnes bilingues.

#### Langage de bébé

Langage souvent utilisé pour se mettre à la portée des bébés. Ce langage est simplifié: il comprend beaucoup d'intonations, de phrases courtes, de répétitions et un registre plus aigu.



répétitions. Dans plusieurs langues et cultures différentes, on a remarqué que la plupart des adultes et des enfants l'utilisent de manière spontanée.

Les voix de mères américaines, russes et suédoises ont été enregistrées alors qu'elles parlaient à leur enfant âgé de deux à cinq mois; et elles produisaient toutes plus de sons exagérés de voyelles lorsqu'elles s'adressaient à leur enfant que lorsqu'elles parlaient à des adultes. Plusieurs chercheurs croient que le langage de bébé favorise l'apprentissage de la langue maternelle en dirigeant l'attention de l'enfant sur les caractéristiques distinctives des sons (Kuhl *et al.*, 2005).

### La lecture dirigée

Faire la lecture à un jeune enfant permet de partager des moments d'intimité avec lui, en plus de favoriser la communication verbale entre le parent et l'enfant.

Les adultes ont tendance à utiliser trois styles de lecture avec les enfants: le style descriptif, le style compréhensif et le style orienté sur la performance. Le parent qui utilise le style descriptif se concentre sur la description de ce qui est illustré sur l'image et invite l'enfant à faire de même: «Qu'est-ce qu'il y a dans l'arbre?» Le parent qui a recours au style compréhensif encourage l'enfant à aller un peu plus loin dans la signification de l'histoire en émettant des déductions et des hypothèses («Qu'est-ce que le pompier devrait faire maintenant?») Enfin, un parent dont le style est orienté sur la performance va lire toute l'histoire en introduisant d'avance les termes principaux et en posant ensuite des questions à l'enfant (Reese et Cox, 1999).

Des enfants de 14 mois à trois ans venant de milieux défavorisés à qui l'on a fait la lecture quotidiennement avaient de meilleures habiletés cognitives et langagières à 3 ans que ceux d'un groupe contrôle (Raikes *et al.*, 2006). La fréquence à laquelle les parents font la lecture avec leur enfant, ainsi que la manière dont ils le font, peut influencer le développement de la **littératie**, qui désigne l'habileté à lire et à écrire. Les enfants qui apprennent à lire plus tôt sont généralement ceux à qui les parents ont fait beaucoup de lecture quand ils étaient très jeunes.

Une autre technique, qui ressemble au style descriptif, semble bénéfique pour le développement des habiletés langagières chez le jeune enfant et, plus tard, pour sa compréhension de la lecture à sept ans: c'est la **lecture dirigée**, une méthode selon laquelle l'enfant devient le *lecteur*. Les parents posent des questions ouvertes («Qu'est-ce qu'il y a dans l'arbre?») plutôt que des questions fermées, qui amènent une réponse par «oui» ou par «non» («Est-ce que l'oiseau est dans l'arbre?») Ils prolongent alors la réponse de l'enfant avec d'autres questions, ils répètent et s'étendent sur ce que l'enfant a dit, ils corrigent les mauvaises réponses et proposent d'autres possibilités, tout en aidant l'enfant s'il en a besoin, en l'encourageant et en le félicitant. Ils amènent aussi l'enfant à faire des liens entre l'histoire et ses propres expériences («As-tu déjà vu un chat qui se léchait?» «Comment fait-il cela?»)

Pour pouvoir parler et communiquer, l'enfant doit pratiquer le langage et interagir. En lui parlant, les parents et les autres personnes responsables lui montrent donc comment utiliser de nouveaux mots, comment structurer des phrases et s'exprimer par la parole. De plus, ils lui communiquent le sens élémentaire du déroulement d'une conversation, soit comment introduire un sujet, le commenter, le développer et parler à son tour.

Selon le modèle de U. Bronfenbrenner (*voir le chapitre 1*), l'âge des parents, la façon dont ils interagissent avec leur enfant, le rang de celui-ci dans la fratrie, ses expériences au service de garde et, plus tard, avec ses pairs ainsi que son exposition à la télévision sont autant de facteurs qui affectent le rythme d'acquisition du langage. Il en va de même pour la culture. En effet, les jalons du développement du langage décrits dans ce chapitre sont typiques de la culture occidentale et des enfants de classe moyenne à qui l'on s'adresse directement. Ils ne sont donc pas nécessairement les mêmes dans toutes les cultures, ni pour des niveaux socioéconomiques différents dans une culture donnée (Hoff, 2006).



### La lecture dirigée

Dans la lecture dirigée, le parent pose des questions et aide l'enfant à faire des liens entre l'histoire et ses propres expériences. Cette technique favorise le développement du langage et de la littératie.

### Littératie

Habiletés de lecture et d'écriture.

### Lecture dirigée

Méthode de lecture où l'on pose des questions à l'enfant et où on l'amène à faire des liens avec ses propres expériences.



## FAITES LE POINT

9. Quelles sont les grandes étapes du langage prélinguistique ?
  10. Quelles sont les deux théories qui s'opposent concernant la façon dont les enfants acquièrent le langage et comment arrive-t-on à les concilier ?
11. Tommy a deux mois et ses parents se demandent comment ils pourraient favoriser le développement du langage chez leur enfant dans les prochains mois. Qu'allez-vous conseiller à ces parents ?

## Résumé

### Le développement physique

- Le cerveau du bébé croît rapidement avant la naissance, mais le cortex cérébral poursuit son développement durant quelques années encore après la naissance.
- Lors de la formation du réseau synaptique, un processus d'élagage a lieu : les connexions les plus utilisées sont renforcées et celles qui ne le sont pas ou qui ne fonctionnent pas correctement sont éliminées.
- Les réflexes primitifs disparaissent au bout de quelques mois, au fur et à mesure que le développement cérébral et neurologique se poursuit.
- À cause de la grande plasticité du cerveau de l'enfant, les premières expériences de vie sont d'une importance capitale dans son développement ; les stimulations sensorielles renforcent certaines connexions, tandis que certaines lésions semblent être compensées par d'autres connexions.
- Tous les sens fonctionnent dès la naissance. Le nouveau-né peut ressentir de la douleur dès le premier jour, distinguer plusieurs saveurs et reconnaître la provenance d'une odeur. Il entend bien et parvient à voir les objets qui se trouvent à 20 cm de ses yeux.
- Le sommeil du bébé alterne entre des périodes de sommeil calme ou régulier et des périodes de sommeil actif ou irrégulier.
- À la naissance, les garçons sont généralement un peu plus grands et plus lourds que les filles. La croissance est rapide durant les premiers mois de la vie, et on remarque que la proportion de la tête diminue au fur et à mesure que l'enfant grandit.
- Le développement de la coordination vision-mouvement est au centre des progrès de la motricité dans les premiers mois.
- Le fait de pouvoir se déplacer par lui-même marque un tournant dans le développement de l'enfant.
- Outre la maturation physiologique, d'autres facteurs, comme la motivation de l'enfant et l'environnement dans lequel il évolue, exercent aussi une certaine influence dans le développement de la motricité.

### Le développement cognitif

- À la naissance, le bébé possède déjà la capacité d'apprendre, mais c'est dans un environnement stimulant qu'il pourra développer son plein potentiel.
- Au moyen du conditionnement répondant, l'enfant apprend à réagir de façon réflexe ou involontaire à un stimulus qui, au départ, est neutre. En utilisant les récompenses et les punitions, le conditionnement opérant permet pour sa part aux enfants de produire des comportements volontaires.
- Il est difficile d'évaluer l'intelligence d'un jeune enfant, mais certains tests évaluent son niveau de développement en le situant par rapport à des normes établies.
- Le stade sensorimoteur s'étend de la naissance jusque vers l'âge de deux ans ; c'est le premier stade de développement cognitif défini par Piaget, celui au cours duquel l'enfant découvre le monde par l'entremise de ses activités sensorielles et motrices.
- Le stade sensorimoteur est divisé en six sous-stades : le stade de l'exercice des réflexes, le stade des réactions circulaires primaires, le stade des réactions circulaires secondaires, le stade de la coordination des schèmes secondaires, le stade des réactions circulaires tertiaires et le stade des combinaisons mentales et du début de la représentation symbolique.
- Vers huit mois apparaît ce que Piaget appelle le « schème de l'objet permanent ». C'est vers la fin du stade sensorimoteur que le bébé pourra se représenter mentalement le déplacement d'un objet.
- Des chercheurs soutiennent que certaines acquisitions décrites par Piaget se produiraient plus tôt. Pour eux, si l'enfant ne semble pas comprendre la permanence de l'objet ou la causalité, c'est parce qu'il est limité quant aux habiletés motrices nécessaires pour le démontrer.
- Les chercheurs évaluent l'efficacité du traitement de l'information chez le bébé en mesurant la variation de son attention et sa rapidité d'habituation.

- La mémoire implicite, sur laquelle reposent les habitudes et les habiletés, se développe avant la mémoire explicite, liée aux rappels d'événements ou de connaissances.
- Les recherches inspirées de la théorie socioculturelle de Vygotsky postulent que la participation guidée peut avoir des effets positifs sur le développement intellectuel de l'enfant.

### **Le développement du langage**

- Présente dès la naissance et même avant, la capacité de distinguer les sons les uns des autres est essentielle au développement du langage ; un bébé de quelques jours peut distinguer des sons différents.
- Le langage prélinguistique suit une progression qui va des gazouillis à l'expression gestuelle, en passant par le babillage. Les premiers mots et holophrases apparaissent vers un an.
- Le développement du vocabulaire, plutôt graduel au début, se fait plus rapidement vers la fin de la deuxième année.
- À tout âge, le langage réceptif est toujours plus étendu que le langage expressif.
- Les premières phrases apparaissent souvent vers l'âge de 18 à 24 mois. Elles ressemblent à un langage télégraphique et ne comportent que les mots essentiels.
- C'est entre 20 et 30 mois que l'enfant acquiert les rudiments de la syntaxe. Toutefois, il en applique les règles sans tenir compte des exceptions, un phénomène appelé la « surgénéralisation des règles ».
- La théorie de l'apprentissage soutient que le langage s'acquiert par l'expérience, principalement par imitation et par renforcement, alors que la théorie innéiste de Chomsky et ses confrères affirme que le nouveau-né possède un dispositif inné d'acquisition du langage.
- L'acquisition du langage est liée à la maturation du cerveau et aux interactions entre l'enfant et les personnes qui prennent soin de lui.
- Il est aussi important de réagir aux vocalisations du bébé au stade du langage prélinguistique que de stimuler sa communication lorsqu'il développe son vocabulaire.

CHAPITRE

# 4



# Le développement affectif et social de l'enfant, de la naissance à deux ou trois ans

## PLAN DU CHAPITRE

### 4.1 Les fondements du développement affectif et social

- 4.1.1 L'apparition de la conscience de soi
- 4.1.2 Les premières manifestations émotives
- 4.1.3 Le tempérament

### 4.2 Les théories du développement de la personnalité

- 4.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud
- 4.2.2 La théorie psychosociale d'Erikson
- 4.2.3 L'évaluation des théories du développement de la personnalité

### 4.3 Les théories de l'attachement

- 4.3.1 Les théories de l'apprentissage
- 4.3.2 Les théories éthologiques de l'attachement
- 4.3.3 La théorie éthologico-psychanalytique

### 4.4 Les facteurs d'influence et les conséquences de l'attachement

- 4.4.1 Le rôle du tempérament
- 4.4.2 L'influence des parents
- 4.4.3 Les conséquences à long terme de l'attachement

### 4.5 La famille: le premier contexte du développement affectif et social

- 4.5.1 La régulation mutuelle
- 4.5.2 L'autorégulation
- 4.5.3 La référence sociale
- 4.5.4 La socialisation
- 4.5.5 Le rôle de la mère et du père
- 4.5.6 Les relations avec les frères et sœurs
- 4.5.7 Les perturbations des relations familiales

**P**risonnier de ses besoins de base qu'il ne peut exprimer que par ses pleurs et dépendant des autres pour leur satisfaction, le nourrisson s'ouvre peu à peu au monde en prenant conscience de son existence et de celle des autres. Bébé au tempérament facile ou difficile, ses premières émotions apparaissent et constituent son premier moyen de communication. Souvent aimé et choyé par sa famille, parfois négligé ou maltraité, le bébé perçoit le monde comme une source d'amour et de bien-être ou comme un lieu hostile dont il doit se méfier et se protéger. La qualité des soins reçus, les marques d'affection prodiguées par sa mère et par le reste de son entourage déterminent sa confiance en ce monde et lui permettent de développer un attachement sécurisant. Sûr d'être aimé, le jeune enfant peut alors se lancer sans crainte à la découverte de son environnement.

## Mise en situation

Le matin, la vie est plutôt trépidante chez les Labonté. La routine matinale est réglée au quart de tour pour les deux parents, qui travaillent à l'extérieur; les deux enfants, qui vont à l'école primaire et Raphaël, qui a deux ans et demi. Il doit se rendre au CPE (Centre de la Petite Enfance) qu'il fréquente depuis près d'un an. Aujourd'hui, c'est au tour du papa de Raphaël de le conduire, accompagné, comme il se doit, de son inséparable couverture qu'il appelle « Dou dou ».

À son entrée au CPE, Raphaël jette un regard furtif tout autour de lui et va directement s'asseoir sur le petit banc pour se déshabiller. Nathalie, son éducatrice, l'accueille chaleureusement et salue son père avant qu'il ne parte. Après un câlin à son papa, Raphaël se dirige vers son local habituel et commence à s'amuser avec divers objets près des autres enfants de son groupe.


L'arrivée de Lili au CPE ne passe pas inaperçue. Sa mère, qui déteste entendre pleurer sa fille, profite d'un moment d'inattention de Lili pour partir à son insu. Dès que Lili s'aperçoit de son départ, elle se met à crier et à pleurer à chaudes larmes. Il faut beaucoup de temps à Nathalie pour la rassurer et l'amener à participer aux activités de son groupe. Au moindre prétexte, Lili bouscule les autres enfants et leur tire les cheveux. Nathalie, en éducatrice expérimentée, sait que dans un tel cas, il vaut mieux resserrer l'encadrement de Lili. Le repas du midi est source de grand bonheur pour la plupart des enfants, car aujourd'hui il y a du spaghetti au menu. Raphaël mange gloutonnement son assiette et, le visage barbouillé de sauce aux tomates, affiche un sourire radieux, nullement gêné de s'être tant sali. Lili, quant à elle, ne supporte pas le moindre signe d'éclaboussure.

Le retour des parents en fin d'après-midi est attendu avec fébrilité par les enfants. Lorsque le papa de Raphaël arrive à l'heure



habituelle, il est accueilli d'un large sourire par son fils. Raphaël ne veut cependant pas s'en aller avant d'avoir terminé son casse-tête. « Non, non, Raph pas partir », dit-il. Une fois son casse-tête terminé, il va s'habiller et se dirige d'un pas assuré vers la sortie en disant « Bye Nalie, à demain ». Le papa de Raphaël doit mettre fin à sa conversation avec Nathalie pour rattraper son fils. Lili est presque la dernière à partir ce soir. À l'arrivée de sa mère, elle l'observe du coin de l'œil, mais ne manifeste aucun signe de rapprochement. Elle se montre récalcitrante quand sa mère veut l'aider à s'habiller. Irritée par les caprices de sa fille, la mère de Lili ramasse ses vêtements et quitte précipitamment le CPE aussi fâchée que sa fille.

### « Au moindre prétexte, Lili bouscule les autres enfants et leur tire les cheveux. »

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 4.1 Les fondements du développement affectif et social

Les fondements du développement affectif et social sont multiples et complexes, et ils résultent, dès la naissance, de l'interaction entre l'enfant et son environnement. Même si les chercheurs ont identifié les principaux aspects de ce développement de la naissance à trois ans, chaque enfant possède, dès le départ, un ensemble de caractéristiques – son tempérament, sa façon de vivre ses émotions ou d'interagir avec les autres – qui font de lui une personne unique (*voir le tableau 4.1*). C'est ce sur quoi nous allons nous concentrer dans la prochaine section.

### 4.1.1 L'apparition de la conscience de soi

Le bébé naissant n'est pas conscient de son existence, car il ne se différencie pas de l'environnement. C'est pourquoi nous affirmons qu'il n'a pas encore acquis la **conscience de soi**, cette capacité qui nous permet de prendre conscience de nous-mêmes et de comprendre que nous sommes des êtres uniques dotés de caractéristiques spécifiques qui nous différencient des autres. Cette conscience de soi, appelée

#### Conscience de soi

Capacité de prendre conscience de nous-mêmes et de comprendre que nous sommes des êtres uniques dotés de caractéristiques spécifiques qui nous différencient des autres

**TABLEAU 4.1** Les jalons du développement psychosocial des enfants de la naissance à trois ans

Âge approximatif	Caractéristiques
0-3 mois	Les nourrissons sont ouverts à la stimulation. Ils commencent à manifester de l'intérêt et de la curiosité et ils sourient volontiers aux gens.
3-6 mois	Les nourrissons peuvent anticiper ce qui se passera et sont déçus si cela ne se produit pas. Ils l'expriment en se fâchant et en devenant méfiants. Ils sourient, gazouillent et rient souvent. C'est la période de l'éveil social et des premiers échanges réciproques entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui.
6-9 mois	Les nourrissons se prêtent à des « jeux sociaux » et cherchent à susciter l'intérêt des gens. Ils « parlent », ils touchent et cajolent les autres bébés pour provoquer une réaction de leur part. Ils expriment des émotions plus différenciées, comme la joie, la peur, la colère et la surprise.
9-12 mois	Les nourrissons sont extrêmement préoccupés par la personne qui s'occupe d'eux au quotidien, ils peuvent devenir craintifs envers les étrangers et agir de façon timorée dans des situations nouvelles. Vers l'âge d'un an, ils communiquent leurs émotions plus clairement. Ils expriment leur humeur, leur ambivalence et des émotions d'intensité variable.
12-18 mois	Les enfants explorent leur environnement en s'appuyant sur les personnes auxquelles ils sont le plus attachés comme base de sécurité. Au fur et à mesure qu'ils maîtrisent l'environnement, ils gagnent en confiance et s'affirment davantage.
18 mois-3 ans	Les enfants peuvent parfois éprouver de l'anxiété, parce qu'ils réalisent maintenant qu'ils se séparent peu à peu de la personne qui s'occupe d'eux. Ils s'amuse à tester leurs limites par l'imaginaire et le jeu ainsi qu'en s'identifiant aux adultes.

Source: Adapté de Sroufe, 1979.

aussi le « concept de soi », va se développer graduellement au cours des premières années (Harter, 1998).

Le **moi subjectif**, ou **moi existentiel**, émerge lorsque le bébé apprend qu'il est un être « séparé » et entier, soit durant la période qui va de 3 à 15 mois. Cette prise de conscience surgit des interactions de l'enfant avec les objets et les personnes qui l'entourent, comme Piaget l'a démontré dans son explication du développement cognitif. Au fur et à mesure que le bébé devient plus mobile, ses mouvements font apparaître dans son champ de vision des parties de son corps qu'il va volontiers porter à sa bouche. C'est la première façon dont le bébé apprend à se connaître.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, c'est d'abord par hasard que l'enfant fait bouger des objets présents autour de lui (par exemple, un mobile). En tentant de les faire bouger de nouveau, il réalise graduellement que c'est lui qui cause leur mouvement. Par ses diverses expérimentations, l'enfant comprend peu à peu qu'il est différent des objets qui l'entourent. Par ailleurs, quand il pleure ou pousse un cri et que les personnes de son entourage y portent attention, il réalise qu'il peut exercer une certaine influence sur elles et qu'il est donc une personne séparée des autres. Évidemment, le moi subjectif évolue parallèlement à l'acquisition de la permanence de l'objet. Plus l'enfant comprend que les objets existent et perdurent dans le temps, plus il réalise qu'il existe et perdure lui aussi dans le temps. Toutefois, c'est lors de la seconde étape, de 15 à 24 mois, que la conscience de soi apparaît clairement, soit lorsque le **moi objectif**, ou **moi différentiel** (appelé parfois « moi catégoriel »), se met en place. L'enfant devient alors pleinement conscient qu'il est un individu à part entière et cherche à identifier les caractéristiques qui le différencient des autres. Selon Piaget, cela se produit lorsque l'enfant est capable de se former une représentation mentale de lui-même et qu'il a acquis la permanence de l'objet. La capacité de se représenter soi-même est très bien mise en évidence dans l'expérimentation du miroir conduite par le chercheur Michael Lewis (1997). Pour vérifier l'existence de la conscience de soi chez les enfants, Lewis a dessiné à leur insu un point rouge sur le nez d'enfants âgés de 6 à 24 mois et les a placés devant un miroir. On pouvait inférer la présence de la conscience de soi si l'enfant touchait son nez plutôt que toucher son reflet dans le miroir. Les résultats indiquent que la plupart des bébés âgés de 18 mois et tous ceux âgés de 24 mois ont touché leur nez plus souvent pendant l'expérimentation.

#### Moi subjectif ou moi existentiel

Compréhension par l'enfant qu'il est un être entier, séparé des personnes de son entourage, et qu'il peut agir sur son environnement.



#### Le moi subjectif

L'accès au moi subjectif permet à l'enfant de comprendre qu'il peut agir sur son environnement.

#### Moi objectif ou moi différentiel

Capacité de se représenter soi-même par la compréhension et l'intégration de différentes catégories: le sexe, la taille, la couleur des cheveux, etc.



#### Le développement de la conscience de soi

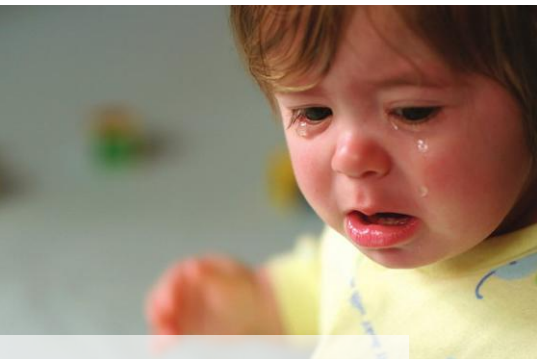
Cette trottineuse démontre sa conscience de soi en touchant sur son visage l'endroit exact où elle voit dans le miroir le dessin d'un point rouge. Selon cette expérience, on peut affirmer que les enfants commencent à reconnaître leur propre visage entre 18 et 24 mois.

#### Identité de genre

Représentation qu'une personne se fait d'elle-même en fonction de son appartenance à un sexe.

#### Émotion

Réaction subjective associée à des changements physiologiques et comportementaux qui survient en réponse à des situations et à des expériences vécues par la personne.



#### Les pleurs, premier moyen de communication

Pleurer est le moyen le plus puissant, et parfois le seul, dont le bébé dispose pour communiquer ses besoins. Les parents apprennent vite à différencier les pleurs dus à la faim de ceux qui sont dus à la colère, à la frustration ou à la douleur.

Par contre, aucun des bébés âgés de 15 mois et moins ne l'a fait. Le comportement des enfants plus âgés au cours de cette expérience démontre donc avec éloquence qu'ils ont conscience de leur visage, qu'ils savent qu'ils n'ont habituellement pas de point rouge sur le nez et qu'ils peuvent reconnaître leur reflet dans le miroir.

L'utilisation du pronom moi, qui survient vers 20 ou 24 mois, est une autre manifestation de la conscience de soi. Le développement du langage permet à l'enfant de parler de lui et de se représenter en intégrant les descriptions verbales des adultes à son image de soi (Stipek, Gralinski et Kopp, 1990).

Par ailleurs, le développement de l'**identité de genre** constitue une autre étape de la conscience de soi. Il s'agit du processus par lequel l'enfant prend conscience qu'il fait partie de l'un des deux genres « fille » ou « garçon ». Quand il commence à se définir dans l'une de ces catégories, il refuse souvent d'être appelé « bébé », préférant « gan gasson » ou « gande fille ». Il appert qu'au même moment où apparaît le moi objectif chez l'enfant, les garçons et les filles démontrent des préférences marquées en ce qui concerne leurs jouets, leurs jeux, ou leurs partenaires de jeu (Campbell *et al.*, 2000; Serbin *et al.*, 2001). À 17 mois, on note que les garçons ont tendance à jouer de façon plus agressive que les filles (Baillargeon *et al.*, 2007). Entre deux et trois ans, les garçons utilisent plus de mots que l'on peut qualifier de typiquement masculins comme « tracteur », tandis que les filles utilisent plus de mots typiquement féminins comme « collier » (Stennes, Burch, Sen et Bauer, 2005). Alors que son moi objectif s'élabore, l'enfant cherche à identifier les caractéristiques qui le définissent spécifiquement et il est clair que le genre est l'une des caractéristiques qui le préoccupe. Nous verrons plus en profondeur dans le chapitre 6 comment l'identité de genre se développe de deux ans jusqu'à six ans.

### 4.1.2 Les premières manifestations émotives

Les **émotions** comme la joie, la tristesse, la colère ou la peur constituent des réactions subjectives qui sont associées à des changements physiologiques et comportementaux (Sroufe, 1997). Tous les humains éprouvent normalement des émotions, mais des différences existent dans la façon particulière de les ressentir, dans les types d'événements qui les déclenchent et dans les comportements qui en résultent. La culture joue un rôle fondamental dans l'expression des émotions. À titre d'exemple, dans les cultures asiatiques où l'on prône l'harmonie interpersonnelle, l'expression de la colère est découragée et l'accent est mis davantage sur l'expression de la honte. Dans notre culture, plus individualiste, on encourage plutôt l'affirmation et l'expression de soi, parfois aux dépens du bien commun (Cole, Bruschi et Tamang, 2002).

Les émotions ont de nombreuses fonctions. Premièrement, elles servent à communiquer un besoin, une intention ou un désir. Elles appellent une réponse de l'entourage et jouent donc un rôle prépondérant dans le développement social de l'enfant. Deuxièmement, dans les cas d'émotions négatives comme la peur, elles peuvent servir à mobiliser l'énergie nécessaire pour réagir en cas d'urgence, ce qui constitue un mécanisme d'adaptation non négligeable. Troisièmement, des émotions comme l'enthousiasme ou l'intérêt favorisent l'exploration de l'environnement et, par le fait même, permettent une meilleure connaissance du monde.

Le principe du simple au complexe, que nous avons vu dans le chapitre 1, s'applique lui aussi au développement des émotions. La plupart des chercheurs s'entendent aujourd'hui pour affirmer que le développement émotionnel procède selon une séquence ordonnée, dans laquelle les émotions complexes découlent de réactions émotionnelles plus simples. Les réactions émotionnelles commencent à se développer dès la naissance et constituent l'un des éléments de base de la personnalité. Le tableau 4.2 illustre bien l'apparition de certaines réactions émotionnelles au cours des trois premières années de vie.



**TABLEAU 4.2** L'expression des émotions au cours des trois premières années

Expression des émotions	
<b>Naissance</b>	L'enfant sourit pendant son sommeil. Il montre des signes de dégoût en réaction à certaines substances gustatives et olfactives. Il manifeste des signes de détresse en réponse à l'inconfort et à la douleur. Un bruit soudain le fait sursauter.
<b>1 mois</b>	L'enfant sourit parfois lorsqu'il entend une personne parler ou qu'il la voit. Il manifeste des signes d'intérêt pour les objets qui bougent ou qui présentent des zones fortement contrastées.
<b>2 mois</b>	L'enfant exprime de la colère, mais ces épisodes sont rares et peu intenses. Il répond aux sourires qu'on lui adresse. Si une personne le regarde avec une expression faciale manifestant de la colère, il peut exprimer lui aussi de la colère. Le visage humain et la nouveauté suscitent un intérêt particulier.
<b>4 mois</b>	L'enfant commence à rire lorsqu'il est chatouillé. Les signes de colère deviennent plus nombreux et plus évidents, surtout quand il ne parvient pas à atteindre certains objets ou à les manipuler.
<b>6 mois</b>	L'enfant sourit davantage aux personnes familières et exprime parfois de la méfiance à l'égard des personnes étrangères. Certains sons le font rire.
<b>7 mois</b>	L'enfant manifeste les premiers signes de peur à l'égard de la hauteur. Un événement inhabituel entraîne une réaction de surprise.
<b>8 mois</b>	L'enfant exprime une réaction de peur à l'égard des personnes étrangères, particulièrement lorsqu'elles s'approchent rapidement et qu'elles établissent un contact physique. Certains jeux avec l'adulte commencent à le faire rire.
<b>9 mois</b>	L'enfant montre des signes de peur et de détresse lorsqu'il est séparé de ses parents.
<b>12 mois</b>	L'enfant rit lorsqu'il voit l'adulte agir de façon bouffonne. Le rire par anticipation fait son apparition dans les jeux qui comportent une série d'actions répétitives.
<b>18 mois</b>	L'enfant exprime de la honte lorsqu'il échoue devant les autres.
<b>2 ans</b>	Des gestes agressifs peuvent accompagner l'expression de sa colère.
<b>3 ans</b>	L'enfant montre des signes de culpabilité lorsque l'adulte lui fait remarquer qu'il a enfreint une règle. Il manifeste de la fierté à l'égard de ses réalisations.

Source: Cloutier, Gosselin et Tap, 2005.

## Les pleurs

Même s'il est souvent pénible pour un parent d'entendre son enfant pleurer, cette réaction est essentielle puisqu'elle représente la seule forme d'expression dont dispose le bébé naissant pour manifester qu'il a faim, qu'il est en colère, qu'il est frustré ou qu'il ressent de l'inconfort ou de la douleur. Une réponse adaptée aux besoins de l'enfant contribuera, au fil des mois, à diminuer graduellement la fréquence de ces pleurs et leur intensité. Le bébé dont les pleurs sont soulagés commence à réaliser qu'ils peuvent servir à communiquer. À l'âge de cinq mois, les bébés ont appris à décoder les comportements des personnes qui s'occupent d'eux. Si elles ignorent leurs pleurs, ils vont d'abord pleurer plus fort pour attirer l'attention, et si cela ne fonctionne pas, ils vont alors s'arrêter de pleurer (Goldstein, Schwade et Bornstein, 2009). Certains parents ont de fortes réserves à répondre rapidement aux pleurs de leur bébé de peur de le gâter. Il n'en est rien. C'est même le contraire qui peut se produire, surtout si le niveau de détresse du bébé est élevé. Par exemple, si les parents attendent que les cris de détresse deviennent des cris de rage, il sera alors plus difficile de calmer l'enfant. Il ne faut pas perdre de vue que les pleurs sont d'abord un moyen de communication pour le bébé et non pas un moyen de manipulation de ses parents. En effet, une réponse rapide et sensible des mères aux pleurs de leur bébé est associée à une meilleure compétence sociale ultérieure, que ce bébé ait pleuré souvent ou pas (Leerkes, Blankson et O'Brien, 2009). Quand on répond rapidement aux pleurs des bébés, on leur apprend graduellement à avoir confiance en leur entourage et, par la suite, à avoir confiance en eux-mêmes.

## Le sourire et le rire

Quand un nourrisson s'endort en souriant, on dit qu'« il sourit aux anges ». Il s'agit d'un sourire involontaire, qui ne s'adresse à personne, et qui résulterait de l'activité nerveuse subcorticale. Il faut attendre qu'il ait environ deux semaines pour voir apparaître un premier sourire qui survient en réaction à une stimulation extérieure, comme



### L'apparition du rire

Cet enfant de six mois rit en compagnie de ses parents. Rire pour des choses inhabituelles ou inattendues montre que la compréhension cognitive se développe.

une légère caresse sur la joue. À partir d'un mois, le bébé sourit plus fréquemment et ses sourires indiquent davantage un intérêt envers l'environnement. Vers deux mois, alors que la reconnaissance visuelle se développe, le bébé sourit davantage à la vue de visages connus (Sroufe, 1997). Le sourire social, c'est-à-dire celui qui apparaît lorsque l'enfant sourit à une personne qui lui parle ou s'occupe de lui, survient à partir de deux mois. Les premiers éclats de rire se produisent quant à eux autour de quatre mois. Le bébé, alors plus enjoué, peut par exemple manifester son plaisir d'être chatouillé. Dès six mois, il peut aussi s'esclaffer en entendant son père émettre des sons bizarres ou en voyant sa mère avec le visage caché par un mouchoir. Vers l'âge de dix mois, les bébés peuvent même tenter de remettre le mouchoir sur le visage de leur mère lorsque celui-ci est tombé.

Toutes ces réactions sont le reflet du développement cognitif du bébé. En riant à la suite de situations inattendues, les bébés montrent qu'ils savent à quoi s'attendre et qu'ils reconnaissent les situations particulières (Sroufe, 1997). Ces comportements sont également le reflet des premières manifestations de la permanence de l'objet : par exemple, le bébé montre qu'il a gardé en mémoire les caractéristiques habituelles de ses parents.

À partir de six mois, en relation avec la maturation neurologique, les premières manifestations émotives se transforment en émotions de base, telles que la joie, la surprise, la tristesse, le dégoût, la peur et la colère. Toutefois, leur étude demeure difficile puisque les enfants de cet âge ne peuvent exprimer verbalement ce qu'ils ressentent. Pour mieux comprendre l'apparition des émotions chez les bébés, Izard et ses collègues (1980) ont enregistré sur vidéo les expressions faciales de bébés de cinq, sept et neuf mois placés dans différentes situations. Lorsqu'on a ensuite demandé à des individus de visionner les vidéos et d'identifier les expressions des bébés, ils ont dit distinguer de la joie, de la tristesse, de l'intérêt, de la peur et, à un degré moindre, de la colère, de la surprise et du dégoût, ce qui démontrerait l'existence, chez ces jeunes enfants, d'un vaste répertoire d'émotions. Ces émotions de base se complexifient encore lorsque la conscience de soi apparaît et, par conséquent, la reconnaissance des personnes de l'entourage.

### La peur de l'étranger et l'anxiété de séparation

Comme son nom l'indique, la **peur de l'étranger** est une réaction négative de la part du bébé à l'endroit d'une personne qu'il voit pour la première fois. L'**anxiété de séparation** correspond pour sa part à la détresse ressentie par l'enfant lorsque les adultes qui s'occupent de lui le quittent. Dans la mise en situation, dès que Lili s'aperçoit du départ de sa mère, elle manifeste bruyamment sa détresse en criant et en pleurant à chaudes larmes.

La peur des étrangers est quasi inexistante chez les bébés de moins de six mois. Elle apparaît autour de huit ou neuf mois et peut durer jusqu'à un an (Sroufe, 1997). Il est intéressant de souligner le lien existant entre la peur des étrangers et la permanence de l'objet telle que décrite par Piaget. En effet, la peur des étrangers implique que le bébé est capable de garder en mémoire les caractéristiques du visage de son parent et de les comparer à celles d'un autre visage, de la même manière qu'il peut garder en mémoire l'objet disparu et se mettre à sa recherche (Golse, 2001). Si, dans le passé, on attribuait ces réactions à tous les enfants, on sait aujourd'hui que ces réactions varient beaucoup en fonction de la situation et du tempérament de chacun. Ainsi, un enfant qui possède un tempérament facile, comme nous le verrons dans la section 4.1.3, réagira moins qu'un enfant au tempérament plus difficile. De plus, la peur des étrangers est assez facilement surmontable pour la plupart des bébés. Si on laisse à l'enfant la chance de se trouver en présence d'un étranger, il pourra graduellement réagir plus positivement (Sroufe, 1997). De son côté, l'anxiété de séparation ne serait peut-être pas attribuable à la séparation elle-même, mais plutôt à la qualité des soins prodigués par la personne à qui l'on confie l'enfant. En effet, quand cette personne est chaleureuse et joue avec l'enfant âgé de neuf mois avant même qu'il ne se mette à pleurer, celui-ci pleure moins lorsque son parent le quitte (Gunnar *et al.*, 1992). La stabilité des soins est donc très importante.

#### Peur de l'étranger

Méfiance qu'éprouve un enfant à l'égard de personnes inconnues, et qui apparaît généralement entre l'âge de six mois et d'un an.



#### Anxiété de séparation

Sentiment de détresse ressenti par un enfant quand la personne qui s'occupe habituellement de lui le quitte.

## Les émotions autoévaluatives

Les émotions comme l'embarras et l'envie n'apparaissent que lorsque l'enfant a développé la conscience de soi, c'est-à-dire entre 15 et 24 mois. Elle permet à l'enfant de savoir à quel moment il est le centre de l'attention et de désirer ce qu'une autre personne possède. Vers l'âge de trois ans, l'enfant a non seulement acquis la conscience de soi, mais il a aussi intégré plusieurs règles sociales. Cette évolution favorise l'apparition des **émotions autoévaluatives** telles que la fierté, la honte et la culpabilité. Ces émotions impliquent que l'enfant porte un jugement sur lui-même et qu'il peut évaluer ses propres pensées, ses désirs et ses comportements en fonction des attentes de la société (Lewis, 1998). Ainsi, la culpabilité et la honte constituent deux émotions distinctes. La culpabilité implique qu'un enfant regrette un comportement inadéquat, comme d'avoir cassé un jouet ou d'avoir bousculé un autre enfant. L'émotion est alors centrée sur son comportement. Par contre, lorsqu'il a honte, l'enfant centre son émotion sur lui-même: il se sent incompetent comme individu parce qu'il a cassé un jouet ou parce qu'il a fait mal à un autre enfant. La honte, c'est la colère dirigée vers soi. L'enfant qui se sent coupable essaiera plutôt de corriger son mauvais comportement en réparant le jouet ou en réconfortant l'enfant bousculé, tandis que l'enfant qui se sent honteux aura davantage tendance à cacher sa faute ou à aller bouder dans un coin (Eisenberg, 2000).

## Les comportements altruistes et l'empathie

Alex, un enfant âgé de 18 mois, n'a jamais vu auparavant l'invité que reçoit son père. Lorsque celui-ci laisse tomber un crayon qui roule sous un meuble hors de sa portée, Alex rampe sous le meuble, récupère le crayon et le donne spontanément à l'invité. En agissant de cette façon, Alex démontre un **comportement altruiste** puisqu'en posant ce geste, il n'a aucune attente de récompense (Warneken et Tomasello, 2006). Les comportements altruistes semblent apparaître naturellement chez les trottineurs. Bien avant deux ans, les enfants offrent souvent de l'aide aux autres, partagent de la nourriture et donnent du réconfort (Warneken et Tomasello, 2008; Zahn-Waxler *et al.*, 1992).

Les enfants de 18 mois font aussi preuve d'**empathie** en étant en mesure de se mettre à la place d'une autre personne et de ressentir ce qu'elle ressent. On peut noter les premiers rudiments de l'empathie très tôt chez les poupons. Ainsi, à deux ou trois mois, les bébés réagissent aux expressions émotionnelles des autres (Tomassello, 2007). L'empathie dépend aussi de la **cognition sociale**, cette capacité de comprendre les pensées des autres et de pouvoir juger de leurs sentiments et de leurs intentions. À partir de neuf mois, l'enfant réagit différemment envers une personne qui veut lui donner un jouet, mais qui le laisse tomber par mégarde, comparativement à une autre personne qui refuse de lui donner le jouet. Cela suggère que les enfants de cet âge commencent à tenir compte des intentions des autres (Behne, Carpenter, Call et Tomasello, 2005).

## La croissance du cerveau et le développement émotionnel

La croissance du cerveau est étroitement liée au développement émotionnel. Ainsi, un nouveau-né est facilement dérangé par les bruits ou la lumière. Toutefois, au fur et à mesure que se développe le système nerveux central et que les cellules nerveuses sont myélinisées, les réactions du bébé sont moins éparpillées et deviennent plus tempérées. Un changement majeur se produit lorsque, vers 9 ou 10 mois, les lobes frontaux commencent à interagir avec le système limbique, siège des réactions émotionnelles. Les relations entre la sphère cognitive et la sphère affective se trouvent en effet facilitées. Comme les connexions deviennent plus denses et plus élaborées, le bébé peut expérimenter et interpréter les émotions en même temps. En outre, les émotions sont également liées au développement physiologique plus large. C'est pourquoi un enfant négligé, qui n'est pas pris dans les bras, qui n'est pas caressé et à qui on ne parle pas, peut développer le **syndrome d'arrêt de croissance non organique**. Ce syndrome se caractérise par l'absence de croissance et de prise de poids, et ce,



### L'anxiété de séparation

Cet enfant démontre des signes d'anxiété de séparation. L'anxiété de séparation est un phénomène courant chez les enfants âgés de huit mois à un an.

### Émotion autoévaluative

Émotion comme la fierté, la honte et la culpabilité, qui dépend de la conscience de soi et de la connaissance des normes sociales quant aux comportements jugés acceptables.

### Comportement altruiste

Comportement visant à aider une autre personne sans attente de récompense.

### Empathie

Capacité à se mettre à la place d'une autre personne et à ressentir ce qu'elle ressent.

### Cognition sociale

Capacité de comprendre les pensées des autres et de juger de leurs sentiments et de leurs intentions.

### Syndrome d'arrêt de croissance non organique

Arrêt de la croissance physique d'un bébé, malgré une alimentation adéquate.

malgré une alimentation adéquate. Par chance, lorsqu'on s'occupe des bébés atteints de ce syndrome, qu'on les hospitalise et qu'on leur offre le soutien émotionnel requis, ils ont de bonnes chances de reprendre leur rythme de croissance normal et de surmonter les effets de ce type de négligence. L'abus, la maltraitance et la négligence ont donc aussi des effets sur le développement de l'enfant, comme le montre l'encadré 4.1.

## ENCADRÉ 4.1



## APPROFONDISSEMENT

### Les mauvais traitements envers les enfants

Les mauvais traitements envers les enfants concernent les situations où la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis. Dans l'ensemble des dossiers signalés retenus à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) en 2012-2013, 22,5 % proviennent de négligence et 13,5 % d'un risque sérieux de négligence; 22,2 %, d'abus physique et 7,1 %, de risque sérieux d'abus physique; 13,8 %, de mauvais traitements psychologiques; 10,4 %, de troubles de comportements sérieux; 5,7 %, d'abus sexuel et 4,5 %, de risque sérieux d'abus sexuel; et 0,43 %, d'abandon.

En 2009, le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) trace un bilan des connaissances scientifiques sur ce sujet (Lemire *et al.*, 2009). La maltraitance est le résultat complexe de l'interaction de plusieurs facteurs de risque. La pauvreté, le niveau socioéconomique, le support social, la monoparentalité et le stress, pour n'en nommer que quelques-uns, peuvent augmenter les incidences de manifestation de mauvais traitements. Les

antécédents de mauvais traitements chez les parents sont aussi un facteur à considérer. En effet, le tiers des enfants victimes de mauvais traitements vivent avec au moins un parent qui en a lui-même été victime durant son enfance. Néanmoins, sans minimiser la transmission intergénérationnelle, force est de constater que les deux tiers des parents qui abusent n'ont pas eux-mêmes été abusés durant leur enfance (Tourigny *et al.*, 2002). Le CLIPP a aussi identifié la présence de facteurs de protection dans l'environnement des enfants signalés à la DPJ. Les facteurs de protection identifiés réfèrent, la plupart du temps, à la présence d'un parent qui procure un soutien émotionnel à l'enfant, qui croit ce que l'enfant lui dit et qui pose des gestes pour le protéger. Les victimes de sévices sexuels sont les enfants qui bénéficient du plus grand nombre de facteurs de protection dans leur entourage, alors que les enfants victimes de négligence sont ceux qui en ont le moins.

Une des conclusions de l'étude concerne justement la gravité du phénomène de la négligence, qui est le type de mauvais traitement le plus fréquent au Québec. En effet, la proportion d'enfants victimes de négligence pendant plus de six mois y est de 65 %. Cette négligence, qui est définie comme l'omission sur le plan physique, affectif et intellectuel de comportements bénéfiques à l'enfant, est souvent associée au phénomène de la transmission intergénérationnelle et aussi plus fréquemment associée à une autre forme de sévices. Les conditions de vie des

enfants victimes de négligence s'avèrent difficiles, puisqu'on dénombre également des problèmes familiaux et parentaux ainsi qu'une pauvreté économique et sociale constante (Tourigny *et al.*, 2002).

En 2012-2013, la DPJ a traité 80 540 signalements (Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse 2013). Cela équivaut à 5 % des enfants âgés de 0 à 17 ans. Les conséquences de la négligence chez les enfants sont nombreuses et elles doivent être prises en considération dans le soutien offert aux familles (Faugeras, Moisan et Laquerre, 2000). Les conséquences principales sont :

- des troubles de l'attachement dans la relation parent-enfant;
- des problèmes de santé et des retards de croissance;
- des retards de développement;
- des troubles de comportement sérieux, de la délinquance, de la toxicomanie à plus long terme;
- la transmission intergénérationnelle des comportements de négligence.

Étant donné l'ampleur des problèmes identifiés, il importe de mettre en place des mécanismes de soutien

pour les familles. Il existe au Québec de plus en plus de programmes d'intervention précoce offerts aux familles présentant certains facteurs de risque (faible statut socioéconomique, faible niveau de scolarité, monoparentalité, isolement social, jeune âge de la mère). Dans certains de ces programmes, des rencontres avec les parents, animées par des intervenants ou d'autres parents, visent à offrir des modèles et des encouragements aux parents, à développer les habiletés parentales et à favoriser l'attachement.

La Fondation de la Visite est un exemple particulièrement intéressant d'intervention de type communautaire s'inspirant de l'approche de l'*empowerment* afin d'aider les gens à reprendre le contrôle de leur vie. Elle offre un service gratuit d'accompagnement aux femmes enceintes et aux parents de nouveau-nés dans six secteurs montréalais. Les intervenants sont des mères et des pères vivant dans le même quartier que ceux et celles qu'ils aident en les visitant à domicile au moins une fois par semaine pour leur apporter le soutien nécessaire et les accompagner, au besoin, vers les ressources communautaires de leur quartier. La stratégie d'intervention de la Fondation La Visite s'avère très efficace auprès des familles immigrantes, car en 2011-2012, 84 % des 251 familles suivies provenaient de ce type de famille. Leur expertise est maintenant reconnue pour briser l'isolement de parents issus de différentes communautés culturelles.



### 4.1.3 Le tempérament

Le **tempérament** est un autre facteur pouvant influencer sur le développement émotionnel de l'enfant. Il correspond à une manière spécifique, et relativement stable, de réagir aux personnes et aux situations. Il caractériserait l'enfant dès le début de sa vie et aurait des bases biologiques (Royer, 2004).

Dans la mise en situation, Raphaël et Lili ne réagissent pas de la même façon à cause de leur tempérament. Raphaël s'adapte plus facilement et affiche une humeur plus positive tandis que Lili réagit fortement aux frustrations et manifeste fortement son humeur.

#### L'origine du tempérament

À la naissance, chaque bébé possède déjà certaines prédispositions innées qui l'amènent à réagir à son environnement d'une façon qui lui est propre. Le tempérament dépend, à la source, d'une multitude de facteurs génétiques ainsi que de nombreuses conditions prénatales, comme la nutrition et l'état de santé de la mère durant sa grossesse. Après la naissance, il se consolide en fonction du contexte social et des expériences de l'enfant. Le tempérament est donc au bébé ce que la personnalité est à l'enfant plus vieux ou à l'adulte. Il représente, en quelque sorte, une base fondamentale sur laquelle se développera sa personnalité future.

#### Les types de tempérament

L'Étude longitudinale de New York (NYLS) fournit des informations précieuses sur les types de tempérament. Dans cette recherche, 133 personnes ont été observées et testées, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Les chercheurs ont examiné le degré d'activité des enfants, la régularité de leurs fonctions biologiques (faim, sommeil, élimination); leurs réactions à une situation nouvelle ou à un étranger; leur capacité d'adaptation aux changements de routine; leur sensibilité au bruit, à la lumière ou à d'autres stimuli; l'intensité de leurs réactions; leur humeur (si l'enfant tend à être joyeux et amical ou malheureux et peu ouvert aux autres); leur tendance à la distraction; leur capacité d'attention et leur persistance dans l'effort. Les auteurs de l'étude ont constaté que les deux tiers des enfants pouvaient être classés en trois catégories: les **enfants faciles**, les **enfants difficiles** et les **enfants plus lents à réagir** (voir le tableau 4.3, à la page suivante). Ils ont également découvert que l'appartenance à une catégorie demeurait relativement stable jusqu'à l'âge adulte (Thomas et Chess, 1984).

Les résultats de l'étude de Thomas et Chess (1984) ont montré que 40 % des enfants entraient dans la catégorie des enfants faciles: ils faisaient preuve de gaieté, de régularité biologique et d'ouverture à l'égard des nouvelles expériences. L'étude indique que 10 % des enfants étaient des enfants difficiles: ils étaient plus irritables et difficiles à satisfaire, irréguliers dans leurs rythmes biologiques et plus intenses dans l'expression de leurs émotions. Enfin, 15 % des enfants étaient plus lents à réagir: leurs réactions (positives ou négatives) étaient de faible intensité, mais ils mettaient plus de temps à s'adapter à des situations nouvelles ou à des personnes inconnues (Thomas et Chess, 1984). Il importe toutefois de noter que plusieurs enfants (dont 35 % des enfants de l'échantillon de la NYLS) n'entrent dans aucune de ces trois catégories de tempérament. En effet, un enfant peut par exemple manger et dormir avec régularité, mais craindre néanmoins les étrangers, tandis qu'un autre peut s'adapter lentement à un nouvel aliment, mais s'attacher très vite à une nouvelle gardienne. Ces variantes sont donc assez courantes.

Par ailleurs, les enfants dits « difficiles » ne sont pas nécessairement destinés à une mauvaise adaptation. Selon la NYLS, la clé d'un développement sain réside dans le degré d'**adéquation** entre le tempérament de l'enfant et les exigences de son environnement. Si nous attendons d'un enfant très actif qu'il reste tranquille pendant de longues périodes, ou si nous plaçons constamment un enfant plus lent à réagir devant de nouvelles situations, nous ne favorisons pas cette adéquation. Il est donc important que les parents et les éducateurs reconnaissent le tempérament de l'enfant et ajustent leurs demandes en fonction de celui-ci.

#### Tempérament

Ensemble des prédispositions fondamentales, et relativement stables, qui modulent le style d'approche et de réaction aux personnes et aux situations.



#### Enfant facile

Enfant démontrant un tempérament généralement joyeux, une ouverture aux nouvelles expériences et ayant des rythmes biologiques réguliers.

#### Enfant difficile

Enfant au tempérament irritable, ayant un rythme biologique irrégulier et des réactions émotionnelles intenses.

#### Enfant plus lent à réagir

Enfant dont le tempérament est généralement calme, mais qui se montre hésitant devant de nouvelles situations.



Pouvez-vous identifier les types de tempérament qui correspondent à celui de Raphaël et à celui de Lili ?

#### Adéquation

Concordance entre le tempérament d'un enfant et les caractéristiques de son environnement.

**TABLEAU 4.3** Les trois types de tempérament

Enfant facile	Enfant difficile	Enfant plus lent à réagir
Réagit bien à la nouveauté et au changement.	Réagit mal à la nouveauté et au changement.	Réagit lentement à la nouveauté et au changement.
Développe rapidement des horaires réguliers de sommeil et d'alimentation.	A des horaires de sommeil et d'alimentation irréguliers.	Dort et mange plus régulièrement que l'enfant difficile, mais moins régulièrement que l'enfant facile.
S'habitue facilement à de nouveaux aliments.	S'adapte lentement à de nouveaux aliments.	Devant un nouveau stimulus (un nouvel aliment, une nouvelle personne, un nouvel endroit, etc.), présente une réponse initiale négative de faible intensité.
Sourit aux étrangers.	Se méfie des étrangers.	S'habitue graduellement à un nouveau stimulus au terme d'expositions répétées, sans subir de pression.
S'adapte facilement à des situations nouvelles.	S'adapte lentement aux situations nouvelles.	Présente des réactions, positives ou négatives, de faible intensité.
Accepte bien la plupart des frustrations.	Réagit à la frustration par des manifestations de colère.	Demeure relativement insensible aux frustrations. Ne réagit pas beaucoup.
S'adapte rapidement à une nouvelle routine et aux règles de nouveaux jeux.	S'adapte lentement à une nouvelle routine.	S'adapte assez rapidement aux nouvelles routines. Ne semble pas affecté positivement ou négativement.
Affiche des humeurs d'intensité faible à moyenne et habituellement positives.	Pleure souvent fort, rit fort, manifeste des humeurs intenses et souvent maussades.	Affiche une humeur généralement neutre. N'est ni content ni triste, mais semble plutôt indifférent.

Source: Adapté de Thomas et Chess, 1984.



Ainsi, la mère de Lili génère une tension inutile en n'adaptant pas sa conduite à celle de sa fille. Les enfants de tempérament difficile peuvent manifester une plus grande sensibilité aux réactions parentales que les enfants des deux autres catégories ; ils peuvent avoir besoin de plus de soutien émotionnel tout en voyant leur autonomie respectée (Stright, Gallager et Kelley, 2008). En acceptant le tempérament inné de leur enfant, les parents se libèrent d'une lourde charge émotionnelle et risquent donc moins de devenir impatients et sévères envers lui. Ils comprennent que leur enfant n'agit ni par entêtement ni par malveillance et ils peuvent alors l'aider à utiliser son tempérament comme une force.



#### Un bébé au tempérament facile

Cette fillette accepte volontiers de goûter de nouveaux aliments. Ces signes démontrent un tempérament facile.

#### La stabilité du tempérament

Le tempérament semble largement inné, probablement héréditaire (Thomas et Chess, 1984), et relativement stable. Les nouveau-nés affichent en effet des tempéraments différents qui persistent dans le temps. Ainsi, des chercheurs qui ont utilisé une classification des tempéraments semblable à celle de la NYLS ont montré que le tempérament à l'âge de 3 ans permet de prédire de façon étroite la personnalité à l'âge de 18 et 21 ans (Caspi, 2000). Cependant, il semble que seul un faible pourcentage d'enfants très difficiles (10 %) maintienne ce tempérament jusqu'à l'entrée à l'école (Rubin *et al.*, 1997). En fait, le tempérament n'est pas complètement formé à la naissance et continue de se développer dans l'enfance lorsque les diverses émotions et les habiletés d'autorégulation apparaissent (Rothbart, Ahadi et Evans, 2000). Il peut donc changer en fonction de l'attitude des parents. Par exemple, de jeunes garçons qui se montrent craintifs et timides sont plus susceptibles de l'être encore à l'âge de trois ans si leurs parents acceptent leurs réactions. Par contre, si les parents les encouragent à affronter de nouvelles situations, ils tendent à être moins inhibés (Park *et al.*, 1997).

La culture influence aussi la stabilité du tempérament. En effet, selon la culture d'appartenance, les parents vont encourager les enfants à maintenir un type de tempérament plutôt qu'un autre. Au Canada, comme dans les autres pays occidentaux, les enfants timides et inhibés sont plus susceptibles d'être perçus comme immatures et incompétents socialement, alors qu'en Chine, la timidité et l'effacement sont socialement approuvés. Ainsi,

une étude comparative Canada-Chine a montré que les mères canadiennes d'enfants timides se montraient plutôt punitives ou surprotectrices, alors que les mères chinoises étaient plus chaleureuses et acceptaient davantage leur enfant (Chen *et al.*, 1998).

Les efforts du pédiatre Gilles Julien auprès des enfants issus de milieux défavorisés, dont il est question dans l'encadré 4.2, montrent bien que le tempérament demeure malléable durant l'enfance et qu'il continue de se modifier en fonction de l'entourage de l'enfant. En effet, les résultats d'une intervention précoce auprès des clientèles à risque ont montré des comportements d'interaction plus positifs entre les mères et leurs nourrissons (Cloutier et Moreau, 1990).

#### ENCADRÉ 4.2



#### APPLICATION

##### Le docteur Julien et la pédiatrie sociale

Le docteur Gilles Julien est surtout connu à cause de la Guignolée annuelle fortement médiatisée qui porte son nom et à laquelle participent de nombreux artistes. Pédiatre de formation, depuis les années 1990, il prêche et milite en faveur de la pédiatrie sociale comme approche à privilégier auprès des enfants. Sa perspective théorique s'inspire résolument du modèle écologique de Bronfenbrenner en cherchant à faire converger les ressources autour de l'enfant pour mieux l'aider dans son développement.

Selon le modèle de la pédiatrie sociale en communauté, les maladies et les difficultés des enfants ne dépendent pas uniquement de leur condition physique, mais également de leur situation socioéconomique. Les enfants des milieux difficiles et défavorisés sont donc particulièrement à risque, la pauvreté faisant souvent de ces enfants des exclus du système. La pédiatrie sociale en communauté favorise une intervention intégrée de tous les acteurs qui entourent l'enfant, tels les CPE, les écoles, les CSSS et les hôpitaux, afin d'améliorer son état général de santé.



Gilles Julien a testé l'efficacité de son approche en ouvrant deux premiers centres de pédiatrie communautaire dans les quartiers montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve en 1997 et de Côte-des-Neiges en 2003, particulièrement défavorisés. Ces centres, composés principalement d'intervenants et de professionnels du milieu de la santé et des services sociaux et épaulés par de nombreux bénévoles, accueillent les enfants et les personnes clés de leur entourage pour les aider à comprendre la problématique et à mieux traverser certaines crises inévitables. Dans tous les cas, les ressources du milieu sont mobilisées afin d'aider les familles à se prendre en charge elles-mêmes. La pédiatrie sociale mise sur la prévention et croit que le dépistage rapide des enfants à risque

permet d'intervenir avant que les problèmes ne s'aggravent. Le succès de la pédiatrie sociale du Dr Julien a poussé des équipes à développer d'autres centres à Montréal et ailleurs au Québec. À ce jour, on compte 14 centres, installés ou en voie de démarrage, dans des villes comme Québec, Trois-Rivières et Gatineau.



#### FAITES LE POINT

1. Comment se manifeste l'apparition de la conscience de soi chez l'enfant ?
2. Décrivez la peur de l'étranger et l'anxiété de séparation.
3. Expliquez la différence fondamentale entre les émotions de base, comme le sourire et les pleurs, et les émotions autoévaluatives.
4. Nommez et définissez les différents types de tempérament.

## 4.2 Les théories du développement de la personnalité

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, selon l'approche psychanalytique, la personnalité se développe au fil de stades successifs de développement, compte tenu des besoins de l'enfant et des réponses que son milieu lui offre. Voyons maintenant les stades de la théorie psychosexuelle de Freud et ceux de la théorie psychosociale d'Érikson.

### 4.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud

Pour Freud, à chaque stade de son développement, l'enfant investit une partie de son corps qui devient une zone érogène. Le degré ou la qualité du plaisir sexuel qu'elle procure ainsi que la façon dont chaque stade est franchi aura une incidence sur la personnalité de l'enfant (*voir le chapitre 1*). Pour Freud, la mère joue un rôle fondamental puisqu'elle représente pour l'enfant le premier objet d'amour et que la nature de leur relation teintera les relations de l'enfant avec son entourage pour le reste de sa vie. Durant les trois premières années de la vie, l'enfant passe par deux stades de développement psychosexuel : le stade oral et le stade anal.

#### Le stade oral

Durant le **stade oral** (de la naissance à 18 mois), la zone érogène investie est la bouche. L'enfant tire du plaisir à téter, à sucer puis à mordiller tout ce qui lui tombe sous la main. Selon Freud, la façon dont la mère répond à ce besoin a une incidence fondamentale sur la personnalité de l'enfant. Le nouveau-né entretient une relation symbiotique avec sa mère et ne se perçoit pas comme séparé d'elle, il est donc fondamental que le sevrage se fasse, mais pas de façon hâtive ni trop brutale. Le développement d'une personnalité saine résulte, en effet, d'un juste équilibre entre la satisfaction adéquate des besoins oraux de l'enfant et la présence d'un espace pour le développement de la force du moi. Par exemple, une mère qui cesserait brusquement son allaitement ou qui empêcherait son bébé de porter des objets à sa bouche créerait une frustration trop grande chez lui. À l'opposé, une mère qui irait toujours au-devant des besoins de son bébé ne lui permettrait pas de les exprimer par lui-même, alors que cet apprentissage s'avère pourtant nécessaire à la construction de sa personnalité. Dans les deux cas, on assisterait à l'apparition d'un conflit intrapsychique, c'est-à-dire à un déséquilibre entre les besoins du ça (celui qui ne veut que téter) et les exigences extérieures, qui ne permettent pas toujours la satisfaction immédiate de ces besoins. Selon Freud, un tel déséquilibre au stade oral crée une personnalité dépendante, caractérisée par la difficulté de ressentir une sécurité émotionnelle et de devenir autonome dans ses relations interpersonnelles.

#### Le stade anal

Au **stade anal** (de 18 mois à 3 ans), ce sont l'anus et le rectum qui deviennent sources de plaisir pour l'enfant. Dans un premier temps, la défécation lui procure du plaisir ; le fait de retenir ou au contraire de relâcher ses sphincters lorsqu'il en a acquis le contrôle est à la base de la gratification. L'apprentissage de la propreté représente donc un moment critique durant ce stade. Encore une fois, selon Freud, le rôle de la mère est de laisser l'enfant jouir de son plaisir tout en l'encadrant dans le contrôle qu'il doit désormais exercer. Une mère trop contrôlante ou, à l'inverse, trop laxiste influencera négativement le développement de la personnalité de l'enfant. Un déséquilibre au stade anal peut ainsi créer une personnalité marquée par l'obsession du contrôle de soi et des autres ou, au contraire, par l'absence totale de structure. Il faut se souvenir qu'à cet âge, l'enfant est beaucoup plus évolué physiquement et cognitivement qu'au stade précédent ; il apprend qu'il peut non seulement exercer un contrôle sur lui-même, mais également sur ses parents.

Tout au long des stades oral et anal, les jeunes enfants sont soumis à des frustrations qui génèrent de l'anxiété. Pour composer avec celle-ci, le moi a recours à divers mécanismes de défense. Par exemple, l'enfant peut transformer une pulsion inacceptable en utilisant le mécanisme de défense appelé « substitution », c'est-à-dire, par exemple, en jouant avec de la pâte à modeler plutôt qu'avec ses excréments. Nous reparlerons des mécanismes de défense du moi dans le chapitre 8.

### 4.2.2 La théorie psychosociale d'Erikson

Nous avons vu qu'à chacun des stades du développement psychosocial proposés par Erikson survient une crise qui doit se résoudre par l'atteinte d'un équilibre satisfaisant entre des forces qui s'opposent, faute de quoi le développement du moi risque d'être

#### Stade oral

Selon Freud, premier stade du développement psychosexuel, durant lequel la satisfaction est obtenue principalement par la bouche, l'incorporation et la relation avec la mère.

#### Stade anal

Selon Freud, deuxième stade du développement psychosexuel, durant lequel la satisfaction est obtenue grâce à la rétention et à l'expulsion des selles et, d'une manière plus large, au contrôle de soi et des autres.



Le tableau 4.1W présente quelques mécanismes de défense souvent utilisés par les poupons et les trotteurs.



compromis. Deux crises se produisent au cours des trois premières années : la crise de la confiance *versus* la méfiance, et celle de l'autonomie *versus* la honte et le doute.

### La première crise : confiance *versus* méfiance fondamentales

L'opposition **confiance *versus* méfiance fondamentales** marque la première crise que traverse l'enfant de la naissance à 18 mois. L'enfant est alors totalement dépendant des autres pour la satisfaction de ses besoins. Si la personne qui s'occupe de lui, généralement sa mère, les comble rapidement, l'enfant va acquérir une confiance inébranlable envers elle et, de façon plus large, envers l'environnement pourvoyeur. Par ailleurs, si on ne répond pas à ses besoins ou si l'on tarde trop à y répondre, l'enfant apprendra à se méfier de cet environnement peu fiable. La qualité de l'entourage de l'enfant est donc de toute première importance pour que celui-ci puisse développer un modèle interne solide de confiance fondamentale. Plus encore, à force d'être convaincu qu'il peut faire confiance aux autres, l'enfant finit par être convaincu qu'il peut, de la même façon, se faire confiance. Selon Erikson, la confiance en soi tire donc son origine de la manière dont l'entourage a répondu aux premiers besoins de l'enfant.

Cependant, l'enfant doit aussi apprendre qu'il ne peut pas toujours avoir une confiance aveugle et naïve envers l'environnement. Il doit réaliser qu'il doit parfois se montrer circonspect et prudent pour ne pas se laisser bernier. Cette méfiance fondamentale est utile et nécessaire, mais elle ne doit pas être exagérée, ce qui conduirait à un retrait affectif et social. Le développement sain de la personnalité n'est atteint que par un juste équilibre entre la confiance, nécessaire à l'établissement de relations interpersonnelles authentiques, et la méfiance, nécessaire à la protection de soi. Comme nous l'avons vu dans le tableau 1.3 du chapitre 1, la force adaptative développée lors de cette crise est l'espoir, qui donne à l'enfant la certitude que le monde qui l'entoure est un endroit sécuritaire et prévisible, et sur lequel il peut agir. Contrairement à Freud, pour qui l'alimentation était source de gratification orale, pour Erikson, c'est la nature de l'interaction affective entre la mère et l'enfant qui influe sur l'établissement du sentiment de confiance de ce dernier. La mère qui réagit favorablement aux besoins de l'enfant, qui tantôt le rassure et tantôt le laisse explorer son univers, facilite sa transition vers le stade suivant, puisque l'enfant intériorise alors l'idée que sa mère est disponible même si elle n'est pas constamment présente.

### La seconde crise : l'autonomie *versus* la honte et le doute

L'opposition **autonomie *versus* honte et doute** constitue la deuxième crise traversée par l'enfant de 18 mois à 3 ans. Le sentiment de confiance développé lors de la première crise a engendré chez l'enfant le désir de s'ouvrir au monde extérieur sans trop de crainte. Il veut donc maintenant explorer et croire en sa capacité d'agir de manière autonome. Cependant, il doit aussi reconnaître ses limites et entretenir des doutes raisonnables sur ses capacités. L'enfant de cet âge éprouve beaucoup de plaisir à faire des choses par lui-même et à démontrer aux adultes qu'il peut tout faire. « Je suis capable » revient souvent dans ses échanges avec les adultes. Il va insister pour se verser lui-même un verre de lait et se montrer très surpris d'en renverser. Cette poussée vers l'autonomie dépend en partie de la maturation de ses nouvelles capacités motrices. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, l'enfant peut maintenant agir davantage par lui-même. Rapidement, grâce au langage, il est même en mesure de mieux exprimer ses désirs.

La force adaptative qui émerge durant ce stade est la volonté. Toutefois, si son besoin d'explorer et de s'affirmer est trop souvent contrecarré par l'entourage, ou si celui-ci lui reproche continuellement ses échecs, l'enfant peut finalement en conclure qu'il vaut mieux ne pas faire preuve d'autonomie afin d'éviter les problèmes. Encore une fois, les parents et les éducateurs doivent faire preuve de discernement. Pour certains enfants, il faut resserrer l'encadrement afin d'éviter les accidents, car ils manifestent un « excès » d'autonomie. Pour d'autres, il faut plutôt les pousser à faire les choses par eux-mêmes, car ils ont trop peur d'échouer. L'entraînement à la propreté, qui est acquise plus rapidement chez la plupart des enfants s'il commence après 27 mois (Blum, Taubman et Nemeth, 2003), représente un pas important vers l'acquisition de l'autonomie et du contrôle de soi.

#### Confiance *versus* méfiance fondamentales

Selon Erikson, première crise du développement psychosocial (0 à 18 mois), au cours de laquelle le nourrisson investit le monde sur la base d'un sentiment de confiance ou de méfiance. La qualité de l'interaction avec la mère joue un rôle important dans l'établissement de la confiance.



#### L'entraînement à la propreté

Pour Erikson, l'entraînement à la propreté est une étape importante vers l'autonomie et la maîtrise de soi.

#### Autonomie *versus* honte et doute

Selon Erikson, deuxième crise du développement psychosocial (18 mois à 3 ans), au cours de laquelle l'enfant doit trouver un équilibre entre, d'une part, l'autonomie (indépendance, autodétermination) et, d'autre part, la honte et le doute.



Quels sont les comportements de Raphaël qui manifestent son désir d'autonomie ?

**Négativisme**

Comportement caractéristique du jeune enfant (autour de deux ans) qui l'amène à exprimer son désir d'autonomie en s'opposant fermement à ce qu'on lui demande de faire.

Le **négativisme**, qui apparaît autour de deux ans, constitue une manifestation courante de cette autonomie. Parfois, ce négativisme peut s'exprimer par des « non » à répétition, comme pour Raphaël, qui ne veut pas partir tout de suite du CPE. L'enfant de cet âge veut exprimer ses propres idées et expérimenter selon ses préférences. Si l'autonomie est l'issue souhaitable de cette seconde crise, l'enfant doit cependant évaluer de façon réaliste ses propres limites ; c'est là une composante essentielle d'une personnalité équilibrée. Les parents doivent donc être attentifs à cette période particulière du développement et mettre sur pied des stratégies qui aideront l'enfant à devenir autonome (voir le tableau 4.4).

**TABEAU 4.4** Les attitudes éducatives à privilégier en fonction de différentes théories du développement

Théorie	Principe de développement	Attitudes éducatives à privilégier
Théorie de la pyramide des besoins de Maslow <sup>a</sup>	Répondre aux besoins de l'enfant (physiologiques, de sécurité, affectifs).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être attentif aux besoins de l'enfant (dormir, manger, être en sécurité, être réconforté, etc.) plutôt que s'en tenir à un horaire fixe.</li> </ul>
Théorie du développement psychosocial d'Erikson	Développer la confiance fondamentale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répondre rapidement aux besoins de l'enfant afin qu'il développe de la confiance envers l'environnement pourvoyeur.</li> <li>Assurer une sécurité maximale autour de l'enfant pour qu'il fasse confiance à son environnement et en vienne à se faire confiance.</li> <li>Être prévenant, plein d'attention et encourager les expérimentations personnelles de l'enfant.</li> </ul>
	Développer une saine méfiance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montrer à l'enfant comment agir prudemment lors de ses expérimentations, mais le réconforter quand il se cogne la tête, tombe ou se pince les doigts.</li> </ul>
	Développer l'autonomie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permettre à l'enfant de faire des choix (par exemple, choisir ses vêtements), de les exercer (par exemple, s'habiller, se verser du lait) et d'en assumer les conséquences (par exemple, aider à ramasser les dégâts).</li> <li>Laisser une marge de manœuvre à l'enfant, mais se montrer ferme dans les mises en garde (« Au terrain de jeu, il ne faut jamais dépasser la barrière »).</li> <li>Accepter avec sagesse l'opposition systématique de l'enfant : les « Non » à répétition et les « Je suis capable tout seul ».</li> <li>Présenter les tâches moins agréables (par exemple, ramasser ses jouets) comme des tâches amusantes qui ne peuvent être accomplies que par des « grands ».</li> </ul>
	Développer une saine attitude de doute.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accepter les échecs d'autonomie de l'enfant plutôt que les lui reprocher (« Je le savais que tu ne serais pas capable ! »).</li> <li>Aider l'enfant à comprendre la raison de son incapacité.</li> <li>Resserrer l'encadrement et la surveillance quand l'enfant est frustré (par exemple, cris, comportements agressifs à l'égard des autres, etc.).</li> </ul>
Théorie de l'attachement de Bowlby et Ainsworth <sup>b</sup>	Développer le sentiment d'attachement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être une présence rassurante (base de sécurité) quand l'enfant explore afin qu'il soit convaincu que « rien de grave ne peut m'arriver, car maman est là ! ».</li> </ul>
Théorie de l'apprentissage social de Bandura <sup>a</sup>	Tenir compte de l'imitation des modèles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas dramatiser inutilement les chutes bénignes, les blessures superficielles et les peurs de l'enfant. Ne pas montrer de la peur et de l'effroi.</li> </ul>
Théorie de la référence sociale de Hertenstein et Campos <sup>b</sup>	Tenir compte de l'interprétation émotionnelle faite par l'enfant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se montrer affable et rassurant dans des situations nouvelles et devant les étrangers (expression chaleureuse du visage).</li> </ul>
Théorie du développement psychosexuel de Freud <sup>a</sup>	Savoir composer avec les pulsions du stade oral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laisser les pulsions naturelles de l'enfant s'exprimer sur son corps et sur les objets et ne pas chercher à les brimer trop tôt.</li> <li>Éviter la présence d'objets dangereux ou de produits dangereux que l'enfant risquerait d'ingérer.</li> <li>Apprendre à l'enfant à respecter certaines limites (ne pas mordre les autres).</li> <li>Réduire les occasions de frustration en détournant d'abord son attention (arrêter une activité intéressante).</li> </ul>



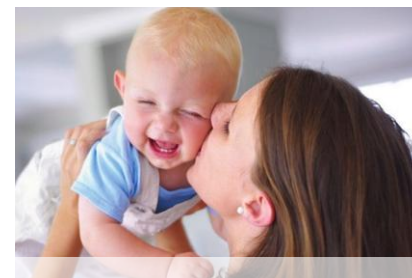
**TABLEAU 4.4** Les attitudes éducatives à privilégier en fonction de différentes théories du développement (suite)

Théorie	Principe de développement	Attitudes éducatives à privilégier
	Savoir composer avec les pulsions du stade anal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accepter avec sagesse le fait que l'enfant aime beaucoup se salir (par exemple, avec de la boue, de la nourriture, etc.).</li> <li>• Montrer de l'intérêt à ses efforts pour être propre et approuver sa joie quand il réussit.</li> <li>• Préparer l'enfant à mettre fin à une activité (« Nous allons devoir partir bientôt »).</li> <li>• Faire preuve d'indulgence et de compassion dans les moments difficiles que peut vivre l'enfant (par exemple, faire pipi à nouveau dans ses culottes à la naissance d'un frère ou d'une sœur).</li> </ul>
Théorie du conditionnement classique ou répondant de Pavlov <sup>a</sup>	Associer le parent à un signal positif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire en sorte que l'enfant associe ses parents à des expériences agréables plutôt que désagréables (par exemple, éviter d'utiliser systématiquement la punition pour ne pas être perçu de façon négative).</li> </ul>
Théorie du conditionnement opérant de Skinner <sup>b</sup>	Renforcer les conduites adéquates et punir les conduites inadéquates.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser souvent les renforcements positifs (par exemple, sourires, mots pour faire apprendre ou maintenir les comportements souhaités).</li> <li>• Privilégier le retrait de l'enfant (punition négative) plutôt que la punition (punition positive) dans les cas d'agressivité.</li> <li>• Éviter l'emploi de la punition physique, car elle augmente la frustration à la fois de l'enfant et des parents.</li> </ul>

**Notes :**<sup>a</sup> Théorie présentée dans le chapitre 1.<sup>b</sup> Théorie présentée plus loin dans ce chapitre.**Source :** Inspiré d'Haswell, Hock et Wenar, 1981 ; Kochanska et Aksan, 1995 ; Kopp, 1982 ; Kuczynski et Kochanska, 1995 ; Power et Chapieski, 1986.

### 4.2.3 L'évaluation des théories du développement de la personnalité

Les théories de Freud et d'Erikson nous aident à mieux comprendre le développement de la personnalité des enfants. Toutefois, ces deux théories possèdent certaines limites, surtout liées à la difficulté de valider objectivement les concepts qu'elles mettent de l'avant. Qu'est-ce exactement que la confiance fondamentale et comment la mesurer objectivement ? Comment évaluer avec certitude que c'est bien l'insatisfaction orale qui crée une personnalité dépendante ? Les recherches qui ont tenté de confirmer les postulats de ces théories n'ont pas abouti à des résultats concluants. Par ailleurs, toutes deux considèrent la mère comme la principale responsable du développement de la personnalité de l'enfant et ne laissent que peu de place au père et aux autres adultes significatifs, de même qu'au milieu de vie de l'enfant. Toutefois, ces théories nous renseignent sur l'importance des premières relations affectives de l'enfant, comme le font d'ailleurs les théories de l'attachement que nous verrons maintenant.

**La confiance fondamentale**

D'après Erikson, ce poupon développera sa confiance dans le monde extérieur grâce aux soins attentifs et réguliers de sa mère ou de la personne qui en prend soin.

**FAITES LE POINT**

5. Nommez et expliquez les deux premiers stades selon la théorie freudienne, ainsi que les deux premières crises selon celle d'Erikson.
6. Quelles sont les différences fondamentales entre ces deux théories ?
7. Quelles sont les limites de ces théories du développement de la personnalité ?
8. Une de vos amies se plaint du caractère difficile de sa petite fille de deux ans et demi, qui refuse systématiquement de faire ce qu'elle lui demande par des « non » catégoriques. Elle ne sait pas comment réagir face à cette attitude. Que pourriez-vous lui dire pour l'aider à mieux comprendre le comportement de sa fille ?

**Attachement**

Relation affective réciproque et dynamique qui s'établit entre deux individus et qui a une fonction adaptative pour l'enfant. L'interaction entre ces deux personnes contribue à renforcer et à raffermir ce lien.

## 4.3 Les théories de l'attachement

L'**attachement** se définit comme le lien affectif, durable et réciproque entre un enfant et la personne qui en prend soin. L'attachement a une fonction adaptative pour l'enfant. Il lui assure le bien-être physique et affectif dont il a besoin. Ce lien d'attachement développé durant la petite enfance semble être déterminant pour l'établissement et la qualité des liens interpersonnels futurs chez l'individu. Trois grands courants théoriques ont tenté d'expliquer l'attachement : les théories de l'apprentissage, les théories éthologiques et la théorie éthologico-psychanalytique.

### 4.3.1 Les théories de l'apprentissage

Ces théories s'appuient sur les notions de conditionnement et de renforcement que nous avons étudiées dans le chapitre 1. Elles postulent que l'attachement se crée essentiellement par l'entremise des interactions entre les parents et l'enfant, interactions qui permettent à celui-ci de faire des apprentissages de type répondant ou opérant. Ainsi, le bébé apprend selon les principes du conditionnement répondant lorsqu'il établit, par exemple, une association entre la personne qui lui donne le biberon et l'assouvissement de sa faim. Il apprend plutôt selon les principes du conditionnement opérant quand il y a un renforcement dans la relation bébé-adulte. En effet, le fait qu'un parent réponde en souriant au bébé qui gazouille renforce ce comportement chez l'enfant et encourage la proximité entre eux. Les théories béhavioristes ont insisté depuis longtemps sur le fait que les parents façonnent le comportement de leurs enfants selon des processus de conditionnement et considèrent que ces conditionnements sont réciproques (Rubin *et al.*, 1996). Enfin, la théorie de l'apprentissage social peut également servir à la compréhension des processus d'attachement. Selon celle-ci, l'enfant apprend comment se créent les interactions intimes lorsqu'il observe des comportements modèles qui font appel à la proximité, par exemple en voyant son grand frère qui pleure se faire consoler par sa mère. Les théories de l'apprentissage suggèrent enfin que l'attachement ne se crée pas seulement avec la mère, mais avec toutes les personnes qui s'occupent régulièrement de l'enfant, comme le père, la grand-mère ou l'éducatrice de la garderie.

### 4.3.2 Les théories éthologiques de l'attachement

Konrad Lorenz, un **éthologiste** célèbre lauréat d'un prix Nobel de physiologie, a mis en évidence le processus de l'**empreinte**, appelé aussi « imprégnation », chez les animaux. Il a montré que des poussins fraîchement éclos suivent le premier objet mobile qu'ils perçoivent, lequel, dans leur environnement naturel, est habituellement la mère. L'empreinte, un processus génétiquement programmé, démontre que les petits manifestent donc des comportements visant à les maintenir à proximité de la mère. Ce comportement de survie est-il lié au besoin de nourriture ?

Nous avons vu que, pour Freud, la mère devient un objet d'amour parce qu'elle satisfait un besoin primaire : l'alimentation. Cependant, certains éthologistes comme Harry Harlow ont remis en question la position de Freud sur l'établissement de l'attachement. Lors d'une expérience classique, Harlow a voulu vérifier les facteurs responsables de l'établissement de l'attachement de singes rhésus de 6 à 12 semaines à partir des dimensions suivantes : l'apport de nourriture, le réconfort fourni par le contact d'un tissu pelucheux, la température et le mouvement. Il a séparé les jeunes singes de leur mère biologique 6 à 12 heures après leur naissance et les a élevés avec des mères de substitution : une « mère » en fil métallique à laquelle était accroché un biberon et une « mère » sans biberon, mais recouverte d'un doux tissu en peluche. Les jeunes singes étaient libres de choisir leur mère de substitution. Tous, sans exception, ont choisi le contact et le réconfort fournis par la mère en tissu pelucheux. Même s'ils se nourrissaient auprès de la mère métallique, ils

**Éthologiste**

Scientifique qui étudie les comportements caractéristiques des différentes espèces.

**Empreinte**

Processus génétiquement programmé qui se produit durant une période critique du développement d'un organisme, et par lequel l'organisme réagit à un stimulus d'une manière difficilement modifiable par la suite.

allaient ensuite se réfugier auprès de l'autre mère. De plus, lorsqu'ils étaient soumis à un stimulus effrayant, ils se tournaient systématiquement vers la mère de peluche. Harlow en a conclu que le contact réconfortant est plus puissant que les autres facteurs tels que le mouvement, la température et même l'apport de nourriture. Toutefois, bien que les petits élevés par des mères de substitution aient démontré un intérêt plus grand pour l'exploration et un certain attachement à leur mère en peluche, celle-ci n'a pas réussi à remplacer une vraie mère. En effet, aucun des animaux des deux groupes n'a connu un développement normal et aucun n'a pu, par la suite, mater ses propres petits (Harlow et Harlow, 1962; Suomi et Harlow, 1972). Néanmoins, cette expérience débouche sur une conclusion irréfutable : ce n'est pas l'apport de nourriture qui favorise l'établissement d'un lien d'attachement, mais plutôt la satisfaction du besoin de contact physique, doux et réconfortant (Parent et Saucier, 1999).

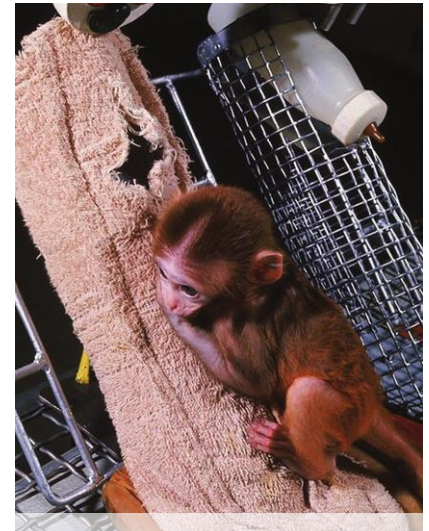
### 4.3.3 La théorie éthologico-psychanalytique

John Bowlby, pédiatre et psychanalyste anglais, a travaillé auprès d'enfants séparés de leurs parents durant la dernière guerre mondiale, chez qui il a pu observer les carences sur le plan du développement affectif. Il s'est aussi beaucoup intéressé aux travaux des éthologistes, convaincu en effet que cette théorie pouvait servir à expliquer la construction du lien affectif entre la mère et l'enfant chez les humains. Son postulat de base repose sur l'idée que, tout comme la plupart des animaux, l'être humain a le besoin primaire d'établir des liens d'intimité forts avec ses parents, de manière à protéger sa survie et celle de son espèce (Bowlby, 1969). Ne pouvant assurer seul sa survie, le bébé est génétiquement programmé à maintenir une proximité avec une personne capable de le protéger, en émettant des signes comme les pleurs, les cris, le sourire, etc. (Parent et Saucier, 1999). Pour Bowlby, la personne avec qui ce premier lien d'attachement s'établit n'est pas nécessairement la mère biologique. L'attachement est un lien affectif positif qui s'accompagne d'un sentiment de sécurité et qui ne peut être observé directement. Ce que nous pouvons observer, ce sont des **comportements d'attachement**, tels que des regards, des sourires, des contacts, des pleurs. Ainsi, dans la mise en situation, Raphaël et Lili démontrent des comportements d'attachement très différents. De tels comportements apparaissent surtout lorsque l'enfant a besoin d'être soigné, réconforté ou sécurisé, c'est-à-dire lorsqu'il veut maintenir le contact ou se rapprocher de sa figure d'attachement. Les carences dans l'établissement du lien d'attachement sont irréversibles si elles interviennent au premier âge (Bowlby, 1969).

#### La création du lien d'attachement

La création du lien d'attachement entre un enfant et une autre personne est un processus qui se développe lentement. Pour Bowlby (1969), l'attachement s'établit en trois phases : le préattachement, l'émergence de l'attachement et l'attachement véritable.

Avant deux ou trois mois, un ensemble de comportements d'attachement innés sont manifestés par l'enfant (pleurs, agrippements, sourires, etc.), mais ils ne sont pas différenciés en fonction des personnes qui prennent soin de lui (Ainsworth, 1989). Dès la huitième semaine, le bébé se met à orienter ses comportements d'attachement vers les personnes proches de lui, et plus particulièrement sa mère. Ses avances portent fruit quand la mère répond chaleureusement et avec plaisir, lui offrant de fréquents contacts physiques et la liberté d'explorer. Le bébé se rend compte alors de l'effet de ses actions et acquiert progressivement à la fois un sentiment d'emprise sur le monde et un sentiment de confiance en lui, lié à sa capacité d'obtenir des résultats. Toutefois, il n'est pas encore véritablement attaché à elle. En effet, l'attachement véritable n'apparaît pas avant six ou huit mois : une personne, généralement la mère, devient alors la figure d'attachement principale, comme nous le verrons plus loin.



#### Le besoin de contact réconfortant

Dans une série d'expériences classiques, Harry et Margaret Harlow ont montré que la nourriture n'est pas ce qui compte le plus dans l'établissement de l'attachement. Lorsque des bébés singes rhésus pouvaient choisir entre une « mère nourricière » en fil de fer ou une « maman » douce et chaude en tissu pelucheux, ils passaient plus de temps accrochés à leur mère en tissu, même s'ils étaient nourris par des bouteilles attachées à leur « mère métallique ».

#### Comportement d'attachement

Signe émis par l'enfant (regard, sourire, contact, pleur, etc.) qui appelle une réponse de l'adulte qui s'en occupe.



#### Le développement de l'attachement

Par la façon dont elles interagissent, cette mère et sa fille contribuent toutes deux à créer un lien d'attachement. La façon dont le bébé étreint sa mère montre qu'il a confiance en elle, ce qui renforce les sentiments que la mère éprouve pour son enfant.

Selon Bowlby (1969), l'enfant est actif dans la création d'un lien d'attachement. Pour ce faire, il se construit un modèle opérationnel interne (MOI), c'est-à-dire une représentation des comportements et des attitudes de la personne la plus significative pour lui, généralement sa mère. Tant que celle-ci agit conformément à ce modèle interne, le bébé ne change pas. Si toutefois la mère modifie de façon consistante sa manière d'agir avec l'enfant, celui-ci doit modifier son modèle interne et le type d'attachement peut alors en être affecté.

L'enfant se construit de la même manière plusieurs modèles internes d'attachement au contact des personnes qui sont significatives pour lui. Contrairement à ce que l'on a longtemps cru, il semble que les bébés développent des liens d'attachement avec leurs deux parents à peu près au même moment. La plupart du temps, le type d'attachement au père et à la mère est également similaire. Il arrive cependant qu'un attachement insécurisant avec l'un des parents soit compensé par un attachement sécurisant avec l'autre (Verschuere et Marcoen, 1999).

#### Situation étrange

Expérience de laboratoire développée par Mary Ainsworth visant à évaluer le type d'attachement entre une mère et son enfant.

#### Attachement sécurisant

Type d'attachement dans lequel l'enfant manifeste de la confiance en présence de sa mère, de la détresse lors de son absence, et un retour à la confiance lors de la réunion avec la mère.

#### Attachement insécurisant de type évitant

Type d'attachement perturbé, dans lequel l'enfant manifeste une distance à l'égard de sa mère lorsqu'elle est présente, une indifférence lors de son départ, et une absence de réconfort lors du retour.

#### Attachement insécurisant de type ambivalent

Type d'attachement perturbé, dans lequel l'enfant affiche une anxiété en présence et en l'absence de sa mère. Lors de la réunion avec cette dernière, l'enfant démontre tout à la fois une recherche de réconfort et des comportements de rejet et de résistance à la mère.

#### Base de sécurité

Utilisation du parent comme point de référence permettant à l'enfant d'explorer son environnement et de revenir au besoin pour recevoir un réconfort émotionnel.

### Les formes d'attachement

Mary Ainsworth a d'abord étudié le phénomène de l'attachement lorsqu'elle était une jeune collaboratrice de Bowlby, puis chez des bébés ougandais, dans des contextes d'observation naturelle. Par la suite, elle a conçu la célèbre expérience de la **situation étrange**, une technique standardisée d'observation en laboratoire visant à mesurer les types d'attachement entre un bébé et un adulte. Durant cette expérience, qui dure au total moins de 30 minutes, la mère laisse l'enfant seul à deux reprises dans un environnement nouveau pour lui. La première fois, elle le laisse en compagnie d'un étranger tandis que, la deuxième fois, elle le laisse seul. Pendant qu'il est seul, l'étranger revient en premier dans la pièce, suivi peu après de la mère. Lorsque la mère revient, l'étranger quitte une nouvelle fois la pièce. La mère encourage alors le bébé à poursuivre son exploration et ses jeux, et elle le réconforte au besoin. Ce qui intéressait le plus Ainsworth dans cette expérience de la situation étrange était d'observer les réactions du bébé au retour de la mère. Elle a ainsi pu constater que les bébés ne réagissaient pas tous de la même façon. Certains étaient contents et sautaient dans les bras de leur mère en la voyant apparaître; d'autres enfants semblaient quant à eux ne pas être affectés par son retour; d'autres enfin manifestaient de la colère et de l'anxiété qui ne se calmaient pas à la vue de la mère.

Ces observations auprès d'un nombre significatif d'enfants d'un an ont permis à la chercheuse et à ses collègues de décrire trois formes d'attachement : une d'**attachement sécurisant** (la forme la plus courante, 66 % des bébés), et deux formes d'attachement insécurisant, l'**attachement insécurisant de type évitant** (20 % des bébés) et l'**attachement insécurisant de type ambivalent** (12 % des bébés), ces deux dernières formes étant anxiogènes (Ainsworth *et al.*, 1978).

Le bébé qui fait preuve d'un attachement sécurisant pleure ou proteste quand sa mère quitte la pièce et il l'accueille avec joie quand elle revient. Lorsqu'elle est présente, le bébé se sert de sa mère comme d'une **base de sécurité** à partir de laquelle il explore son environnement. Il peut s'éloigner d'elle temporairement pour observer et manipuler des jouets, par exemple, mais tout en jetant régulièrement un coup d'œil dans sa direction ou en tentant d'attirer son attention en lui montrant ses découvertes. Il revient également de temps à autre auprès d'elle pour trouver du réconfort et se sécuriser.

Le bébé qui manifeste un attachement insécurisant de type évitant réagit peu au départ de sa mère et accepte généralement les contacts avec une personne étrangère. Quand la mère revient, il n'accourt pas vers elle et reste distant, même s'il exprime de la colère. De même, lorsqu'il s'éloigne pour jouer, l'enfant de type évitant ne cherche pas à attirer l'attention de sa mère.

Enfin, le bébé qui vit un attachement insécurisant de type ambivalent est anxieux, même en présence de sa mère. Il est extrêmement bouleversé lorsqu'elle part et, à son

retour, il manifeste son ambivalence en cherchant à la fois un contact avec elle, mais en lui résistant par des coups de pied et des contorsions. En général, ces enfants réagissent fortement à une personne étrangère et sont moins portés à s'éloigner de leur mère pour explorer leur environnement.

Fait remarquable, ces trois types d'attachement sont présents dans toutes les cultures dans lesquelles ils ont été étudiés, soit en Afrique, en Chine et en Israël. On note toutefois que la proportion d'enfants de chaque catégorie diffère alors de celles identifiées dans les études d'Ainsworth (van IJzendoorn et Sagi, 1999). D'autres chercheurs ont décrit une quatrième forme d'attachement, soit l'**attachement désorganisé et désorienté** (Main et Solomon, 1986). Souvent subtile et difficile à observer, cette forme d'attachement a cependant été validée par plus de 80 études (van IJzendoorn, Schuengen et Bakermans-Kranenburg, 1999). Le bébé qui présente cette forme d'attachement manifeste souvent des comportements contradictoires. Au retour de la mère, il affiche un comportement erratique : il semble joyeux, mais il peut en même temps se détourner ou s'approcher sans regarder sa mère. Il semble confus et apeuré ou, au contraire, il paraît figé et peut passer très rapidement d'une émotion à l'autre. Il s'agit probablement du type d'attachement le plus insécurisant. Il apparaît le plus souvent chez des enfants dont les mères sont insensibles, intrusives ou abusives (Carlson, 1998), ou qui consomment de l'alcool et des drogues (Vondra et Barnett, 1999). Le tableau 4.5 décrit les comportements types associés à chacune de ces quatre formes d'attachement.

La quasi-totalité des recherches sur l'attachement reposent sur l'étude de la situation étrange. Néanmoins, plusieurs chercheurs ont remis en question sa validité. En effet, la situation est non seulement étrange, mais artificielle. Au cours de l'expérience, la mère et l'enfant sont conduits dans un lieu qu'ils ne connaissaient pas auparavant.

La mère est ensuite invitée à ne pas engager d'interaction avec l'enfant. De plus, on expose l'enfant aux allées et venues répétées de personnes non familières, c'est-à-dire d'« étrangers », et on s'attend à ce que l'enfant leur prête attention. L'attachement se manifestant habituellement par des comportements beaucoup plus variés que ceux observés dans la situation étrange, certains chercheurs comme Waters et Deane (1985) ont proposé une autre méthode pour observer les enfants dans des situations naturelles. L'AQS (pour *Attachment Q-set*) demande à la mère, ou à tout autre observateur présent à la maison, d'évaluer l'enfant à partir d'une liste de mots ou de phrases décrivant des comportements précis (par exemple, « pleure souvent », « a tendance à se cramponner », etc.). L'observateur doit déterminer si chaque description caractérise bien, ou peu, l'enfant observé. Par la suite, cette évaluation est comparée à la description type d'un enfant sécurisé et confiant, fixée par les experts. Cette méthode permet ainsi d'analyser de manière plus réaliste l'attachement chez un enfant.

#### Attachement désorganisé et désorienté

Type d'attachement perturbé, dans lequel l'enfant démontre de multiples contradictions dans son comportement à l'égard de sa mère et manifeste de la confusion et de la peur.



Quel modèle d'attachement correspond à celui de Raphaël, puis à celui de Lili ?

**TABLEAU 4.5** Les comportements d'attachement dans la situation étrange

Forme d'attachement	Comportement
Attachement sécurisant	Noémie joue et explore à volonté en présence de sa mère. Elle l'accueille avec joie quand elle revient.
Attachement insécurisant de type évitant	Lorsque la maman d'Émile revient, celui-ci ne la regarde pas et ne l'accueille pas. Il agit presque comme s'il n'avait pas remarqué son retour.
Attachement insécurisant de type ambivalent	Miguel erre près de sa mère pendant la plus grande partie de la situation étrange, mais il ne l'accueille pas avec enthousiasme lorsqu'il la retrouve. Au contraire, il est fâché et contrarié.
Attachement insécurisant de type désorganisé et désorienté	Catherine répond à la situation étrange par un comportement inconsistant et contradictoire. Elle semble s'effondrer, écrasée par le poids du stress.

Source : Adapté de Thompson, 1998.



## FAITES LE POINT

9. Expliquez la différence fondamentale entre la théorie de l'apprentissage et la théorie éthologique concernant l'attachement.
10. Décrivez ce que Bowlby entend par le « comportement d'attachement ».
11. Nommez et décrivez les quatre formes d'attachement chez l'enfant.

## 4.4 Les facteurs d'influence et les conséquences de l'attachement

Le processus d'attachement est le résultat de l'interaction entre le tempérament, l'état émotionnel de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant. Toutefois, il importe de garder en mémoire que de nombreux autres facteurs peuvent grandement influencer le développement de l'enfant. Nous allons donc aborder dans cette section les différents facteurs d'influence ainsi que les conséquences de l'attachement.

### 4.4.1 Le rôle du tempérament

Le tempérament de l'enfant a-t-il une influence sur l'attachement ? La réponse à cette question varie selon les chercheurs. Certaines études révèlent en effet que le degré de frustration, la quantité de pleurs, l'irritabilité et la peur des bébés représentent des facteurs de prédiction de l'attachement (Kochanska, 1997). Par ailleurs, les manifestations du tempérament du bébé, en agissant sur le comportement des parents, pourraient aussi avoir une incidence sur l'attachement. Une série d'études menées aux Pays-Bas a même démontré que des bébés ayant des tempéraments difficiles risquaient davantage de développer un attachement insécurisant (van den Boom, 1994). Toutefois, l'effet du tempérament ne semble pas aussi déterminant que certains chercheurs le suggèrent, notamment lorsque les parents s'accommodent mieux que d'autres du tempérament de leur enfant ou disposent de plus de ressources dans leur environnement (Cloutier *et al.*, 2005). Ainsi, des recherches ont prouvé que des enfants difficiles dont la mère avait été soutenue par les conseils d'une professionnelle sur les façons de calmer un bébé avaient autant de chance que les autres enfants de développer un attachement sécurisant. La qualité de l'ajustement entre le parent et l'enfant est probablement la clé pour comprendre le processus d'attachement.

### 4.4.2 L'influence des parents

Tout comme le tempérament de l'enfant, la personnalité des parents influence grandement la qualité de l'attachement puisque le bébé dépend entièrement d'eux pour assouvir ses besoins. Il ne faut pas oublier que c'est l'enfant qui construit lui-même son modèle interne d'attachement, mais qu'il le fait à partir des interactions avec ses parents. Peut-il avoir la certitude que, peu importe ce qui va se passer, ils seront « toujours là » quand il aura besoin d'eux ? Une fois cette certitude acquise, l'enfant n'a pas besoin de se tenir près de ses parents parce qu'il les « traîne » en fait toujours avec lui, mais dans sa tête. Cette liberté lui permet d'explorer sans crainte de perdre sa base de sécurité. Les parents attentionnés qui ont habitué graduellement leur enfant à leurs absences aident celui-ci à développer un attachement sécurisant.

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) avaient déjà relevé dans leurs recherches des différences marquées dans les modes de maternage, différences qui se répercutaient sur l'attachement du bébé. Ainsi, les mères de bébés qui manifestaient un attachement sécurisant étaient le plus à l'écoute de leur nourrisson durant la première année de leur vie. Par exemple, elles respectaient vraiment les « demandes » de boire de



#### Un père qui joue

Les pères sensibles savent doser leurs interventions en accélérant ou en ralentissant le jeu. Ils s'ajustent ainsi aux besoins ponctuels de leur enfant.



l'enfant et tenaient compte des signes du bébé leur indiquant à quel moment arrêter et à quel rythme (rapide ou lent) le nourrir (Ainsworth, 1979). Bref, elles semblaient avoir la sensibilité nécessaire pour interpréter adéquatement les signaux de leur enfant et elles y répondaient de manière appropriée. Chez les pères, cette même sensibilité tend plutôt à s'exprimer dans un contexte de jeu ou d'activité récréative. Un père sensible dose ses interventions en tenant compte des besoins ponctuels de son enfant, par exemple en le stimulant davantage, ou au contraire, en ralentissant le jeu (Cloutier *et al.*, 2005). Enfin, les facteurs contextuels comme le travail de la mère, et encore plus son attitude par rapport au fait qu'elle travaille, peuvent aussi avoir une incidence sur l'attachement.

### 4.4.3 Les conséquences à long terme de l'attachement

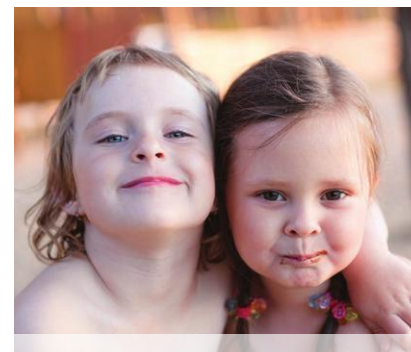
Comme la théorie de l'attachement le prédit, ce lien influe sur les compétences émotionnelles, cognitives et sociales d'un individu (van IJzendoorn et Sagi, 1997). Ainsi, plus l'enfant est attaché de façon sécurisante à l'adulte qui s'occupe de lui, plus il lui sera facile de s'en détacher et de développer de bonnes relations avec les autres personnes. Les enfants qui vivent un attachement sécurisant n'ont donc pas besoin de rester accrochés à leur mère; ils veulent faire de nouvelles expériences et résoudre à leur façon les problèmes rencontrés. Globalement, ils entretiennent aussi une attitude plus positive à l'égard de l'inconnu.

Une recherche portant sur 70 bébés de 15 mois qui avaient un attachement sécurisant avec leur mère (tel que mesuré par la situation étrange) a démontré que ces enfants présentaient par la suite moins de stress à l'égard d'autres personnes qui prenaient soin d'eux, comparativement aux enfants qui avaient vécu un attachement insécurisant (Ahnert *et al.*, 2004).

Sur le plan des relations sociales, des observations faites auprès d'enfants de tous âges concluent que ceux qui vivent un attachement sécurisant (comparés à ceux qui vivent un attachement insécurisant de type évitant ou ambivalent) sont plus sociables et plus populaires auprès de leurs pairs; bref, ils s'adaptent plus facilement à la vie en société (Goldberg, 2000). L'attachement sécurisant semble donc préparer l'enfant à l'intimité des relations amicales (Carlson, Sroufe et Egeland, 2004). En outre, on a aussi démontré que les enfants qui vivent un attachement sécurisant possèdent un vocabulaire plus varié que ceux dont l'attachement est insécurisant (Meins, 1998). De trois à cinq ans, ils se montrent plus curieux, plus compétents, plus empathiques et plus confiants en eux-mêmes (Elicker, Englund et Sroufe, 1992). Ils ont non seulement une meilleure estime de soi, mais ils démontrent également moins de comportements agressifs et font preuve de persévérance dans l'exécution d'une tâche (Cloutier *et al.*, 2005). À l'âge scolaire et à l'adolescence, les enfants qui ont développé un attachement sécurisant tendent à avoir les relations d'amitié les plus étroites et les plus stables, du moins dans les pays occidentaux où ont été faites la plupart des recherches (Schneider, Atkinson et Tardif, 2001) et à être mieux adaptés socialement (Jaffari-Bimmel *et al.*, 2006).

De leur côté, les enfants qui ont développé un attachement insécurisant connaissent plus souvent des problèmes à long terme: ils sont inhibés, éprouvent plus d'émotions négatives, sont plus colériques ou agressifs. Ils sont plus hostiles envers d'autres enfants à l'âge de cinq ans et sont plus dépendants à l'âge scolaire (Sroufe, 1983; Kochanska, 2001). Quant aux enfants qui vivent un attachement désorganisé, ils risquent davantage de présenter des problèmes de comportement à l'école et de développer des troubles psychiatriques vers l'âge de 17 ans (Carlson, 1998).

Les études longitudinales montrent également l'influence des formes d'attachement, aussi bien à l'adolescence qu'au début de l'âge adulte (Tarabulsy, Larose *et al.*, 2012). Les incidences d'un attachement sécurisant sur le développement de la personne sont développées dans l'encadré 4.3 (*voir la page suivante*). Un attachement sécurisant durant



#### L'attachement sécurisant

Les enfants qui ont connu un attachement sécurisant lorsqu'ils étaient nourrissons ont tendance à bien s'entendre avec les autres enfants et à former des amitiés fortes.

l'enfance semble influencer la qualité de l'attachement du jeune adulte à son partenaire amoureux (Simpson *et al.*, 2007). On retrouve la même influence à la fois positive et négative chez les enfants qui ont été adoptés. Il apparaît qu'il existe deux périodes critiques où les enfants sont plus fragiles pour l'adoption : de 6 à 12 mois, parce que la formation de l'attachement proprement dit se fait à cet âge, et après 24 mois, alors qu'un nouvel attachement est plus difficile à établir après un premier détachement (Habersaat, Tessier *et al.*, 2010).

## ENCADRÉ 4.3

## PAROLES D'EXPERT

**George M. Tarabulsky** | Professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval



### L'importance de l'attachement sur le développement de l'enfant

George M. Tarabulsky a consacré l'essentiel de ses travaux à l'importance de l'attachement pour le développement humain. Tout en poursuivant des recherches théoriques sur le processus de l'attachement, il a développé une méthode novatrice de rétroaction pour intervenir efficacement auprès des

mères qui ont de la difficulté à établir des liens d'attachement avec leur enfant. L'application de ses recherches empiriques est maintenant reconnue par de nombreux chercheurs et intervenants dans le domaine et son expertise est utilisée dans les protocoles d'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour aider les mères en difficulté à apprendre comment mieux interagir avec leur enfant.

Dans son mémoire de maîtrise, présenté à l'Université McGill, le chercheur s'intéresse plus particulièrement aux changements temporaires et permanents vécus par les enfants lors de la séparation conjugale. Son doctorat à l'Université Laval l'amène à faire une incursion en psychopathologie du développement. Partisan d'une approche éclectique, il propose d'intégrer à la théorie de l'attachement de John Bowlby et de Mary Ainsworth les principes éthologiques, piagétiens et béhavioristes. Un stage postdoctoral à la University of Western Ontario à London lui permet de raffiner ses techniques d'observation et l'amène à s'intéresser plus particulièrement aux interventions possibles pour favoriser l'attachement des bébés.

De retour au Québec, George M. Tarabulsky enseigne pendant cinq ans à l'Université du Québec à Trois Rivières (UQTR) et se consacre à un projet d'envergure auprès des mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans et de leurs enfants. Dans une étude longitudinale où ces enfants sont suivis de l'âge de six mois jusqu'à huit ans (Lemelin, Tarabulsky, Lemelin et Provost, 2006), il constate que les difficultés émotionnelles et relationnelles peuvent être détectées dès l'âge de six mois et qu'elles sont des précurseurs de problèmes ultérieurs sur les plans cognitif, affectif et social. Il utilise l'enregistrement vidéo comme moyen de rétroaction permettant aux mères adolescentes d'observer leurs interventions. La rétroaction, essentiellement axée sur le renforcement des comportements appropriés, encourage autant quantitativement (nombre de comportements adéquats manifestés par la mère) que qualitativement (types

de comportements verbaux et non verbaux adéquats manifestés par la mère) les interactions de la mère vis-à-vis de son enfant. Cette procédure s'est avérée efficace pour améliorer l'attitude maternelle, permettant à l'enfant de bâtir un attachement sécurisant.

Au début des années 2000, George M. Tarabulsky commence à collaborer avec Ellen Moss, spécialiste des enfants d'âge préscolaire ; Annie Bernier, spécialiste des jeunes adultes et Réjean Tessier, spécialiste des relations parents-enfants. Cette équipe articule ses travaux autour de trois axes : les précurseurs de l'attachement, les séquelles d'un attachement insécurisant et les interventions pour développer l'attachement. Leurs recherches n'ont pas tardé à intéresser les décideurs et les intervenants du réseau de la santé et du ministère de la Famille du Québec, autant pour le dépistage que pour les stratégies d'intervention efficaces. Ainsi, le programme de prévention destiné aux enfants âgés de zéro à cinq ans, développé en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), est considéré par plusieurs comme l'un des meilleurs au monde. Tout le défi du groupe de recherche consiste à montrer la validité de l'intervention en matière d'attachement et à transférer vers le milieu les outils d'intervention nécessaires. En contrepartie, les données acquises grâce aux interventions permettent d'améliorer les devis expérimentaux (structures fondamentales des recherches expérimentales) sur le modèle de développement de l'attachement et sur la mesure de la sensibilité de l'attachement. Cette constante interaction entre la recherche fondamentale et les applications des connaissances acquises caractérise cette équipe de recherche interuniversitaire.

Pour George M. Tarabulsky, les avancées dans le domaine de l'attachement chez le jeune enfant ont connu un succès empirique sans précédent. Il faut maintenant vérifier si les principes en jeu peuvent s'appliquer à d'autres périodes du développement. Le type d'attachement des jeunes adultes peut-il influencer leurs relations amoureuses ? Dans quelle mesure le type d'attachement des parents influence-t-il la façon dont l'enfant va bâtir son modèle interne d'attachement ? Toutes ces questions et bien d'autres montrent à quel point ce qui se passe dans la petite enfance a des incidences considérables sur le développement ultérieur de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

Après toutes ces années de recherche, George M. Tarabulsky peut témoigner de l'importance qu'a l'affection des parents sur le développement de leurs enfants. Encore faut-il que les enfants soient convaincus du caractère inconditionnel de l'affection de leurs parents. Toute la complexité de l'attachement repose sur cette équation, qui paraît si simple à première vue !



## FAITES LE POINT

12. Expliquez le rôle du tempérament dans l'attachement.
13. En quoi l'influence des parents est-elle importante dans le développement de l'attachement ?
14. Quelles sont les conséquences à long terme de l'attachement sécurisant chez un enfant ?

## 4.5 La famille : le premier contexte du développement affectif et social

La famille constitue le terrain par excellence des premières expériences de l'enfant avec le monde extérieur. Selon le modèle écologique, nous pouvons dire que l'ontosystème « enfant » se développe à la base dans le microsystème « famille », la famille se situant elle-même dans un contexte plus large. Le type de famille, le travail des parents, leur revenu, mais aussi les autres personnes qui s'occupent de l'enfant, les normes qui régissent la société ou les croyances qu'entretiennent les adultes à l'égard des enfants et de la façon de les éduquer sont autant d'éléments qui, dans toutes les cultures, influencent le développement de l'enfant. Toutefois, ces éléments varient énormément d'une culture à une autre. Ainsi, à Bali, les bébés sont vus comme étant des ancêtres revenus à la vie dans un corps d'enfant et ils doivent donc être traités avec le plus grand respect (DeLoache et Gottlieb, 2000). En Afrique centrale, dans la tribu des Efes, on croit qu'il est sain pour l'enfant de développer des attachements multiples. Aussi, les nourrissons reçoivent des soins d'au moins cinq adultes et sont allaités par plusieurs femmes (Tronick, Morelle et Ivey, 1992).

L'époque dans laquelle l'enfant grandit influence également les processus familiaux. Il y a de fortes chances que vous ayez vous-même grandi dans une famille différente de celle de vos grands-parents. Comparativement à la génération précédente, l'enfant qui naît aujourd'hui au Québec a plus de chances d'être un enfant unique ou de n'avoir qu'un frère ou une sœur. Sa mère est davantage amenée à travailler à l'extérieur et son père participe en moyenne davantage à la vie de famille que ne le faisait le père ou le grand-père de celui-ci. En effet, selon l'Institut de la Statistique du Québec, en 2011, 46,8 % des familles québécoises avaient un seul enfant, 38,3 % en avaient deux et 14,9 % en avaient trois et plus. Avant d'examiner plus en détail le rôle des parents et de la fratrie, examinons d'abord quatre phénomènes importants qui caractérisent le processus du développement de l'enfant au sein de sa famille, soit la régulation mutuelle, l'autorégulation, la référence sociale et, enfin, la socialisation.

### 4.5.1 La régulation mutuelle

Nous l'avons vu, dès sa naissance, le bébé apprend graduellement à se distinguer de son entourage par la conscience de soi et développe déjà, à deux ans, une autonomie bien à lui. Ces progrès sont dus en partie à la **régulation mutuelle**. Cette régulation mutuelle, ou **synchronie**, réfère à la capacité du parent (ou de l'adulte qui prend soin de l'enfant) d'être attentif aux signaux émis par le bébé et d'y ajuster ses réponses. Il s'agit d'une sorte de processus d'adéquation, mais à plus petite échelle. Donnons un exemple concret : un bébé tend les bras vers son père en gazouillant et celui-ci le prend et lui parle. Il lui présente ensuite un jouet en peluche très coloré, mais le bébé se tourne en faisant la moue. Le père laisse alors le jouet de côté afin de respecter le besoin de l'enfant de ne plus être stimulé. C'est cette régulation mutuelle qui aide les bébés à interpréter et à prévoir le comportement des autres. Même de très jeunes enfants sont effectivement en mesure de percevoir les émotions exprimées par d'autres personnes et d'ajuster leurs comportements en conséquence (Legerstee et Varghese, 2001 ; Montague et Walker-Andrews, 2001). Inversement, l'interruption du contact interpersonnel a pour effet de perturber ces comportements (Striano, 2004).

#### Régulation mutuelle ou synchronie

Accord entre les rythmes émotionnels et les réponses mutuelles de deux personnes en interaction.

### Paradigme du visage inexpressif

Méthode de recherche utilisée pour mesurer la régulation mutuelle chez des bébés de deux à neuf mois.



Pour que ce jeune enfant cesse, par lui-même, de mettre ses doigts dans la prise de courant, il doit faire preuve d'autorégulation.

### Autorégulation

Contrôle interne sur ses comportements dont fait preuve l'enfant en fonction des attentes sociales.



Le **paradigme du visage inexpressif** (Tronick *et al.*, 1978) est une méthode de recherche servant à mesurer la régulation mutuelle chez les bébés de deux à neuf mois. Alors que la mère et l'enfant interagissent normalement, tout à coup, le visage de la mère devient inexpressif ; elle se tait et ne répond plus à l'enfant. Les bébés soumis à cette expérience cessent alors de sourire et de regarder leur mère. Ils grimacent, émettent des sons ou gesticulent. Ils se touchent ou touchent leurs vêtements, vraisemblablement pour se rassurer ou pour diminuer le stress induit par ce changement si soudain du comportement maternel (Weinberg et Tronick, 1996). Quelques minutes plus tard, la mère reprend ses interactions avec l'enfant et son visage redevient expressif. Une analyse plus fine des comportements des enfants de six mois lors de l'expérience révèle qu'ils ont une double réaction. Lorsque la mère redevient expressive, l'enfant adopte des comportements de rapprochement avec elle : il gazouille et lui tend les bras. Cependant, ses expressions faciales restent tendues, tristes ou fâchées. Il manifeste aussi davantage de signes de stress prouvant qu'il est affecté par ce bris de la régulation mutuelle. Cette étude suggère également que l'enfant est capable d'être actif dans ses tentatives de rétablir cette régulation et que la façon dont le parent répond à l'enfant affecte la réaction de ce dernier. Ainsi, les enfants dont les parents sont habituellement sensibles à leurs besoins affectifs semblent se consoler plus facilement et ont moins de réactions négatives durant l'épisode du « visage inexpressif » (Tarabulsky *et al.*, 2003). Ceci est important, parce que la capacité d'un enfant de 4 mois de se reconforter par lui-même prédit la formation d'un attachement sécurisant à l'âge de 12 mois (Rosenblum *et al.*, 2002). Nous devons donc retenir que le comportement de l'adulte à l'égard de l'enfant est encore là primordial.

## 4.5.2 L'autorégulation

Catherine a deux ans. Elle est sur le point de mettre ses doigts dans une prise de courant lorsque son père s'écrie : « Non ! » Elle retire alors sa main en vitesse. Quelques jours plus tard, Catherine repasse devant la même prise de courant. Elle pointe son doigt, puis dit : « Non. » Elle fait preuve ici d'autorégulation en s'empêchant elle-même, sans la présence d'un contrôle extérieur, de commettre un geste non souhaité. Avec l'**autorégulation**, l'enfant exerce un contrôle interne sur ses comportements en fonction des attentes sociales ; elle constitue la base de la socialisation et implique toutes les dimensions du développement. Catherine est maintenant capable de marcher jusqu'à la prise électrique. Pour ne pas y mettre les doigts, elle doit comprendre clairement ce que son père lui a dit et s'en souvenir. Catherine doit aussi faire preuve de contrôle émotionnel pour restreindre ses envies.

En prenant conscience de la réponse émotionnelle de leurs parents par rapport à leurs comportements, les enfants apprennent ce que ces derniers approuvent ou désapprouvent. Le désir intense des enfants de plaire à leurs parents les amène à choisir des comportements souhaités par eux, même en leur absence. Dans la mise en situation, Raphaël sait comment agir quand il arrive au CPE. Il se déshabille lui-même et va s'amuser sans qu'on le lui demande. Ce n'est pas le cas pour Lili.

La régulation mutuelle durant la petite enfance aide les enfants, en particulier les enfants au tempérament difficile, à faire preuve d'autorégulation (Feldman, Greenbaum et Yirmiyya, 1999). Un attachement sécurisant et des interactions chaleureuses entre l'enfant et le parent contribuent aussi au développement de cette autorégulation (Eisenberg, 2000). La sensibilité maternelle, la tendance des parents à utiliser des concepts quand ils s'adressent à leurs enfants et la façon dont ils supportent les comportements autonomes de leurs enfants ont une grande importance pour favoriser l'autorégulation (Bernier, Carlson et Whipple, 2010).

## 4.5.3 La référence sociale

Vers la fin de la première année, alors que les comportements du bébé deviennent plus complexes, un changement important se produit : celui-ci peut désormais se servir des adultes qui l'entourent comme source de référence pour ajuster ses réactions

à des situations nouvelles. Par exemple, en présence d'une nouvelle personne, l'enfant peut observer ses parents pour obtenir des indications sur la façon dont il doit lui-même réagir. Si ses parents semblent contents de se trouver en présence de cette personne, l'enfant aura alors davantage tendance à bien réagir. Ces progrès sont à la base de la **référence sociale**, c'est-à-dire de la capacité à comprendre comment se comporter dans une situation nouvelle, confuse ou ambiguë en obtenant d'une autre personne une information d'ordre affectif (Hertenstein et Campos, 2004). Des chercheurs ont mis en évidence la présence de cette référence sociale chez les bébés dès l'âge de 12 mois : lorsque ceux-ci étaient exposés à des jouets qui vibraient ou qui se déplaçaient rapidement sur le sol ou le plafond, les enfants de 12 et de 18 mois s'éloignaient ou se rapprochaient du jouet en fonction de l'expression émotionnelle de l'expérimentateur, qui feignait d'avoir peur ou de trouver la situation amusante (Moses *et al.*, 2001). Dans une autre étude, des enfants de 12 mois (mais pas ceux de 10 mois) alignaient leur comportement vis-à-vis des objets non familiers sur les signaux émotionnels non verbaux émis par une comédienne sur un écran de télévision (Mumme et Fernald, 2003).

#### 4.5.4 La socialisation

La **socialisation** est le processus par lequel les enfants développent des habitudes, des habiletés, des valeurs et des motivations qui leur permettent de devenir des membres responsables de leur société d'appartenance. La socialisation se base sur l'intériorisation des règles sociales que l'enfant va utiliser pour s'autoréguler. Les parents sont les premiers agents de socialisation de l'enfant, une sorte de courroie de transmission entre eux et la société. Certaines règles ont trait à la sécurité (par exemple, éviter de toucher aux couteaux), alors que d'autres concernent les rapports avec les autres (par exemple, dire « bonjour » ou remercier). Raphaël, dans la mise en situation, fait preuve de compétence sociale lorsqu'il salue l'éducatrice quand il quitte le CPE en fin de journée.

Les enfants les apprennent dès leur plus jeune âge dans leur famille. Ceux qui sont bien socialisés obéissent aux règles établies non pas pour éviter une punition ou pour obtenir une récompense, mais parce qu'ils ont intégré ces règles comme étant les leurs (Kochanska, Tjebkes et Forman, 1998). Certes, certains enfants sont plus faciles à socialiser que d'autres. Le tempérament de l'enfant et la qualité du lien avec le parent peuvent autant faciliter cette socialisation que lui nuire. La sécurité de l'attachement, la possibilité d'apprendre en observant et l'ouverture mutuelle entre les parents et l'enfant constituent également les déterminants importants d'une socialisation réussie (Kochanska *et al.*, 2004). Les conflits qui surgissent lorsque l'enfant se comporte mal peuvent représenter des occasions constructives pour l'aider à développer son sens moral. Leur résolution doit pour cela impliquer la négociation et le raisonnement, qui permettent alors à l'enfant de voir un autre point de vue que le sien, mais aborder aussi les aspects affectifs de la situation (« Comment te sentirais-tu si... ? ») pour aider l'enfant à développer sa propre conscience (Laible et Thompson, 2002).

#### 4.5.5 Le rôle de la mère et du père

Freud affirmait que la conduite future d'un enfant, bonne ou mauvaise, dépendait exclusivement de sa mère. Or, même si la mère demeure une figure centrale dans l'histoire du développement de son enfant, nous savons maintenant qu'elle n'est pas la seule personne importante dans la vie de celui-ci. Depuis les années 1970, la présence accrue des femmes sur le marché du travail, la remise en question des rôles sexuels traditionnels et le désir des pères de s'investir davantage dans la vie de leurs enfants ont contribué à un plus grand engagement de ceux-ci dans les jeux et les soins prodigués aux enfants. Les recherches sur l'engagement paternel confirment d'ailleurs qu'une présence positive et stable du père dans la vie de l'enfant a des effets positifs

##### Référence sociale

Capacité à comprendre comment se comporter dans une situation nouvelle, confuse ou ambiguë en obtenant d'une autre personne une information d'ordre affectif.

##### Socialisation

Processus d'apprentissage des comportements considérés comme appropriés dans une société ou une culture donnée.



##### Un père qui s'implique

Cette petite fille adore dessiner avec son papa. L'implication active de son père contribue à son développement cognitif et émotionnel.

sur son bien-être et sur son développement physique, cognitif et social (Cabrera *et al.*, 2000). Les soins prodigués par les pères à leurs jeunes enfants varient beaucoup selon la nature des tâches à accomplir (Pacaut, Gourdes-Vachon et Tremblay, 2011). Bien que peu de pères assument complètement la vie au quotidien de leurs enfants, ils s'impliquent à parts égales avec les mères dans les jeux, les déplacements des enfants et les routines du coucher. Cependant, ils sont nettement moins actifs pour s'occuper des devoirs, de l'habillement et des enfants malades. Les familles issues de l'immigration semblent plus disposées à partager de façon plus équitable les responsabilités parentales (Pacaut, Gourdes-Vachon et Tremblay, 2011).

Les différences entre les hommes et les femmes, sur le plan biologique comme sur les plans social et culturel, font que chacun joue un rôle unique et apporte sa contribution particulière au sein de la famille. Contrairement à ce que véhiculent certains préjugés, les pères possèdent, tout comme les mères, les compétences nécessaires pour élever un enfant. On remarque cependant des différences entre les pères et les mères quant aux façons d'interagir avec leurs enfants. Les mères seraient plus sécurisantes et plus verbales dans leurs interactions avec l'enfant, alors que les pères seraient davantage orientés vers l'action (Lamb, 2004). Le degré de participation des pères aux tâches parentales varie en fonction de l'interaction de plusieurs facteurs: les caractéristiques individuelles (motivation, croyances, traits de personnalité, rapport au père à l'enfance, etc.), le contexte familial (type de relations conjugales, tempérament des enfants, etc.) et le contexte social (conditions de travail, soutien social, services offerts, etc.) (Pacaut, Gourdes-Vachon et Tremblay, 2011).

#### 4.5.6 Les relations avec les frères et sœurs

Élément important du microsystème, la **fratrie** joue un rôle unique dans la socialisation, différent de celui des parents ou des pairs. Les bébés s'attachent en effet beaucoup à leur grand frère ou à leur grande sœur. Et plus l'attachement parent-enfant est sécurisant, plus les enfants s'entendent bien entre eux (Teti et Ablard, 1989). Cependant, les conflits qui existent entre frères et sœurs peuvent aussi être un moyen de comprendre les relations sociales, car plus les enfants se développent sur les plans cognitif et social, plus les conflits tendent à devenir constructifs (Ram et Ross, 2001). Les conflits entre frères et sœurs aident en effet les enfants à reconnaître les besoins, les désirs et les points de vue de l'autre. Ils permettent ainsi à l'enfant d'apprendre à tolérer la présence de désaccords et favorisent la recherche de compromis dans un contexte stable et sécurisant (Vandell et Bailey, 1992). Étant donné la diminution du nombre d'enfants dans les familles, l'apprentissage de la gestion des conflits peut également se faire à la garderie avec les pairs, comme nous le verrons dans le chapitre 6.

#### Fratrie

Ensemble des frères et des sœurs d'une famille.



#### Les relations avec la fratrie

Il a été démontré que plus l'attachement avec les parents est de type sécurisant, plus les frères et sœurs s'entendent bien entre eux.

#### 4.5.7 Les perturbations des relations familiales

Nous avons vu combien les parents jouent un rôle fondamental dans la vie de leurs enfants. Lorsque les relations parents-enfants sont perturbées, les conséquences peuvent parfois être graves pour la famille entière et pour l'enfant en particulier, comme vous avez pu le voir dans l'encadré 4.1 sur les mauvais traitements infligés aux enfants. Toutefois, il est important de garder à l'esprit la remarquable capacité d'adaptation des enfants et des adultes, qui leur permet de trouver les moyens d'affronter des perturbations très sérieuses et de faire preuve ainsi de résilience, comme nous le verrons dans le chapitre 8.

#### Le divorce ou la séparation des parents

Même si la majorité des enfants québécois habitent avec leurs deux parents, les séparations et les divorces sont beaucoup plus nombreux aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a 50 ans. Cette situation a attiré l'attention des chercheurs, lesquels se sont attardés

à comprendre son effet sur les enfants et sur les parents. La séparation des parents contribue à augmenter les signes d'anxiété-dépression chez les jeunes enfants. De plus, même si les enfants de parents séparés manifestent un niveau d'opposition plus élevé, la rupture des parents ne contribue pas à une hausse subséquente de gestes d'opposition. Chez les enfants provenant de familles qui présentaient des problèmes de fonctionnement avant la rupture, cette dernière produit même moins de signes d'anxiété-séparation. La séparation des parents augmente chez les enfants les problèmes intériorisés telles la tristesse et l'anxiété, mais n'a pas ou très peu d'incidence sur les problèmes extériorisés tels les comportements antisociaux (Desrosiers, Cardin, Belleau, 2012).

Par ailleurs, le divorce implique souvent une baisse de revenu pour les deux parents, la diminution ou même la perte des contacts avec l'un des parents pour l'enfant, et parfois un déménagement et un changement d'école. De plus, si l'enfant est en garde partagée, il doit sans cesse circuler entre les foyers de ses deux parents. Toutes ces dimensions peuvent être à l'origine de difficultés. L'acceptation du divorce par la société joue cependant son rôle. En effet, plus les divorces sont nombreux et moins l'enfant se sent « à part ».

Malgré toutes les difficultés évoquées, on estime que 70 % à 80 % des enfants dans cette situation ne présentent pas de problème notable, que ce soit sur le plan émotionnel, comportemental ou développemental. Chez les enfants de familles intactes, ce taux est de 85 % à 92 % (Bray, 1999). Ce constat amène Saint-Jacques et Drapeau (2009) à affirmer que « ce sont les processus relationnels et les conditions de vie objectives qui expliquent l'adaptation des enfants aux transitions familiales, et non le fait d'avoir des parents séparés ou de vivre dans une famille recomposée ». Dans le cas des divorces, comme lors de tout événement stressant, il est donc important de prendre en considération la multiplicité des facteurs en jeu.

### L'hospitalisation de l'enfant

La séparation d'avec les parents peut également survenir à cause d'une maladie qui affecte l'enfant. Dès les années 1960, Bowlby a ainsi observé les effets négatifs de l'hospitalisation sur l'enfant et a noté que des bébés hospitalisés âgés entre six mois et trois ans passent par trois stades d'angoisse liée à la séparation. Les bébés réagissent d'abord par la protestation. Ils pleurent, se débattent et communiquent leur besoin de retrouver le contact avec le parent. Dans un deuxième temps, les bébés deviennent plus calmes, non pas parce qu'ils s'habituent à cette situation, mais parce que ces premières réactions n'ont pas donné de résultats fructueux. En fait, ils deviennent plus passifs. La troisième phase est quant à elle caractérisée par le détachement. Le bébé reprend ses habitudes : il mange, s'amuse avec ses jouets, sourit et se montre sociable. Toutefois, lorsque le bébé reçoit la visite de sa mère, on peut voir qu'il n'est pas tout à fait rétabli : il reste apathique et peut même se détourner, ce qui suggère que les mécanismes de l'attachement sont perturbés, du moins momentanément. Les travaux classiques de René Spitz (1945, 1946) sur l'hospitalisme ont mis en évidence que les très jeunes enfants qui sont hospitalisés ont besoin de soins les plus semblables possible à de bons soins maternels, sous peine de graves séquelles.

Il existe des moyens d'aider l'enfant à traverser cette épreuve. Les parents peuvent bien entendu séjourner avec lui à l'hôpital ou, à la limite, lui rendre visite tous les jours. Si l'enfant a un « doudou », il est important qu'il puisse le garder près de lui. Cela compensera en effet, du moins en partie, l'absence des parents. Durant l'absence des parents, le personnel soignant va en quelque sorte remplacer les parents. Aussi, les interactions chaleureuses et affectueuses de l'enfant avec l'infirmière peuvent faire toute la différence dans son rétablissement affectif une fois de retour à la maison.



L'encadré 4.1W traite de l'incidence de la séparation parentale.

 FAITES LE POINT

15. Distinguez les notions de régulation mutuelle et d'autorégulation.
16. Expliquez le rôle des parents pour ce qui est de la référence sociale et de la socialisation.
17. Votre frère est en voie de se séparer de sa conjointe, mais il s'inquiète beaucoup des conséquences de cette rupture sur son fils de trois ans et se demande comment le préparer à cette situation. Quels conseils pourriez-vous lui donner ?

## Résumé

### Les fondements du développement affectif et social

- Le développement de la conscience de soi se construit progressivement au cours des deux premières années et représente un des fondements du développement affectif et social.
- Les premières émotions se manifestent d'abord par les pleurs, puis par le sourire et le rire.
- Au fur et à mesure que l'enfant développe sa conscience de soi et qu'il reconnaît les personnes familières, ses réactions émotives deviennent plus complexes. La peur des étrangers et l'anxiété de séparation peuvent alors survenir.
- Vers trois ans, la présence d'émotions autoévaluatives, telles que la fierté ou la honte, reflète la capacité de l'enfant à porter un jugement positif ou négatif sur lui-même.
- Dès leur deuxième année, les enfants offrent spontanément de l'aide aux autres, manifestant ainsi des comportements altruistes. De plus, ils font preuve d'empathie en étant capables de se mettre à la place d'une autre personne.
- Le tempérament est héréditaire et relativement stable. Les stimulations et les soins reçus ainsi que l'adéquation entre le tempérament de l'enfant et les exigences de son environnement se trouvent à la base d'un développement sain.

### Les théories du développement de la personnalité

- Selon la théorie psychosexuelle, l'enfant se situe au stade oral de la naissance à 18 mois. Pour Freud, la façon dont la mère satisfait les besoins oraux de l'enfant exerce alors une influence fondamentale sur le développement de sa personnalité.
- De 18 mois à 3 ans, l'enfant atteint le stade anal, moment où l'apprentissage de la propreté devient un élément majeur de son développement.
- Selon la théorie psychosociale d'Erikson, l'enfant traverse sa première crise de la naissance à 18 mois, alors qu'il doit trouver un équilibre entre la confiance et la méfiance fondamentales.

- De 18 mois à 3 ans, l'enfant est confronté à une deuxième crise : l'autonomie ou la honte et le doute. Le négativisme, qui survient vers l'âge de deux ans, est une manifestation courante de cette recherche d'autonomie.

### Les théories de l'attachement

- L'attachement réfère au lien affectif durable et réciproque qui s'établit entre l'enfant et la personne qui en prend soin. Il exerce une influence sur les compétences émotionnelles, cognitives et sociales de l'enfant.
- Les théories de l'apprentissage postulent que le développement de l'attachement repose essentiellement sur un conditionnement réciproque entre l'enfant, ses parents et les autres personnes de son entourage.
- Selon l'éthologiste Harlow, le développement du lien d'attachement reposerait davantage sur la satisfaction du besoin de contact réconfortant.
- La théorie éthologico-psychanalytique de Bowlby conçoit l'attachement comme un lien affectif positif qui s'accompagne d'un sentiment de sécurité.
- On a identifié quatre formes d'attachement : un attachement sécurisant, un attachement insécurisant de type évitant, un attachement insécurisant de type ambivalent et un attachement insécurisant de type désorganisé et désorienté.

### Les facteurs d'influence et les conséquences de l'attachement

- Le processus d'attachement semble être surtout le résultat de l'interaction entre l'état émotionnel de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant.
- Selon qu'il est facile ou difficile, le tempérament de l'enfant peut avoir une influence sur l'attachement. La capacité des parents à s'adapter à ce tempérament apparaît alors déterminante.
- L'attachement sécurisant semble le plus favorable au bon développement de l'enfant, contrairement à l'attachement





insécurisant, qui représente davantage un facteur de risque à long terme.

- L'attachement a une influence sur les relations interpersonnelles futures de l'enfant.

### **La famille : premier contexte du développement affectif et social**

- Le type de famille dans laquelle l'enfant va grandir ainsi que le contexte historique et social plus large influencent les processus familiaux.
- Alors que la régulation mutuelle réfère à la capacité du parent de bien percevoir les signaux émis par l'enfant et d'y donner des réponses adaptées, l'autorégulation permet à l'enfant d'exercer un contrôle interne sur ses comportements et constitue ainsi la base de la socialisation.
- La socialisation représente le processus qui permet à l'enfant de devenir un membre responsable de sa société d'appartenance.
- Si la mère demeure un élément central du développement de l'enfant, le père ainsi que les autres personnes de l'entourage, particulièrement la fratrie, jouent un rôle prépondérant dans sa socialisation.
- Plus fréquent qu'auparavant, le divorce représente une perturbation majeure dans la vie de l'enfant.
- Toutefois, les capacités d'adaptation et de résilience de l'enfant lui permettent généralement de surmonter les situations difficiles et de poursuivre adéquatement son développement.

CHAPITRE

# 5



# Le développement physique et cognitif de l'enfant de trois à six ans

## PLAN DU CHAPITRE

### 5.1 Le développement physique

- 5.1.1 La croissance et les transformations physiques
- 5.1.2 Le développement du cerveau
- 5.1.3 Les habiletés motrices
- 5.1.4 Les habitudes de vie
- 5.1.5 La santé et la sécurité des enfants

### 5.2 Le développement cognitif

- 5.2.1 Le stade préopérateur de Piaget
- 5.2.2 Les jeunes enfants et les théories de l'esprit
- 5.2.3 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire
- 5.2.4 L'influence des parents et du milieu sur le développement cognitif

### 5.3 La maîtrise du langage

- 5.3.1 L'augmentation du vocabulaire et les progrès en syntaxe

- 5.3.2 Le langage social

- 5.3.3 Le soliloque

- 5.3.4 Les retards de langage

- 5.3.5 Les habiletés préparatoires à la lecture

### 5.4 La place du jeu dans le développement

- 5.4.1 Les types de jeux

- 5.4.2 L'aspect social du jeu

- 5.4.3 L'influence du sexe de l'enfant et de la culture sur le jeu

### 5.5 L'éducation préscolaire

- 5.5.1 Le programme éducatif des centres de la petite enfance

- 5.5.2 La maternelle

**C**ourir, sauter, grimper, s'habiller, dessiner... Notre petit explorateur maladroit est devenu aventureux et intrépide. Il utilise ses nouvelles habiletés motrices pour élargir ses horizons, ce qui ne va pas sans quelques plaies et bosses. Centré sur lui-même et sur sa façon de se représenter le monde, il peut difficilement adopter un autre point de vue que le sien. Il possède néanmoins une pensée symbolique qui lui permet d'imiter son entourage, d'établir ses premiers liens logiques, de développer une certaine compréhension des nombres et, surtout, d'acquérir une maîtrise du langage déjà remarquable. Cet outil fantastique favorise les interactions de l'enfant avec ses proches, dont le rôle socialisateur s'accroît. Tandis que sa mémoire se développe, celui-ci prend peu à peu conscience de ses propres processus mentaux. Il fait ses premiers pas hors de sa famille et découvre avec la garderie un monde nouveau, dans lequel son autonomie est amenée à progresser.

## Mise en situation

Jeudi matin, Tristan, quatre ans, se réveille tout excité. C'est aujourd'hui qu'il va au zoo avec la garderie. Depuis deux semaines, les enfants se préparent à cette sortie à l'Écomuséum, un zoo avec des animaux du Québec. Les enfants ont bricolé des masques de différents animaux et l'éducatrice a raconté des histoires qui parlent de caribous, de loutres, d'ours, de ratons-laveurs et de mouffettes. Tristan connaît bien les mouffettes puisque, tous les soirs, son papa regarde des livres avec lui et l'un de ses préférés est « Justine, la mouffette qui cherchait des amis ». Il a bien hâte d'en voir une vraie.

Donc, ce matin, tous les enfants du Centre de la petite enfance La maison rouge prennent un autobus scolaire pour se rendre au zoo. « Un autobus colère ? » demande Tristan, « Pourquoi il est fâché ? » Geneviève, l'éducatrice, rectifie : « Mais non Tristan, il n'est pas fâché ! C'est un autobus SCO-laïre. Ça veut dire qu'il transporte des enfants à l'école. » Rassuré, Tristan continue de s'habiller, mais il a besoin d'un peu d'aide pour attacher sa fermeture éclair.

Au zoo, les enfants s'exclament devant les prouesses des ratons-laveurs qui grimpent jusque sur les branches les plus hautes. Ils s'émerveillent de tout : les loutres qui nagent, le loup qui se cache et les caribous qui mangent tranquillement sans se préoccuper des enfants qui tentent d'attirer leur attention. « Combien y a-t-il de tortues ? » demande leur éducatrice. Les enfants commencent à les compter à mesure qu'ils les aperçoivent et ils arrivent à en compter 12, aidés par Geneviève pour dire les chiffres dans l'ordre. Après la visite, c'est l'heure de la collation dans la grande salle : des biscuits et




un verre de jus. Tristan demande à son éducatrice si elle est triste parce qu'elle n'a pas autant de jus que lui. Geneviève lui dit qu'ils en ont autant, mais Tristan est convaincu qu'il va en boire plus dans son petit verre tout plein que Geneviève dans son grand verre à moitié plein.

**« Tristan demande à son éducatrice si elle est triste parce qu'elle n'a pas autant de jus que lui. »**

Dans les jours suivants, les enfants jouent à sauter comme les lièvres et à marcher comme les ours. En imitant l'ours qui marche, Tristan prend une grosse voix et dit :

« Je veux aller me coucher », et il se recroqueville sous une chaise. Dans les mains des enfants, des formes rudimentaires de pâte à modeler deviennent des caribous, des coyotes ou des renards qui veulent manger... des boulettes de pâte qui représentent la nourriture. Décidément, cette journée au zoo restera un beau souvenir pour les « amis » de la garderie.

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 5.1 Le développement physique

Au cours de la petite enfance, les enfants s'amincissent et s'allongent. Ils dorment moins qu'avant, mais ils sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de sommeil. Ils deviennent meilleurs pour courir, sauter, grimper ou lancer des balles, et ils font des progrès pour dessiner, lacer leurs souliers ou se verser des céréales. Ils commencent aussi à démontrer une certaine préférence pour leur main gauche ou droite.

### 5.1.1 La croissance et les transformations physiques

De trois à six ans, les enfants grandissent encore rapidement, mais un peu moins vite que durant les trois années précédentes. Les filles comme les garçons gagnent environ cinq à sept centimètres et prennent environ deux à trois kilos par année. Leurs rondeurs potelées cèdent normalement la place à une silhouette plus allongée. Avec le raffermissement des muscles abdominaux, le petit ventre rebondi s'efface. Le tronc, les bras et les jambes s'allongent. La tête est encore relativement volumineuse, mais les autres parties du corps continuent de se développer, et les proportions du corps s'apparentent de plus en plus à celles de l'adulte, ce qui modifie le centre de gravité de l'enfant et lui donne un meilleur équilibre.

Ces modifications dans l'apparence résultent de la croissance musculaire et osseuse qui progresse et fortifie l'enfant. Le cartilage se transforme en masse osseuse à un rythme plus rapide qu'auparavant. Les os durcissent, ce qui, en plus de rendre l'enfant plus solide, constitue une protection pour les organes internes. De plus, les capacités accrues des systèmes respiratoire et circulatoire améliorent la vigueur physique de



#### La croissance physique

On constate des changements physiques chez ces deux frères qui ont deux ans d'écart : en vieillissant, la proportion de la tête diminue alors que les membres s'allongent.

l'enfant. Combinées à un système immunitaire en plein développement, elles contribuent à le maintenir en santé. Ces changements, qui sont liés à la maturation du cerveau et du système nerveux, favorisent le développement d'une foule d'habiletés motrices qui font appel aux grands comme aux petits muscles.

### 5.1.2 Le développement du cerveau

Le développement du cerveau durant cette période est moins spectaculaire que durant les premières années de la vie, mais sa croissance continue néanmoins jusqu'à ce que la densité des synapses dans le cortex préfrontal atteigne son apogée vers l'âge de quatre ans. À six ans, le cerveau a atteint près de 95 % de son volume maximal. Il peut exister, toutefois, d'importantes différences individuelles (Lenroot et Giedd, 2006).

Un changement progressif se produit dans le corps calleux, la région qui relie les hémisphères droit et gauche: la myélinisation progressive des fibres du corps calleux permet une transmission plus rapide et une meilleure intégration des informations (Toga *et al.*, 2006). Ce développement, qui va se poursuivre jusqu'à l'âge d'environ 15 ans, améliore différentes fonctions telles que la coordination des informations sensorielles, les processus de la mémoire et de l'attention, le langage et l'audition (Lenroot et Giedd, 2006). De trois à six ans, la croissance la plus rapide se produit dans les régions frontales, qui sont responsables de la planification et de l'organisation des actions.

### 5.1.3 Les habiletés motrices

Le développement des aires sensorielles et motrices du cortex ainsi que la poursuite de la myélinisation permettent une meilleure coordination entre ce que l'enfant veut faire et ce qu'il est capable de faire. Nous allons voir ici comment l'enfant continue de progresser de façon importante sur le plan du développement moteur.

#### La motricité globale

Les actions qui relèvent de la motricité globale constituent les bases sur lesquelles se développeront les habiletés plus spécialisées nécessaires à la plupart des disciplines athlétiques, sportives et artistiques. On peut diviser ces habiletés en quatre catégories: les actions de locomotion, c'est-à-dire celles qui impliquent un déplacement du corps d'un endroit à un autre (marcher, courir, grimper, sauter, glisser, etc.); les actions de changement de position, soit celles qui nécessitent des changements d'orientation ou de posture (tourner, se balancer, se redresser, etc.); les actions de transmission de force (pousser, tirer, lancer, frapper, soulever, donner un coup de pied, etc.); et les actions d'équilibration ou de stabilisation (rester debout, s'accroupir, se pencher, se tenir sur un pied, etc.).

Selon Paoletti (1999), l'enfant passe par un stade initial, puis par un stade intermédiaire, avant de parvenir, vers l'âge de sept ou huit ans, au stade final, où il acquiert une bonne maîtrise de la plupart de ces comportements moteurs fondamentaux (*voir le tableau 5.1, à la page suivante*). La période qui s'étend de l'âge de deux ou trois ans à sept ou huit ans constitue un moment propice pour le développement moteur, puisque l'enfant de cet âge adore jouer: les activités motrices l'amènent à satisfaire son besoin de bouger tout en lui permettant d'acquérir de nouveaux savoir-faire. Cette période est tout aussi critique pour l'intégration du stade final de ces habiletés motrices globales. En effet, alors que les stades initial et intermédiaire dépendent surtout de la maturation physique, l'atteinte du stade final dépend surtout de la pratique. Aussi, de cinq à sept ans, si l'enfant n'a pas beaucoup l'occasion d'exercer ces habiletés, il pourrait avoir beaucoup de difficulté à les maîtriser par la suite (Paoletti, 1999).




Les performances des enfants varient beaucoup selon leur potentiel génétique et selon les occasions qu'ils ont d'apprendre et de pratiquer certaines habiletés. Avant six



#### La motricité globale

Les différents modules de ce parcours de gymnastique permettent aux enfants de développer leur motricité globale.

TABLEAU 5.1 Les stades de développement de la motricité globale

Comportement et exemple illustré : donner un coup de pied	
<b>Stade initial</b>	Ébauche du comportement, limité aux membres qui contribuent à l'effet final souhaité, enchaînement incomplet 
<b>Stade intermédiaire</b>	Coordination améliorée des séquences, déplacements plus amples, mouvements encore un peu maladroits et manque de fluidité 
<b>Stade final</b>	Actions coordonnées et fluides, amplitude et continuité dans les mouvements 

Source: Paoletti, 1999.



Quelles sont les actions de Tristan qui relèvent de la motricité fine et celles qui relèvent de la motricité globale ?



#### La motricité fine

Les actions que cet enfant doit faire pour bien ajuster les blocs les uns aux autres contribuent au développement de la motricité fine.

ans, les enfants sont par ailleurs rarement prêts à pratiquer un sport organisé, non seulement en fonction de leurs capacités motrices, mais aussi parce qu'ils ne sont pas encore en mesure de comprendre les règles du jeu, comme nous le verrons un peu plus loin. Les activités physiques non structurées leur conviennent davantage.

#### La motricité fine

À partir du moment où l'enfant maîtrise mieux sa motricité fine, il est en mesure de satisfaire davantage ses besoins personnels, ce qui lui donne un sentiment de compétence et d'autonomie et augmente son estime de soi, comme nous le verrons dans le chapitre 6. À trois ans, par exemple, il peut manger avec une cuillère, verser du lait dans ses céréales, s'habiller ou se déshabiller, aller aux toilettes, se laver les mains et se brosser les dents presque sans l'aide d'un adulte. Un peu plus tard, il pourra boutonner son manteau et attacher ses souliers. La maîtrise de ces habiletés motrices fines, qui fait surtout appel à la coordination œil-main, prépare l'enfant aux apprentissages scolaires.

Comme le montre le tableau 5.2, on distingue six catégories d'actions liées aux activités manuelles : les actions d'orientation-approche, les actions de préhension, les actions de manipulation, les actions de restitution, les actions de projection et l'action graphique. Ce qui distingue ces catégories, c'est l'intention à la base de l'action (Paoletti, 1999). La maturation du cerveau permet en effet des actions de plus en plus complexes, comme en témoignent, par exemple, les changements observés dans les dessins des jeunes enfants.

#### L'évolution graphique

Avant même de commencer à dessiner, l'enfant avait découvert le plaisir de laisser une trace, que ce soit par les marques de ses mains ou de ses pieds dans le sable ou par les traces de ses doigts enduits de peinture ou de confiture. À deux ans, l'enfant gribouille ; il ne le fait toutefois pas au hasard, mais selon certaines structures, soit en traçant des lignes verticales ou des zigzags. Son plaisir réside autant dans le mouvement que dans la trace, tandis qu'il apprend peu à peu à exercer le contrôle de ses

**TABLEAU 5.2** La classification des activités manuelles

Action	Intention	Exemples
Orientation-approche (pointage, toucher, poursuite, approche)	Visée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appuyer sur un bouton</li> <li>Suivre du doigt le vol d'un oiseau</li> <li>Porter sa main sous un robinet</li> </ul>
Préhension	Prise de contrôle manuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saisir un verre</li> <li>Attraper une balle</li> </ul>
Manipulation (palpation, soutien, déplacement, maniement, transformation)	Contrôle manipulateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tâter un fruit</li> <li>Tenir une bouteille</li> <li>Retourner un verre</li> <li>Manger à l'aide d'une cuillère</li> <li>Transformer de la pâte à modeler</li> </ul>
Restitution (lâcher, dépôt)	Relâchement de la prise	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laisser tomber un caillou</li> <li>Poser un verre</li> </ul>
Projection (frapper, lancer)	Transmission de la force	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner un coup de marteau</li> <li>Lancer une fléchette</li> </ul>
Action graphique	Contrôle graphique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tracer, colorier, copier, écrire</li> </ul>

gestes. Avec l'avènement de la fonction symbolique, dont nous parlerons plus loin, son œil s'efforce de guider sa main pour arriver, peu à peu, à donner un sens à sa production (Baldy, 2005). À trois ans, l'enfant dessine des formes, surtout des cercles et des croix, mais il éprouve encore de la difficulté à fermer les figures. Il va ensuite commencer à combiner ces formes dans des motifs plus complexes, le stade pictural commençant généralement vers quatre ou cinq ans.

Le passage des formes abstraites à la représentation d'objets réels indique un changement majeur dans les objectifs du dessin de l'enfant et traduit un progrès cognitif dans les habiletés de représentation mentale de ce dernier. C'est en examinant ses dessins d'un bonhomme que nous pouvons observer les progrès réalisés par un enfant dans la construction de son **schéma corporel**, c'est-à-dire dans la représentation qu'il se fait de son propre corps, des éléments qui le composent et de leurs proportions. Ainsi, les premiers dessins du bonhomme sont incomplets : un seul cercle ou des pièces détachées le représentent. Vers quatre ans apparaît le bonhomme « têtard » : un cercle représente la tête et des membres s'attachent à ce cercle. Peu à peu, l'enfant cherche alors à remplir l'espace entre la tête et les jambes : bras accrochés aux jambes, trait entre les jambes, boutons, etc. C'est là une étape de transition avant d'en arriver, vers l'âge de cinq ans, à l'ajout du tronc et à l'obtention d'un bonhomme complet. Ce premier bonhomme filiforme est appelé « fil de fer », puis bonhomme « tube », avec des bras et des jambes dessinés sous la forme d'un trait double. Vers sept ou huit ans, l'enfant arrive enfin à dessiner un bonhomme avec une certaine organisation d'ensemble. Selon l'approche socioculturelle de Vygotsky, les habiletés nécessaires au dessin se développent dans un contexte d'interactions sociales ; par exemple, les enfants modifient leur façon de dessiner en regardant et en échangeant des commentaires sur les dessins des uns et des autres (Braswell, 2006).

### La latéralité manuelle

Les deux hémisphères du cerveau sont en grande partie symétriques et accomplissent de concert un grand nombre de fonctions, mais chacun possède des fonctions spécialisées : c'est ce qu'on appelle le processus de latéralisation. Sur le plan de la motricité, puisque les nerfs se croisent, l'hémisphère gauche du cerveau régit le côté droit du corps, alors que l'hémisphère droit régit le côté gauche. La **latéralité** désigne la dominance d'une des parties paires du corps (mains, pieds, yeux, etc.).

### Schéma corporel

Image qu'on se fait de son propre corps.



### Dessin de bonhomme

Bonhomme têtard, bonhomme fil de fer, bonhomme tube, bonhomme complet



Le tableau 5.1W présente l'évolution du dessin du bonhomme.

### Latéralité

Dominance d'une des parties paires du corps (mains, pieds, yeux, etc.).



### La latéralité

La préférence pour l'utilisation d'une main plutôt que l'autre devient évidente vers l'âge de trois ans.

La latéralité manuelle, c'est-à-dire la préférence pour l'utilisation d'une main plutôt que l'autre, est habituellement évidente vers l'âge de trois ans. L'hémisphère gauche du cerveau étant généralement dominant, la plupart des gens utilisent donc leur main droite. Néanmoins, chez ceux dont le cerveau est plus symétrique, l'hémisphère droit tend à dominer, ce qui les rend alors gauchers. Les garçons sont plus souvent gauchers que les filles. Toutefois, la dominance n'apparaît pas toujours aussi clairement et plusieurs personnes utilisent ainsi indifféremment une main ou l'autre. D'autres utiliseront une ou l'autre main selon la tâche à exécuter.

La dominance de la main relève-t-elle de la génétique ou de l'apprentissage? Certains chercheurs expliquent la dominance de la main droite par l'existence d'un gène particulier. Selon leur théorie, les personnes qui héritent de ce gène – soit environ 82 % de la population – sont droitiers. Toutefois, les individus qui ne le reçoivent pas ont quand même 50 % des chances d'être droitiers; autrement, ils seront gauchers ou ambidextres. Le fait que la dominance de la main relève alors du hasard chez ceux qui ne reçoivent pas ce gène pourrait expliquer pourquoi des jumeaux homozygotes peuvent avoir des mains dominantes différentes et pourquoi 8 % des enfants de deux parents droitiers sont gauchers (Klar, 1996).

## 5.1.4 Les habitudes de vie

### La nutrition et la malnutrition

À partir de deux ans, la croissance commence à ralentir et les enfants ont besoin de moins de calories proportionnellement à leur poids qu'auparavant. Pourtant, selon Santé et Services sociaux Québec (2013b), 26 % des jeunes enfants de deux à cinq ans présentent de l'embonpoint ou de l'obésité, ce qui représente une hausse considérable observée également un peu partout dans le monde ces dernières années. On estime en effet que près de 22 millions d'enfants de moins de cinq ans sont obèses dans le monde (Belizzi, 2002). Les enfants qui vivent dans les familles moins scolarisées ou plus pauvres sont les plus touchés.

Des données recueillies auprès de plus de 8550 enfants d'âge préscolaire mettent en évidence trois facteurs qui seraient associés à la prévention de l'obésité: 1) prendre régulièrement le repas du soir en famille; 2) dormir suffisamment et 3) regarder la télévision moins de deux heures par jour (Anderson et Whitaker, 2010). Le manque d'activité physique représente lui aussi un facteur important de l'excès de poids. Nous reviendrons sur le problème de l'obésité dans le chapitre 7.

Par ailleurs, plusieurs enfants ne sont pas suffisamment ou correctement nourris. La sous-alimentation est la cause première de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (Bryce *et al.*, 2005). Selon l'UNICEF (2008), environ 28 % des jeunes enfants de par le monde ne mangent pas à leur faim, principalement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Au Québec, 6,9 % des ménages vivent dans une situation d'insécurité alimentaire, ce qui est un peu moins élevé que pour la moyenne canadienne (Santé Canada, 2012). Lorsque le contenu du panier d'épicerie diminue, les premiers éléments à être supprimés sont habituellement les aliments santé comme les viandes maigres, les produits laitiers, les grains entiers, les légumes et les fruits (Drewnowski et Eichelsdoerfer, 2009).

Les retards de croissance en bas âge résultent souvent d'un apport insuffisant de nutriments sur une longue période et ils sont difficilement réversibles. Ils s'accompagnent généralement d'un retard dans le développement de la motricité et des fonctions cognitives, et ils peuvent alors être la cause de faibles résultats scolaires (UNICEF, 2007). Parce que ces enfants vivent habituellement dans un milieu très appauvri sur tous les plans, les effets particuliers de cette malnutrition sont encore difficiles à isoler.



## Le sommeil

À mesure que l'enfant grandit, ses heures de sommeil diminuent, et il développe son propre rythme de sommeil. La plupart des enfants de cinq ans dorment en moyenne 11 heures par nuit et ne font plus de sieste le jour (Hoban, 2004). Ils dorment aussi d'un sommeil profond, plus profond qu'à n'importe quelle autre période de leur vie.

L'heure du coucher provoque parfois une certaine forme d'anxiété de séparation, ce qui amène l'enfant à chercher toutes sortes de façons de l'éviter ; il ne veut pas quitter un univers stimulant et peuplé de gens pour se retrouver tout seul dans son lit. Il semble que la façon la plus efficace d'éliminer ce problème est d'établir avec l'enfant une routine simple et stable, qui comprend une heure fixe pour le coucher et des rituels de mise au lit qui s'effectuent dans le calme et ne s'éternisent pas.

## Les troubles du sommeil

Plusieurs enfants âgés de trois à huit ans souffrent de cauchemars ou de terreurs nocturnes. Le **cauchemar** est un rêve terrifiant qui se produit souvent lorsque l'enfant reste éveillé trop longtemps ou qu'il est surexcité. Les cauchemars sont assez répandus chez les jeunes enfants, et à leur réveil, ils en gardent un vif souvenir. Un mauvais rêve de temps en temps n'a bien entendu rien d'inquiétant, mais des cauchemars fréquents, surtout s'ils rendent l'enfant craintif et anxieux durant les périodes d'éveil, peuvent signaler un stress excessif (Hoban, 2004).

L'enfant qui éprouve des **terreurs nocturnes** semble quant à lui sortir brusquement d'un sommeil profond et se réveille dans un état de panique. Il peut crier et s'asseoir dans son lit en respirant rapidement et en regardant dans le vide devant lui. Toutefois, il n'a pas conscience d'avoir fait un mauvais rêve ou d'avoir pensé à une chose terrifiante. Il se rendort rapidement et, au petit matin, il ne se souviendra pas de s'être réveillé au cours de la nuit. Ces terreurs nocturnes surviennent plus souvent chez les garçons et se produisent, la plupart du temps, entre 3 et 13 ans (Laberge *et al.*, 2000).

Le **somnambulisme** (le fait de marcher en dormant) et la **somniloquie** (le fait de parler en dormant) sont aussi des troubles du sommeil assez fréquents chez les enfants. Le somnambulisme en soi est sans danger, même s'il peut arriver qu'une personne heurte un objet en quittant son lit. Il est donc préférable de ne pas réveiller le somnambule, de même que l'enfant qui vit des terreurs nocturnes, puisque le réveil peut troubler l'enfant et susciter ensuite de la peur (Hoban, 2004). Ces troubles du sommeil, comme les cauchemars et les terreurs nocturnes, sont dus à une activation accidentelle du système de contrôle moteur du cerveau (Hobson et Silvestri, 1999). Ces problèmes, souvent associés à l'anxiété de séparation, disparaissent généralement d'eux-mêmes (Petit *et al.*, 2007).

## L'énurésie

À partir de l'âge de trois à cinq ans, la plupart des enfants sont capables de rester au sec, le jour comme la nuit. Toutefois, selon la Société canadienne de pédiatrie (SCP), l'**énurésie** se manifeste chez environ 10 % à 15 % des enfants de cinq ans, principalement des garçons, qui continuent d'uriner au lit pendant la nuit (SCP, 2007). Même s'il se peut que leur vessie soit plus petite, moins de 1 % des enfants qui souffrent d'énurésie présentent un problème physique. La découverte de l'emplacement d'un gène lié à l'énurésie sur le chromosome 13q indique que l'hérédité en est un facteur majeur (Eiberg, 1995), facteur qui peut être combiné à une lente maturation motrice, à une capacité réduite de la vessie et à des difficultés à sortir de la phase du sommeil profond (Hoban, 2004).

Les enfants ainsi que leurs parents doivent cependant être rassurés : l'énurésie est un phénomène fréquent et bénin, qui finit par disparaître de lui-même. Selon la SCP (2007), on ne devrait pas traiter les enfants qui ne se sentent pas dérangés par l'énurésie nocturne

### Cauchemar

Rêve terrifiant dont l'enfant garde généralement un vif souvenir.

### Terreur nocturne

Manifestation d'un état de panique pendant le sommeil profond dont l'enfant ne garde habituellement aucun souvenir.



### Les terreurs nocturnes

L'enfant se réveille dans un état de panique, mais n'a aucun souvenir de cette expérience le lendemain matin.

### Somnambulisme

Fait de marcher en dormant, dont la personne ne garde habituellement aucun souvenir.

### Somniloquie

Fait de parler en dormant, dont la personne ne garde habituellement aucun souvenir.

### Énurésie

Émission involontaire d'urine souvent associée au sommeil nocturne des enfants.

primaire. À l'âge de huit ans, ce problème a effectivement disparu dans 50 % des cas sans aucune intervention et, à 15 ans, les jeunes ne sont plus que 1 % à souffrir d'énurésie.

### 5.1.5 La santé et la sécurité des enfants

Au cours de la petite enfance, les enfants sont généralement en bonne santé, surtout depuis que les principales maladies qui les frappaient autrefois sont devenues relativement rares en raison de la généralisation de la vaccination. Il en est autrement dans les pays en voie de développement. L'encadré 5.1 s'attarde sur les chances de survie des enfants de cet âge dans le monde.

#### L'influence de la pauvreté sur la santé

La pauvreté est un facteur déterminant dans les problèmes de santé et, par conséquent, dans le développement. Souvent, les enfants pauvres mangent mal, vivent dans des logements insalubres, n'obtiennent pas le suivi médical nécessaire et ne grandissent pas normalement. Une étude longitudinale menée par le Département de médecine sociale de l'Université de Montréal a demandé aux mères de 1929 enfants si elles avaient pu assurer tous les besoins de base de leurs enfants (nourriture, logement, vêtements, médicaments) lorsque ceux-ci avaient entre deux ans et quatre ans. Dans les familles démunies, 20,4 % des enfants présentaient un retard de croissance à quatre ans alors que cette proportion était de 9,6 % dans les familles dont les besoins de base étaient comblés. Un nombre significatif d'enfants sont affectés même si les ressources sont devenues suffisantes à quatre ans. On en conclut que la pauvreté affecte particulièrement la croissance des enfants en bas âge. Les chercheurs croient

#### ENCADRÉ 5.1 D'UNE CULTURE À L'AUTRE



##### Survivre aux cinq premières années de la vie

Entre 1990 et 2011, le taux d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année a été réduit de 41 % à l'échelle mondiale (UNICEF, 2012). Toutefois, même si aujourd'hui, un enfant a plus de chances de vivre jusqu'à l'âge de 5 ans qu'il y a une vingtaine d'années, ses chances de survie dépendent en grande partie de l'endroit où il réside. Par exemple, en Afrique subsaharienne, 1 enfant sur 9 meurt avant l'âge de 5 ans. C'est 16 fois plus que la moyenne des pays développés (WHO, 2012).

Les efforts internationaux destinés à améliorer la santé infantile visent les cinq premières années de la vie parce que, dans le groupe des enfants de moins de 15 ans, près de 90 % des décès ont lieu pendant ces premières années. En outre, au moins 98 % des décès infantiles se produisent dans les régions pauvres et rurales des pays en développement, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du sud, où l'alimentation est inadéquate, l'eau insalubre et les installations sanitaires, déficientes (UNICEF, 2009). Les principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans sont les maladies contagieuses (pneumonie, diarrhée et malaria), les complications à la naissance et la sous-alimentation (WHO, 2012).

Une étude financée par la Fondation Bill et Melinda Gates a suivi plus de 120 000 naissances et a démontré qu'avec des interventions relativement peu coûteuses auprès des sages-femmes, on a réduit

considérablement les décès à la naissance dans les pays en développement. En leur donnant une formation sur les soins des nouveau-nés, et en leur procurant le matériel médical de base, on a fait passer le taux de décès à la naissance de 23 pour 1000 à 16 (Carlo *et al.*, 2010).



Dans les pays émergents, lesquels sont situés en Méditerranée orientale, en Amérique latine et en Asie, on observe par ailleurs un changement qui ressemble à celui des pays développés: les décès d'enfants sont davantage causés par des complications à la naissance. En Inde et en Chine, le taux de mortalité infantile a chuté de manière impressionnante. Ainsi, bien que l'écart entre les pays développés et les autres ait diminué, les disparités entre les régions en développement, elles, se sont accrues (WHO, 2012).

C'est en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'on a observé les diminutions annuelles les plus spectaculaires du taux de mortalité infantile de 1990 à 2011 (diminution annuelle moyenne de 4,8 pour mille). En revanche, le taux de mortalité des enfants haïtiens est encore de 70 pour 1000, soit 5 fois celui de l'Argentine (WHO, 2012).

Les enfants des pays pauvres et les enfants pauvres des pays riches sont donc plus susceptibles de mourir jeunes que les autres. En outre, les progrès en matière de survie ont surtout profité aux personnes à revenus plus élevés.

que le retard est dû non seulement à la malnutrition, mais aussi aux conditions dans lesquelles les enfants vivent et qui peuvent entraîner des problèmes de santé comme l'asthme ou d'autres infections respiratoires (Ehounoux *et al.*, 2009).

### Les allergies et les intolérances alimentaires

Environ 7% des enfants canadiens souffrent d'une allergie alimentaire (Soller *et al.*, 2012). Une allergie est une réaction du système immunitaire qui produit des anticorps pour se défendre contre un aliment qu'il croit, à tort, nocif. Cette réaction va affecter le système respiratoire, le tractus gastro-intestinal, la peau ou le système cardiovasculaire et peut aller jusqu'à provoquer la mort (Santé Canada, 2013). Les enfants les plus à risque de présenter une allergie alimentaire sont ceux qui ont déjà fait de l'urticaire, de l'eczéma ou de l'asthme ou dont les parents ont des antécédents d'allergies (Santé et Services sociaux Québec, 2013a).

Une intolérance alimentaire est une difficulté à digérer ou absorber certains aliments, mais le système immunitaire n'est pas impliqué et les répercussions en sont moins graves. L'intolérance au lactose, le sucre présent dans le lait, est la plus fréquente, mais elle s'estompe généralement d'elle-même (Santé Canada, 2013).

### L'exposition à la fumée secondaire, aux pesticides et au plomb

Les dangers liés à l'exposition à la fumée secondaire sont plus grands durant l'enfance qu'à toute autre période de la vie. L'exposition passive à la fumée secondaire augmente en effet les risques de problèmes médicaux comme la bronchite, la pneumonie, les infections respiratoires, les otites et l'asthme (Office on Smoking and Health, 2006). Heureusement, plusieurs campagnes de sensibilisation, tant au Québec qu'au Canada, visent en ce moment à faire baisser ce taux.

Les enfants sont également plus vulnérables aux effets néfastes des pesticides que les adultes, et on a des raisons de croire que l'exposition aux pesticides, même à de faibles doses, peut affecter le développement de leur cerveau (Weiss, Amler et Amler, 2004).

L'empoisonnement au plomb peut causer divers problèmes neurologiques et comportementaux et ainsi nuire sérieusement au développement cognitif. Il n'existe pas de seuil sécuritaire d'exposition au plomb, puisqu'il est démontré qu'une exposition, aussi faible soit-elle, peut avoir des effets néfastes sur les jeunes enfants. Or, les dommages sur le cerveau en développement des enfants sont apparemment irréversibles (Bellinger, 2004). Au Québec, le plomb peut être présent, entre autres, dans les peintures, les soudures ainsi que dans certaines canalisations d'eau potable. Des mesures gouvernementales sont prises pour limiter les concentrations de plomb dans l'eau potable (Développement durable, Environnement, Faune et Parcs Québec, 2013).



#### L'exposition à la fumée secondaire

Les parents qui fument à côté de leurs enfants savent-ils qu'ils augmentent les dangers pour la santé de ceux-ci?



#### FAITES LE POINT

1. Pourquoi dit-on que la période allant de deux ou trois ans à sept ou huit ans est une période critique pour l'intégration du stade final des habiletés motrices ?
2. Vers quel âge les enfants arrivent-ils généralement à dessiner un personnage avec une bonne structure, et comment évoluent les dessins d'un bonhomme ?
3. Vers quel âge peut-on considérer que la latéralité est déterminée ?
4. Quelles sont les causes possibles de l'énurésie chez les enfants ?
5. Max, trois ans, vit avec sa mère et ses deux frères de cinq et sept ans, dans un quartier défavorisé. Sa mère est un peu dépressive et, même si elle ne travaille pas à l'extérieur, elle trouve rarement l'énergie et les ressources financières pour préparer des repas équilibrés pour ses enfants. Leur logement est sale et délabré, des mégots de cigarettes, des restes de nourriture et des bouteilles de bière traînent un peu partout. Comment le milieu de pauvreté dans lequel vit Max peut-il affecter sa santé ?

### Stade préopératoire

Selon Piaget, deuxième stade du développement cognitif, qui se situe de deux à six ans et au cours duquel l'enfant peut se représenter mentalement des objets qui ne sont pas physiquement présents. Ces représentations sont toutefois limitées par le fait que l'enfant ne peut encore penser logiquement.

### Opération mentale

Réflexion mentale qui permet de comparer, de mesurer, de transformer et de combiner des ensembles d'objets.

### Fonction symbolique

Selon Piaget, capacité de l'enfant à utiliser certains symboles (mots, nombres ou images) qui ont pour lui une signification.



### La fonction symbolique

À travers des objets ressemblants ou non, la fonction symbolique permet à un enfant du stade préopératoire de représenter la réalité.

### Transduction

Selon Piaget, tendance de l'enfant du stade préopératoire à établir un lien de causalité, logique ou non, entre deux événements, sur la seule base de leur occurrence commune.

## 5.2 Le développement cognitif

À partir de trois à six ans, l'enfant fait preuve d'une maîtrise accrue des notions d'âge, de temps et d'espace. Il développe aussi ses capacités d'attention et d'utilisation des symboles et devient de plus en plus efficace pour traiter de nouvelles informations.

### 5.2.1 Le stade préopératoire de Piaget

L'étape que traverse l'enfant de deux à six ans a été appelée par Piaget le **stade préopératoire**. Selon lui, les enfants de cet âge ne sont pas encore prêts à effectuer des **opérations mentales** qui font appel à une pensée logique. Nous verrons plus en détail certains de ces progrès et de ces limites identifiés par Piaget au stade préopératoire, ainsi que les nuances apportées par des recherches récentes sur ces aspects du développement.

#### Les progrès cognitifs au stade préopératoire

**La fonction symbolique** La caractéristique principale du stade préopératoire est l'utilisation croissante des capacités de représentation apparues à la fin du stade sensori-moteur et de la **fonction symbolique**. Lorsque, dans la mise en situation de ce chapitre, Tristan se recroqueville sous une chaise après avoir dit avec une grosse voix : « Je veux aller me coucher », il démontre qu'il peut se représenter mentalement un ours qui va se coucher. La possibilité de se représenter mentalement un objet, une personne ou une situation sans qu'ils soient physiquement présents caractérise la fonction symbolique. Le fait de disposer de symboles (mots, chiffres, images) pour représenter diverses réalités constitue par conséquent un progrès considérable dans le développement cognitif. Sans la fonction symbolique, les gens seraient en effet incapables de converser, de lire une carte ou de chérir la photo d'une personne aimée qui se trouve loin d'eux.

Le mot constitue le symbole le plus usuel et probablement le plus important pour la pensée, qu'il soit verbalisé ou écrit. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent en évoquant les bases du langage, un enfant qui utilise le mot « pomme » pour désigner un objet absent attribue à ce son un caractère symbolique. C'est donc dans l'utilisation du langage que la fonction symbolique prend tout son sens. Cette fonction se manifeste aussi par l'imitation différée, qui consiste à reproduire une action observée, mais en l'absence du modèle, comme les enfants qui, dans la mise en situation, jouent à sauter comme un lièvre ou à marcher comme un ours, après leur visite au zoo. Enfin, la fonction symbolique peut aussi s'exprimer dans le jeu symbolique, dont nous parlerons plus loin.

**La compréhension de la causalité** Au début du stade préopératoire, l'enfant saisit de façon générale les relations fonctionnelles élémentaires qui existent entre les objets et les événements. Par exemple, un enfant de trois ans sait qu'en tirant sur un cordon, le rideau s'ouvre, et qu'en appuyant sur un interrupteur, la lumière s'allume. Bien qu'il ne comprenne pas encore pourquoi telle action entraîne telle autre, il perçoit tout de même le rapport qui existe entre les deux actions. Si Piaget admet que les jeunes enfants ont une certaine compréhension des relations de cause à effet, il considère toutefois que le raisonnement de l'enfant du stade préopératoire n'est pas logique, mais plutôt transductif. La **transduction** est le fait d'établir un lien de causalité, logique ou non, entre deux événements sur la seule base de leur proximité dans le temps. Dans ce type de raisonnement, l'enfant n'utilise donc ni la logique inductive (le fait de tirer une conclusion générale à partir de données particulières), ni la logique déductive (le fait de partir de données générales pour en tirer une conclusion particulière). Si deux événements surviennent en même temps ou sont perçus dans le même contexte, l'enfant croit alors que l'un est la cause de l'autre. C'est ce raisonnement transductif qui pourrait amener un enfant à croire, par exemple, que ses parents divorcent parce qu'il s'est disputé avec sa sœur.

Toutefois, lorsqu'on teste les jeunes enfants sur des situations compréhensibles pour eux, on constate qu'ils sont capables de relier correctement les causes aux effets. Il suffit d'écouter les enfants parler pour remarquer que, dans les faits, leur discours révèle souvent une meilleure compréhension des relations causales que ne l'a cru Piaget. Même s'ils éprouvent parfois des difficultés à répondre aux « pourquoi » des adultes, ils utilisent spontanément des phrases contenant des « parce que » ou des « alors » : « Maman a mis un pansement parce que j'avais un bobo. » ou « La fée a pris sa baguette magique, alors la petite souris est devenue grande. » Par contre, il est vrai que les enfants de cet âge tendent à croire que tous les événements ont des relations causales prévisibles. Ainsi, un enfant de quatre ans peut croire qu'on sera automatiquement malade si l'on ne se lave pas les mains avant de manger : pour lui, ce lien de cause à effet est aussi prévisible que celui de voir retomber un ballon lancé dans les airs.

**La classification** La classification requiert la capacité d'identifier les similitudes et les différences. Vers quatre ans, les enfants sont capables de classer les objets selon deux critères à la fois, comme la forme et la couleur. Ils vont utiliser cette habileté pour sérier et pour catégoriser des éléments de leur entourage comme bon ou mauvais, gentil ou méchant.

**La maîtrise des nombres** Vers cinq ans, la plupart des enfants sont capables (si on le leur a appris, la plupart du temps en jouant) de réciter dans l'ordre les chiffres jusqu'à 20 et de résoudre des problèmes simples sur des groupes de moins de dix objets. (Laurie a pris sept pommes et Bianca en a pris cinq. Laquelle en a le plus ?) Toutefois, pour pouvoir dire qu'un enfant maîtrise les nombres, il doit connaître les principes de la numération suivants :

- Principe d'ordre stable : dire les noms des nombres dans un ordre précis (« Un, deux, trois... » et non « Trois, un, deux... »).
- Principe de correspondance biunivoque : utiliser un nom de nombre, et seulement un, pour chaque élément compté (« un pour le premier élément, deux pour le deuxième élément, trois pour... »).
- Principe de cardinalité : le dernier nombre énoncé représente le total des éléments comptés. Si le dernier nombre énoncé est « cinq », cela signifie qu'il y a cinq éléments.
- Principe de non-pertinence de l'ordre de départ : si l'on compte cinq éléments, que l'on commence à compter par le premier ou le troisième, le total restera le même.
- Principe d'abstraction : les précédents principes s'appliquent à tous les objets comptés.

On croyait auparavant que c'était la compréhension de ces principes qui permettait aux enfants d'apprendre à compter. Des recherches récentes affirment que c'est l'inverse ; c'est en comptant qu'ils parviennent à dégager les principes de numération (Siegler, 1998).

Le principe de **cardinalité**, selon lequel on utilise un seul nom de nombre pour chaque élément compté, le dernier nombre énoncé représentant le total des éléments, n'est pas appliqué systématiquement par les enfants avant trois ans et demi. Vers quatre ou cinq ans, l'**ordinalité**, c'est-à-dire la capacité de comparer des quantités numériques, permet ensuite à l'enfant de comprendre les notions de « plus » et de « moins » (trois biscuits, c'est plus que deux). L'ordinalité apparaît autour de 12 à 18 mois, mais à cet âge, elle demeure limitée à la comparaison d'un nombre restreint d'objets.

Lorsqu'ils entrent en première année du primaire, la plupart des enfants ont déjà développé le sens de la numération. Le niveau de base des habiletés de numération comprend la capacité de compter, l'ordinalité (la comparaison de quantités), les transformations numériques (les additions et les soustractions simples), l'estimation



Quels sont les principes de la numération que possèdent les enfants de la mise en situation ?

#### Cardinalité

Principe selon lequel on utilise un seul nom de nombre pour chaque élément compté, le dernier nombre énoncé représentant le total des éléments.

#### Ordinalité

Capacité de comparer des quantités numériques.



### L'ordinalité et la cardinalité

Les principes de la numération – L'utilisation du boulier aidera cette petite fille à maîtriser les principes de la numération.

### Centration

Selon Piaget, limite de la pensée préopératoire qui amène l'enfant à ne percevoir qu'un seul aspect d'une situation au détriment des autres.



### Égocentrisme

Selon Piaget, caractéristique de la pensée préopératoire qui rend impossible la prise en compte du point de vue d'une autre personne.

### Animisme

Tendance à concevoir les objets inanimés comme possédant des caractéristiques humaines.



(ce groupe de points est-il inférieur ou supérieur à 5) et la reconnaissance d'un modèle d'équation (2 plus 2 font 4, 3 plus 1 aussi) (Jordan *et al.*, 2006).

Bien sûr, même si l'acquisition des connaissances se rapportant à la numération est universelle, elle se développe à des rythmes différents selon l'importance qui lui est accordée par la famille ou la culture à laquelle l'enfant appartient. À quatre ans, les enfants de la classe moyenne ont généralement des habiletés numériques nettement meilleures que les enfants de milieux défavorisés, et leur avantage initial a tendance à se maintenir. La maîtrise des nombres à cet âge est un bon indicateur des performances scolaires en mathématique en troisième année (Jordan *et al.*, 2009).

### Les limites de la pensée préopératoire

La pensée préopératoire est encore rudimentaire comparativement à ce que l'enfant pourra accomplir une fois parvenu au stade des opérations concrètes. Selon Piaget, la principale limite du stade préopératoire est la **centration**, c'est-à-dire la tendance à se concentrer sur un seul aspect d'une situation en négligeant tous les autres. La centration a des répercussions à la fois sur la compréhension du monde physique et sur celle des relations sociales. Ainsi, dans la mise en situation, Tristan évalue la quantité de jus qu'il boit en se basant sur le fait qu'un verre soit plein ou non. Le sien est plein, il en contient donc plus que le verre de son éducatrice à moitié plein.

**L'égocentrisme** L'**égocentrisme** représente une forme de centration et n'a rien à voir avec l'égoïsme. Selon Piaget, les enfants de trois ans croient encore que l'univers tourne autour d'eux et ils sont tellement centrés sur leur propre point de vue qu'ils sont incapables d'en considérer un autre.

Fascinée par le vacarme incessant des vagues, une fillette de quatre ans se tourne vers son père en lui disant : « Mais quand est-ce que ça arrête ? » « Jamais », lui répond son père. Sur quoi la fillette demande, incrédule : « Même pas quand on dort ? » L'égocentrisme pourrait expliquer pourquoi les jeunes enfants ont parfois du mal à séparer la réalité de ce qu'ils imaginent et pourquoi ils sont parfois confus en ce qui concerne les liens de causalité.

On entend aussi parfois un enfant dire que le soleil se couche parce qu'il est fatigué. C'est un exemple de ce que Piaget appelle l'**animisme**, une forme d'égocentrisme qui consiste à attribuer des caractéristiques humaines à des objets inanimés, comme Tristan, qui croit qu'un autobus peut se mettre en colère.

En interrogeant des enfants à propos du soleil, du vent et des nuages, Piaget a obtenu des réponses qui l'ont amené à conclure que les enfants éprouvent de la difficulté à distinguer ce qui est vivant de ce qui ne l'est pas, surtout lorsque les éléments non vivants sont en mouvement. Il a alors attribué cela à l'animisme. Toutefois, d'autres recherches ont démontré depuis que des enfants de trois à quatre ans comprennent que les gens sont vivants et que les cailloux ne le sont pas. Ainsi, au cours d'une expérience, des enfants n'ont attribué ni pensées ni émotions aux cailloux, et ils ont mentionné que si les poupées ne peuvent pas se déplacer par elles-mêmes, c'est qu'elles ne sont pas vivantes (Gelman, Spelke et Meck, 1983). La différence entre les réponses obtenues par Piaget et celles obtenues par d'autres chercheurs s'explique peut-être par le fait que les objets présentés aux enfants par Piaget se déplaçaient d'eux-mêmes et n'offraient aucune possibilité de manipulation concrète.

Une expérience classique de Piaget, la tâche des trois montagnes, illustre bien cet égocentrisme. L'expérimentateur assoit un enfant devant trois monticules (*voir la figure 5.1*) et place une poupée sur une chaise, de l'autre côté de la table. Il demande alors à l'enfant de lui dire comment la poupée voit les montagnes. Le jeune enfant ne peut répondre à cette question. En effet, il décrit chaque fois les montagnes selon sa

propre perspective. Pour Piaget, cela met en évidence l'incapacité de l'enfant à imaginer un point de vue différent du sien (Piaget et Inhelder, 1967).

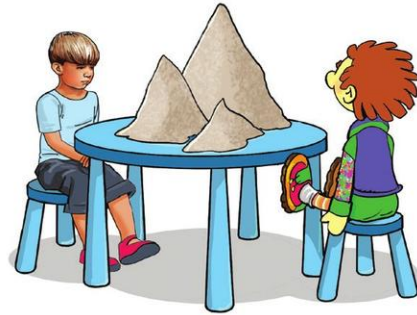
Dans une autre expérience, on a cependant présenté le problème d'une manière différente et on a alors obtenu des résultats différents. Un enfant était assis en face d'un panneau divisé en quatre sections par des « murs ». Un personnage représentant un policier se tenait d'un côté du panneau tandis qu'une poupée était déplacée d'une section à l'autre. Après chaque déplacement, on demandait à l'enfant : « Est-ce que le policier peut voir la poupée ? » Puis un autre personnage policier entra en action, et on demandait à l'enfant de cacher la poupée de manière à ce qu'aucun policier ne la voie. Des enfants âgés de trois ans et demi à cinq ans ont donné la bonne réponse neuf fois sur dix (Hughes, 1975). Pourquoi ces enfants étaient-ils capables de considérer le point de vue d'une autre personne (le policier), alors que ceux à qui l'on présentait le problème des montagnes en étaient incapables ? Il est possible que ce soit parce que le problème du policier les amène à penser d'une façon plus usuelle et moins abstraite. En effet, les jeunes enfants ne regardent généralement pas les montagnes de cette façon et ne se questionnent pas sur ce que les autres personnes voient en les regardant. Toutefois, la plupart des enfants de trois ans connaissent les poupées, les policiers et le jeu de la cachette. Ainsi, les jeunes enfants peuvent effectivement faire preuve d'égoïsme au premier abord, mais principalement dans des situations qui dépassent leur expérience immédiate.

**La non-conservation** Une autre expérience classique de Piaget illustre bien comment la centration vient limiter la pensée enfantine. Piaget a conçu cette expérience pour évaluer la notion de **conservation**, qui est le principe selon lequel deux quantités égales (liquide, poids, nombre, surface, etc.) restent égales malgré une transformation apparente, tant et aussi longtemps qu'on ne leur ajoute ou qu'on ne leur enlève rien. Il a ainsi découvert que les jeunes enfants ne comprennent pas pleinement ce principe avant le stade des opérations concrètes. Dans cette expérience, on présente à un enfant deux verres identiques, bas et évasés, qui contiennent la même quantité d'eau. On verse ensuite l'eau d'un des verres dans un troisième verre, haut et étroit, puis on demande à l'enfant s'il y a un verre qui contient plus d'eau ou si les deux verres contiennent la même quantité d'eau. Que l'enfant ait vu l'expérimentateur verser l'eau du verre bas et évasé dans le verre haut et étroit ou qu'il ait versé l'eau lui-même, il répond toujours que l'un des deux verres contient plus d'eau. Lorsqu'on lui demande pourquoi, il répond : « Celui-ci est plus grand ici. », en montrant la hauteur (ou la largeur) du verre. Au stade préopératoire, l'enfant est donc incapable de considérer la hauteur et la largeur en même temps. Il centre sa pensée sur l'un ou l'autre de ces aspects, et sa réponse découle par conséquent de l'évaluation d'une seule dimension du verre.

Cette compréhension de la conservation est également limitée par l'**irréversibilité** de la pensée, c'est-à-dire par l'incapacité de comprendre qu'une opération peut se faire dans les deux sens. L'enfant ne parvient pas à imaginer qu'il suffirait de reverser l'eau dans le premier verre pour démontrer que la quantité est toujours la même. Au stade préopératoire, selon Piaget, l'enfant pense comme s'il observait les images statiques d'une pellicule : il se concentre sur les états successifs, mais ne reconnaît pas les transformations d'un état à un autre. Ainsi, l'enfant prend séparément en considération l'eau qui se trouve dans chacun des verres, au lieu de la considérer comme une même substance pouvant être transvasée d'un verre à l'autre.

Il existe différents tests permettant d'évaluer la notion de conservation. Les principaux sont présentés dans le tableau 5.3 (voir la page suivante).

**FIGURE 5.1** La tâche des trois montagnes de Piaget



Au stade préopératoire, un enfant est incapable de décrire les montagnes selon le point de vue de la poupée. Selon Piaget, c'est là une manifestation de l'égoïsme.

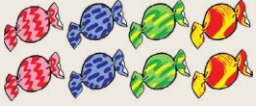

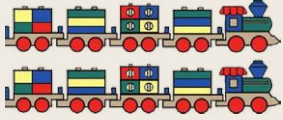
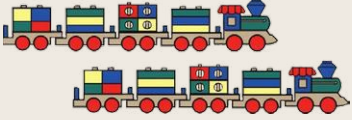
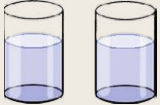
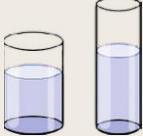


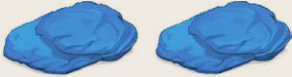

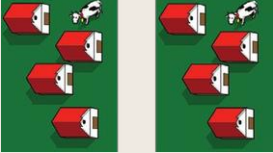
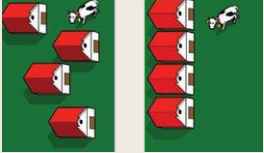


#### Conservation

Selon Piaget, capacité de comprendre que deux quantités égales (liquide, poids, nombre, surface, etc.) restent égales malgré leur transformation apparente si rien n'est enlevé ou ajouté.

#### Irréversibilité

Limite de la pensée préopératoire qui empêche l'enfant de comprendre qu'une opération sur un objet peut être faite en sens inverse pour revenir à l'état initial de l'objet.

TABLEAU 5.3 Les principaux tests de conservation

Type de conservation	1. Présenter à l'enfant	2. Opérer une transformation	3. Demander à l'enfant	4. Réponse habituelle d'un enfant du stade préopérateur
Nombre	Deux rangées parallèles de bonbons. 	On augmente l'espace entre les bonbons de l'une des rangées. 	Est-ce qu'il y a le même nombre de bonbons dans chaque rangée ou est-ce que l'une des deux rangées en a plus que l'autre ?	La rangée plus espacée a plus de bonbons.
Longueur	Deux trains parallèles de même longueur. 	On déplace l'un des trains vers la droite. 	Est-ce que les deux trains sont de la même longueur ou est-ce que l'un des deux trains est plus long ?	Le train qui est le plus avancé à droite est le plus long.
Liquide	Deux verres identiques, transparents, avec la même quantité de jus. 	On verse le liquide de l'un des verres dans un autre, plus étroit. 	Est-ce que les deux verres contiennent la même quantité de jus ou est-ce que l'un des deux verres en contient plus ?	Le verre où le jus monte plus haut contient plus de jus que l'autre.
Substance	Deux boules identiques de pâte à modeler. 	On roule une des boules pour en faire un serpent. 	Est-ce qu'il y a la même quantité de pâte à modeler dans la boule et le serpent ou est-ce que l'un des deux en contient plus ?	Le serpent contient plus de pâte à modeler.
Poids	Deux boules identiques de pâte à modeler. 	On roule une des boules pour en faire une saucisse. 	Est-ce que la boule et la saucisse pèsent le même poids ou est-ce que l'une des deux est plus lourde que l'autre ?	La boule est plus lourde que la saucisse (ou parfois l'inverse).
Surface	Des petits blocs (représentant des maisons) placés sur deux feuilles de papier vert (représentant de l'herbe), et on dépose sur chaque feuille une vache qui doit manger l'herbe. 	On déplace les maisons de l'une des feuilles afin de les coller les unes aux autres. 	Est-ce que les deux vaches ont la même quantité d'herbe à manger ou est-ce que l'une des deux en a plus que l'autre ?	La vache de la feuille où les maisons sont collées a plus d'herbe à manger.
Masse	Deux contenants avec une quantité égale d'eau et deux boules de pâte à modeler identiques. 	On met une des boules de pâte à modeler dans l'un des contenants et on défait l'autre en petits morceaux. 	Si on met tous les morceaux de pâte à modeler dans le contenant, est-ce que le niveau de l'eau sera égal dans les deux contenants ou l'un des deux sera-t-il plus haut ?	L'eau va monter plus haut dans le contenant avec les petits morceaux.



## 5.2.2 Les jeunes enfants et les théories de l'esprit

Piaget (1929) a été le premier à étudier les **théories de l'esprit** chez les enfants, c'est-à-dire la prise de conscience de leurs propres processus mentaux (désirs, intentions, croyances, etc.) et la capacité de comprendre que les autres ont les leurs également. Avoir une théorie de l'esprit nous permet de comprendre et de prévoir le comportement d'autrui et rend notre environnement social intelligible.

Piaget a posé à des enfants des questions du type « D'où viennent les rêves ? » ou « Avec quoi penses-tu ? » Les réponses reçues l'ont amené à conclure que les enfants de moins de six ans sont incapables de faire la différence entre les pensées ou les rêves et la réalité physique, et qu'ils n'ont donc pas de théorie de l'esprit. Cependant, des recherches plus récentes, où l'on observe les enfants dans leurs activités quotidiennes, indiquent quant à elles qu'entre l'âge de deux et cinq ans, la connaissance que démontrent les enfants en matière de processus mentaux – les leurs et ceux des autres – augmente de façon spectaculaire (Cross et Watson, 2001).

### La prise de conscience de la pensée

De trois à cinq ans, les enfants commencent à comprendre que les pensées se passent dans la tête, que nous pouvons penser à des choses réelles ou imaginaires, qu'une personne peut penser à des objets même en ayant les yeux fermés et les oreilles bouchées, et que penser constitue une action différente de celles de voir, parler ou toucher (Flavell *et al.*, 1995).

Toutefois, à cet âge, les enfants croient généralement que l'activité mentale a un début et une fin. Ce n'est pas avant le milieu de l'enfance qu'ils se rendent compte finalement que la pensée est continuellement active. Les jeunes enfants n'ont donc pas (ou très peu) conscience que les gens « se parlent dans leur tête, avec des mots » ou qu'ils pensent en même temps qu'ils regardent, écoutent, lisent ou parlent (Flavell *et al.*, 1997). Ils ont aussi tendance à confondre les rêves et l'imagination, et ils croient qu'ils peuvent décider de ce dont ils vont rêver. C'est seulement vers l'âge de 11 ans que les enfants réalisent vraiment qu'ils ne peuvent pas contrôler leurs rêves (Woolley et Berger, 2002).

### Les fausses croyances et la tromperie

Un chercheur montre une boîte de bonbons à Sarah, une petite fille de trois ans, et lui demande ce qu'il y a dedans. « Des bonbons », répond-elle. Or, lorsqu'elle ouvre la boîte, Sarah y trouve des crayons et non des bonbons. « D'après toi, qu'est-ce qu'un autre enfant qui n'a pas ouvert la boîte croira trouver dedans ? » demande le chercheur. « Des crayons », dit Sarah, ne comprenant pas qu'un autre enfant serait lui aussi trompé par la boîte, comme elle-même l'a été. Pour comprendre que quelqu'un peut avoir de fausses croyances, il faut que l'enfant ait d'abord pris conscience qu'on peut se faire une représentation de la réalité et que celle-ci peut parfois être erronée. Or, les enfants de trois ans, comme Sarah, n'ont pas cette compréhension (Flavell *et al.*, 1995).

Ce type de recherches sur les fausses croyances a été repris un peu partout dans le monde et on arrive toujours aux mêmes résultats; un enfant de trois ans ne peut comprendre les fausses croyances. Toutefois, si l'on demande aux enfants de répondre avec des gestes plutôt qu'avec des mots, ceux qui sont à la veille d'avoir quatre ans parviennent alors mieux à reconnaître les fausses croyances, les gestes pouvant aider les enfants sur le point de comprendre le concept des fausses croyances à franchir cette étape (Carlson *et al.*, 2005).

### Théorie de l'esprit

Conscience de ses propres processus mentaux et capacité de comprendre que les autres ont les leurs également.

L'incapacité des enfants de trois ans à reconnaître les fausses croyances peut découler de leur pensée égocentrique. À cet âge, l'enfant a effectivement tendance à croire que toutes les autres personnes savent ce qu'il sait et croient ce qu'il croit. Il a donc du mal à comprendre que ses propres pensées peuvent être fausses (Lillard et Curenton, 1999). À quatre ans, les enfants parviennent enfin à comprendre que des personnes qui entendent ou qui voient des versions différentes d'un même événement peuvent développer des croyances différentes. Toutefois, ce n'est pas avant six ans que les enfants réalisent que deux personnes qui voient ou entendent la même chose peuvent l'interpréter différemment (Pillow et Henrichon, 1996).

La tromperie est une tentative destinée à créer une fausse croyance dans la pensée de quelqu'un. Or, pour pouvoir mentir, l'enfant doit auparavant supprimer son impulsion d'être franc. En d'autres termes, on peut dire que, chez l'enfant, le mensonge est un signe de développement cognitif. Des recherches ont montré que certains enfants sont capables de mentir dès l'âge de deux ou trois ans, d'autres vers quatre ou cinq ans seulement. La différence semble liée au moyen que les enfants utilisent pour tromper. En effet, on a demandé à des enfants de trois ans s'ils voulaient jouer un tour à quelqu'un en lui donnant de fausses indications quant à laquelle de deux boîtes contenait une balle. Les enfants mentaient plus facilement quand on leur demandait de mettre l'image d'une balle sur la mauvaise boîte que lorsqu'ils devaient pointer la boîte du doigt, ce qu'ils font habituellement de manière honnête à cet âge (Carlson, Moses et Hix, 1998).

Les tableaux 5.4 et 5.5 résument les principaux progrès cognitifs, mais aussi les limites qui, selon Piaget, caractérisent les enfants du stade préopératoire.

**TABLEAU 5.4** Les progrès cognitifs au stade préopératoire (selon Piaget)

Progrès	Description	Exemple
Fonction symbolique	Les enfants peuvent penser à une personne, à un objet absent ou à un événement qui ne se déroule pas dans le présent.  Les enfants peuvent imaginer que les objets ou les personnes possèdent des propriétés différentes de celles qu'ils ont en réalité.	Jérémie se souvient d'avoir mangé un cornet de crème glacée chez sa grand-mère la veille, et il en réclame un autre aujourd'hui.  Mathieu utilise le rouleau de carton provenant d'un papier d'emballage pour jouer à l'épée.
Compréhension de l'identité	Les enfants savent que des modifications superficielles ne changent pas la nature des choses.	Alexis sait que, même si son grand frère est déguisé en pirate, il demeure toujours son grand frère.
Compréhension des liens de causalité (causes et effets)	Les enfants réalisent que les événements ont des causes.	Jade voit un ballon surgir de derrière un mur et va regarder derrière celui-ci pour voir qui a lancé le ballon.
Capacité de classer	Les enfants classent les objets, les personnes et les événements en catégories significatives.	Norma trie les cocottes qu'elle a ramassées dans la forêt. Elle les répartit en deux séries selon leur taille : les « petites » et les « grandes ».
Compréhension des nombres	Les enfants peuvent compter et gérer les quantités.	Laurence partage quelques bonbons avec ses amies en les comptant un à un, de façon à ce que chacune d'elles en ait le même nombre.
Empathie	Les enfants deviennent plus à même d'imaginer comment les autres se sentent.	Pierre essaie de reconforter son ami qui est triste en lui faisant un câlin.
Théorie de l'esprit	Les enfants deviennent plus conscients de l'activité mentale et du fonctionnement de l'esprit.	Camille veut cacher des biscuits pour que son petit frère ne les trouve pas. Elle choisit de les mettre dans sa boîte à crayons, car elle sait qu'il ne les cherchera pas dans un endroit où il ne s'attend pas à trouver des biscuits.

**TABLEAU 5.5** Les limites de la pensée préopératoire (selon Piaget)

Limite	Description	Exemple
Centration	L'enfant ne perçoit qu'un seul aspect d'une situation au détriment des autres ; il ne peut pas opérer de décentration.	Maxime croit que Juliette a plus de blocs que lui parce que ceux-ci sont répandus sur le plancher et occupent plus d'espace que les siens, qui sont bien rangés dans leur boîte. Il se centre uniquement sur l'espace occupé.
Irréversibilité	L'enfant ne comprend pas que certaines actions ou opérations sur un objet peuvent être faites en sens inverse pour revenir à l'état initial de l'objet.	Coralie ne réalise pas que si l'on remet ses framboises dans son bol, elle en a toujours la même quantité.
Fixation sur l'état plutôt que sur la transformation	L'enfant ne comprend pas le sens de la transformation d'un état à un autre.	Sylvia considère son biscuit brisé en morceaux en croyant en avoir plusieurs. Elle ne conçoit pas que le biscuit a simplement été divisé.
Raisonnement transductif	L'enfant n'utilise pas le raisonnement inductif ou déductif. Il tend à établir un lien de causalité, logique ou non, entre deux événements en sautant d'une particularité à une autre.	Sarah a été méchante avec son frère juste avant que celui-ci tombe malade. Sarah en conclut donc qu'elle a rendu son frère malade.
Égocentrisme	L'enfant ne peut pas prendre en considération le point de vue d'une autre personne.	Clémence parle au téléphone avec sa grand-mère et montre en même temps du doigt les dessins dont elle parle.
Animisme	L'enfant tend à donner vie à des objets inanimés.	Paolo dit que le soleil se couche parce qu'il est fatigué.
Incapacité à reconnaître les fausses croyances	L'enfant ne comprend pas que quelqu'un d'autre peut être trompé par les apparences.	Après avoir constaté que sa boîte de blocs ne contenait pas des blocs, mais une poupée, Karen ne comprend pas qu'un autre enfant serait lui aussi trompé par l'apparence de la boîte.

### La distinction entre l'imaginaire et la réalité

De 18 mois à 3 ans, les enfants apprennent à faire la distinction entre des événements réels et des événements imaginaires. À trois ans, les enfants peuvent faire semblant et sont capables de reconnaître que quelqu'un d'autre fait semblant. Ils savent aussi que le fait de faire semblant est intentionnel : ils font bien la différence entre le fait de faire quelque chose et le fait de prétendre faire cette chose (Rakoczy, Tomasello et Striano, 2004). Toutefois, la ligne qu'ils tracent entre la fantaisie et la réalité n'est pas toujours très nette. Ainsi, une étude a montré que des enfants âgés de quatre à six ans, qui étaient laissés seuls dans une pièce, préféraient toucher une boîte contenant un ourson imaginaire plutôt qu'une boîte contenant un monstre imaginaire, même si la plupart affirmaient que c'était juste pour faire semblant (Harris *et al.*, 1991).

Les enfants de trois ans et plus font souvent preuve de **pensée magique**, c'est-à-dire qu'ils croient que tout est possible. Certains chercheurs suggèrent que cette forme de pensée ne proviendrait pas de la confusion entre l'imaginaire et la réalité, mais qu'elle servirait surtout à expliquer des événements qui ne semblent pas avoir une explication réaliste évidente (souvent parce que les enfants manquent de connaissances sur le sujet) ou encore à céder aux plaisirs de l'invention. Tout comme les adultes, les enfants sont en effet généralement très conscients de la nature magique de personnages imaginaires tels que les sorcières et les dragons, mais ils se plaisent tout simplement à entretenir l'éventualité de leur existence. La pensée magique a tendance à décliner vers la fin de l'âge préscolaire (Woolley, 1999).

Les **amis imaginaires** sont un autre phénomène fréquent chez les enfants de 3 à 10 ans, surtout chez les aînés et les enfants uniques. C'est une forme de jeu symbolique dans lequel l'enfant est tout à fait capable de distinguer la réalité de la fantaisie. L'ami imaginaire créé par l'enfant comporte des avantages pour ce dernier : c'est un compagnon avec qui l'enfant peut s'amuser, il réalise des désirs au moyen de l'imagination, il sert

#### Pensée magique

Façon d'interpréter la réalité selon laquelle tout est possible.

#### Ami imaginaire

Personnage imaginaire créé par un jeune enfant. Ce personnage est généralement du même sexe que l'enfant et disparaît au bout d'un certain temps.



### Réalité ou imagination

Peut-il me mordre pour vrai?



Le phénomène des amis imaginaires est abordé dans l'encadré 5.1W.

de bouc émissaire pour des comportements inacceptables et il peut aussi l'aider à traverser des situations difficiles, comme un déménagement ou une séparation (British Psychological Society, 2013). Les parents ne devraient pas s'inquiéter ou nier leur existence; ces amis imaginaires disparaissent généralement d'eux-mêmes lorsque l'enfant commence à établir de vraies relations d'amitié.

### Les diverses influences sur les théories de l'esprit

Une certaine maturation du cerveau est nécessaire pour le développement des théories de l'esprit et l'activité neurologique du cortex préfrontal est particulièrement importante. Lors d'une recherche, des enfants qui étaient capables de raisonner correctement au sujet de l'état émotionnel de personnages de films d'animation présentaient une activation cérébrale dans le cortex préfrontal gauche, ce qui n'était pas le cas pour les enfants qui ne pouvaient réussir la tâche (Liu *et al.*, 2009).

Les compétences sociales et le développement du langage contribuent également à la compréhension des pensées et des émotions.

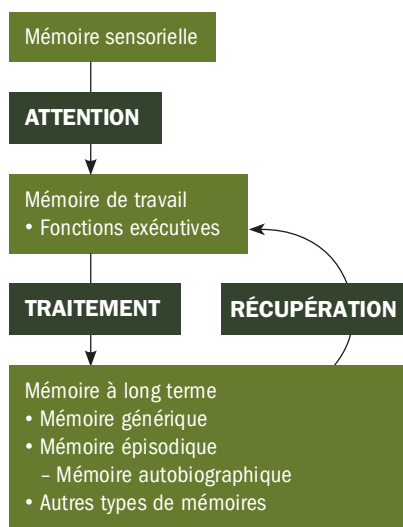
Les enfants ont tendance à développer de meilleures habiletés liées aux théories de l'esprit lorsque leur mère leur parle de l'attitude mentale des autres (Jenkins *et al.*, 2003). En outre, les enfants bilingues, comme nous le verrons plus loin, sont aussi avantagés sur ce plan (Goetz, 2003).

Enfin, les familles qui encouragent le jeu du faire semblant stimulent le développement des habiletés liées aux théories de l'esprit. En effet, quand les enfants jouent entre eux à faire semblant, ils sont obligés de tenir compte de leurs mondes imaginaires respectifs. De plus, lorsqu'ils se mettent à jouer des rôles, ils doivent alors adopter une perspective autre. Enfin, lors des séances de lecture dirigée, on peut aider l'enfant à développer sa compréhension sociale en parlant avec lui des sentiments vécus par les personnages d'une histoire (Lillard et Curenton, 1999).

## 5.2.3 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire

Durant la petite enfance, la capacité d'attention des enfants s'améliore, de même que la vitesse et l'efficacité avec laquelle ils traitent l'information. Ils commencent aussi à former des souvenirs à long terme. Malgré tout, leur mémoire n'est pas aussi efficace que celle des enfants plus âgés, parce que les jeunes enfants ont tendance à se concentrer sur les détails d'un événement, qui sont facilement oubliés, tandis que les enfants plus âgés et les adultes se concentrent généralement sur l'essentiel de ce qui se produit. Par ailleurs, les jeunes enfants, à cause de leurs connaissances réduites sur le monde, ne prêtent pas nécessairement attention à des aspects importants d'une situation, comme le lieu et le moment où elle s'est produite, ce qui pourrait les aider à mieux se souvenir.

**FIGURE 5.2** Les paliers de la mémoire



### Mémoire sensorielle

Stockage initial, bref et temporaire des informations sensorielles.

### Le fonctionnement de la mémoire

Comme le montre la figure 5.2, les modèles du traitement de l'information représentent le cerveau comme le réservoir de stockage de trois types de mémoire : la mémoire sensorielle, la mémoire de travail et la mémoire à long terme.

La **mémoire sensorielle** est un réservoir temporaire pour toutes les informations sensorielles qui arrivent : si on ne leur prête pas attention, elles s'estompent très rapidement. Ce type de mémoire change peu à partir de l'enfance.

Les informations qui sont traitées ou qui sont récupérées se trouvent, elles, dans la mémoire de travail. C'est le réservoir à court terme des informations avec lesquelles la personne travaille activement : ce à quoi elle pense, ce dont elle se souvient ou ce qu'elle tente de comprendre. Ses capacités de stockage sont limitées à plus ou moins sept éléments.

La croissance de la mémoire de travail permet le développement des **fonctions exécutives**, c'est-à-dire la planification et la réalisation d'activités mentales orientées vers un objectif précis. Selon le modèle de Baddeley (1996, 1998), un **système exécutif central** contrôle en effet les processus de traitement de la mémoire de travail. C'est ce système qui permet de transférer l'information encodée dans la **mémoire à long terme**, un dernier réservoir qui jouit d'une capacité illimitée, qui conserve l'information pour de longues périodes et qui permet aussi de la récupérer.

La capacité d'attention est primordiale dans le développement du système exécutif central. À mesure que les enfants se développent, leur habileté à diriger leur attention vers des stimuli précis en ignorant les informations non pertinentes et à modifier leur attention lorsque c'est nécessaire augmente considérablement. Il y a des liens entre la mémoire de travail et la fonction exécutive parce que la rétention du matériel dans la mémoire de travail est contrôlée par l'attention qu'on lui prête. Si l'attention se déplace, le matériel est perdu.

La fonction exécutive implique aussi la capacité de se retenir, comme attendre son tour pour une activité excitante. Pour atteindre un but souhaité, l'enfant doit souvent faire preuve de patience et contrôler ses impulsions ; avec l'âge, ce contrôle augmente de plus en plus. Enfin, pour passer d'une tâche à l'autre, l'enfant doit être capable de modifier volontairement son attention : c'est une habileté essentielle – et la plus difficile – qui sous-tend la fonction exécutive (Garon, Bryson et Smith, 2008).

### La formation des souvenirs d'enfance

En général, les jeunes enfants se souviennent seulement des événements qui ont produit chez eux une forte impression, la plupart de ces souvenirs ne semblant pas durer très longtemps. Un chercheur a néanmoins distingué trois types de mémoire à long terme particuliers à l'enfance et qui fonctionnent différemment : la mémoire générique, la mémoire épisodique et la mémoire autobiographique.

La **mémoire générique**, qui débute autour de l'âge de deux ans, produit des scénarios ou des lignes générales d'événements familiers qui se sont répétés, mais sans détails concernant le temps ou le lieu. Chaque scénario contient des routines pour les situations qui reviennent souvent : il permet à l'enfant de savoir à quoi s'attendre et comment se comporter. Les éducatrices en garderie comptent beaucoup sur la mémoire générique pour établir des routines pour les différents moments de la journée, comme la routine du dîner, qui comprend le lavage de mains, une chanson en attendant d'être servi, le rangement de son assiette après avoir mangé, le brossage des dents et la toilette.

La **mémoire épisodique** réfère à la conscience d'avoir vécu une expérience particulière dans un lieu et dans un temps déterminés. Les jeunes enfants se souviennent mieux des événements qui sont nouveaux pour eux. Ainsi, Tristan et ses amis pourront se rappeler assez longtemps leur visite au zoo, tandis que les souvenirs génériques de situations fréquentes (par exemple, une sortie au parc) seront plutôt flous. Étant donné la capacité limitée de la mémoire chez les jeunes enfants, ces souvenirs épisodiques sont temporaires, à moins qu'ils ne se répètent souvent. Ils sont conservés pendant quelques semaines ou quelques mois, puis ils s'estompent.

L'**amnésie infantile** réfère à l'incapacité, pour l'adulte, de se souvenir d'événements qui se sont produits avant l'âge de deux à quatre ans (Robinson-Riegler, 2012). L'âge des premiers souvenirs varie selon la méthode utilisée pour le rappel et selon l'âge de la personne. Ainsi, les enfants peuvent se souvenir de plus d'événements s'étant produits à un jeune âge que les adultes. Vers l'âge de deux ans, des enfants peuvent se rappeler des faits qui se sont produits il y a plusieurs semaines, même s'ils n'ont pas le vocabulaire pour décrire ces faits. Toutefois, l'acquisition du langage est essentielle pour que les souvenirs persistent. Des chercheurs ont trouvé que l'apparition du vocabulaire relatif à certains événements précédait de quelques mois les souvenirs de ces événements. Ils en concluent qu'il faut pouvoir transformer une connaissance conceptuelle (un événement vécu) en mots, qui serviront d'indices de rappel, pour que les souvenirs épisodiques

#### Fonctions exécutives

Planification et réalisation d'activités mentales orientées vers un objectif précis.

#### Système exécutif central

Selon Baddeley, élément de la mémoire de travail qui contrôle l'attention et le traitement de l'information dans la mémoire de travail.

#### Mémoire à long terme

Stockage pratiquement permanent des informations qui sont conservées en mémoire.

#### Mémoire générique

Mémoire qui produit des scénarios de routines familières servant à orienter le comportement.

#### Mémoire épisodique

Mémoire qui réfère à la conscience d'avoir vécu une expérience particulière dans un lieu et un temps déterminé.



#### Amnésie infantile

Incapacité, pour des adultes, de retracer des souvenirs de la mémoire épisodique qui se sont produits dans les premières années de la vie.

perdurent (Morrison et Conway, 2010). Les recherches démontrent que les enfants peuvent avoir des souvenirs d'événements qui se sont produits lorsqu'ils avaient autour d'un an, mais ces souvenirs s'estompent lorsqu'ils grandissent et finissent par disparaître puisqu'ils ne sont pas encodés verbalement (Tustin et Hayne, 2010).

Comme les souvenirs des premières années tendent à disparaître, la mémoire épisodique liée à ces âges est perméable aux suggestions et aux faux souvenirs. Ainsi, la fiabilité de la mémoire épisodique chez les enfants est devenue une préoccupation

## ENCADRÉ 5.2 APPROFONDISSEMENT

### Les témoignages des enfants sont-ils fiables ?

Les sévices et les abus sexuels dont sont victimes les jeunes enfants soulèvent généralement l'indignation du public, qui désire que les prédateurs soient mis hors d'état de nuire. Or, dans la plupart des cas, les sévices sexuels ne peuvent être prouvés que par le témoignage de l'enfant. Par conséquent, si ce témoignage est erroné, un adulte innocent peut être condamné. *A contrario*, si l'on ne tient pas compte du témoignage de l'enfant, un adulte dangereux peut demeurer en liberté.

Compte tenu du niveau de leur développement cognitif, il est possible que les jeunes enfants ne sachent pas toujours s'ils ont vraiment vécu une expérience, s'ils l'ont imaginée ou s'ils en ont seulement entendu parler. Ainsi, des enfants de trois à six ans qui participaient à une recherche se sont « souvenus » d'événements qui ne s'étaient jamais produits. Dans cette expérience, un homme appelé Sam Stone visitait pendant quelques minutes une garderie. Le visiteur se promenait dans la pièce, émettait un commentaire sur l'histoire que les enfants étaient en train de lire, leur disait au revoir de la main puis s'en allait. Cependant, avant la visite, on avait décrit Sam Stone à certains enfants comme étant un gentil bouffon ayant déjà déchiré un livre et sali un ours en peluche. Or, après quatre entrevues réalisées à raison d'une par semaine, près de la moitié des enfants de trois à quatre ans et 30 % des enfants de cinq à six ans à qui l'on avait parlé du bouffon Sam Stone et de ses faux agissements disaient spontanément à un nouvel intervieweur que Sam Stone avait déchiré un livre et sali un ourson lors de sa visite. De plus, dès qu'on leur posait des questions plus précises, près de 75 % des enfants disaient alors que le visiteur avait fait l'un ou l'autre. Par contre, aucun des enfants du groupe contrôle (soit le groupe d'enfants à qui l'on n'avait donné aucune information erronée au préalable) n'a rapporté de fausse information (Leichtman et Ceci, 1995). Cette expérience prouve donc que le témoignage des enfants peut être exact s'il est mené de manière neutre.

Les jeunes enfants sont plus influençables que les enfants plus âgés. Cette différence pourrait s'expliquer par leur faible capacité de mémoriser des événements particuliers, par leur grande vulnérabilité aux suggestions, menaces et attentes des adultes et par leur désir d'être approuvés par eux. Par ailleurs, les jeunes enfants peuvent se tromper dans le rappel de certains détails précis concernant un événement qui se produit fréquemment. Ils ont effectivement tendance à confondre ce qui est arrivé au cours d'un épisode particulier avec ce qui s'est produit au cours d'un épisode semblable. Ainsi, un enfant

peut avoir de la difficulté à répondre à des questions à propos d'un aspect particulier de l'abus, même s'il se rappelle le « modèle » général de l'abus.

Des chercheurs de l'Université de Montréal ont récemment testé une version française d'un protocole du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), un outil utilisé dans

différents pays, qui permet de recueillir les témoignages d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Ce protocole est divisé en cinq parties (Lamb et al., 2007) :

1. Phase d'introduction : Après s'être présenté, l'intervieweur précise à l'enfant ce qu'on attend de lui et lui rappelle qu'il peut toujours dire qu'il ne sait pas, ne se souvient pas, ne comprend pas, et qu'il peut aussi corriger ce que dit l'intervieweur.
2. Phase de contact : On s'assure que le climat est détendu et positif et on demande à l'enfant de parler d'un événement neutre en donnant quelques détails.
3. Phase de transition : On utilise des incitations, non suggestives, pour amener l'enfant à parler de l'agression.
4. Phase de rappel libre : Quand l'enfant fait une allusion à l'agression, on commence à poser des questions ouvertes « Que s'est-il passé ensuite ? », « Tu m'as parlé de... Dis-moi tout ce que tu sais à ce sujet. »
5. Phase de questionnement directif : C'est seulement à cette étape qu'on peut poser des questions directives portant sur ce que l'enfant a dit « Quand cela s'est-il passé ? Quelle était la couleur de... ? » On limite les questions qui demandent une réponse par oui ou non. Il est déconseillé d'utiliser des phrases suggestives portant sur une information qu'on croit véridique, mais dont l'enfant n'a jamais parlé.

Les entretiens ont été menés par des policiers et des travailleurs sociaux québécois auprès de 83 enfants âgés de 3 à 13 ans. Les résultats démontrent que peu importe l'âge, les détails sont plus nombreux et plus précis à l'aide de ce protocole (Cyr et Lamb, 2009).

Dans les cas de témoignages d'enfants, il est important de respecter un protocole. D'une part, le protocole permet d'éviter que la personne qui mène l'interrogatoire n'oriente les réponses de l'enfant dans le sens qu'elle désire afin d'obtenir rapidement des résultats, et d'autre part, il diminue les risques qu'un enfant ne donne des réponses qu'il croit être attendues d'une personne à qui il fait confiance.



importante pour les poursuites judiciaires dans les cas de sévices sexuels, comme on peut le voir dans l'encadré 5.2.

La **mémoire autobiographique** est une forme de mémoire épisodique; elle réfère aux souvenirs qui forment l'histoire de la vie d'une personne. Néanmoins, tous les souvenirs épisodiques n'en font pas partie, mais seulement ceux qui présentent une signification personnelle et spéciale pour l'enfant. La mémoire autobiographique apparaît généralement entre trois et quatre ans (Nelson, 2005).

Pour expliquer cette apparition relativement tardive de la mémoire autobiographique, certains avancent l'idée que l'enfant ne peut mettre en mémoire des événements qui concernent sa propre vie tant qu'il n'a pas développé le concept de soi. Par ailleurs, la rétention des souvenirs autobiographiques est certainement liée au développement du langage: tant que l'enfant est incapable de transposer ses souvenirs en mots, il ne peut les maintenir dans ses pensées, y réfléchir et les comparer aux souvenirs des autres (Nelson, 2005).

### Les interactions sociales et la mémoire

Pourquoi certains souvenirs durent-ils plus longtemps que d'autres? La rareté d'un événement et sa charge émotionnelle sont deux premiers facteurs, ainsi que la participation active de l'enfant; les jeunes enfants se souviennent mieux des choses qu'ils ont faites que des choses qu'ils ont vues. Mais le facteur le plus important est la façon dont les parents parlent de cet événement avec lui.

Ainsi, une étude impliquant des enfants de trois à cinq ans qui avaient participé à une sortie au zoo a montré qu'une conversation détaillée avec l'enfant quelques jours après cette sortie avait eu une plus grande influence sur sa mémorisation de l'événement que la même conversation qui s'était tenue avant ou pendant l'événement. En effet, un tel échange peut aider l'enfant à encoder l'information sur cette expérience récente en lui fournissant à la fois des étiquettes verbales pour les différents aspects de l'événement ainsi qu'une structure ordonnée et compréhensible. La conversation détaillée permet aussi d'établir des « frontières » autour des représentations mentales de l'événement et de prévenir ainsi l'intrusion d'informations erronées ou non pertinentes (McGuigan et Salmon, 2004).

En s'inspirant de la théorie socioculturelle de Vygotsky, des chercheurs ont proposé un modèle d'interactions sociales où les enfants construisent conjointement avec leurs parents ou d'autres adultes leurs souvenirs autobiographiques en parlant des événements qu'ils ont vécus. Les adultes amorcent et guident ces conversations, montrant ainsi aux enfants comment les souvenirs sont organisés dans une forme narrative propre à leur culture. Ainsi, lorsque les parents posent à leur enfant de deux ou trois ans des questions portant sur le contexte de l'événement (« Quand as-tu trouvé la chenille? Où l'as-tu trouvée? Qui était avec toi? »), celui-ci apprend vite à inclure ces informations. De même, quand les parents émettent des commentaires sur les émotions relatives à l'événement (« Tu voulais aller sur cette balançoire. » ou encore « La petite fille était triste. »), les enfants de cinq ans et demi sont ensuite plus susceptibles d'inclure de telles précisions dans leurs souvenirs (Fivush et Haden, 2006).

### 5.2.4 L'influence des parents et du milieu sur le développement cognitif

Le développement cognitif d'un enfant est influencé par de nombreux facteurs tels que son tempérament, le degré de correspondance entre son mode cognitif et les situations dans lesquelles il se trouve, sa maturité sociale et affective, son milieu socioéconomique et ses origines ethniques. Toutefois, l'une des plus grandes influences provient des parents et de leur façon de stimuler leur enfant.

#### Mémoire autobiographique

Mémoire qui réfère aux événements vécus par une personne.



#### La mémoire autobiographique

Tu te souviens quand nous sommes allés à la Fête de Neiges? Les jeunes enfants se rappellent plus facilement un événement unique.



Comment l'éducatrice de la mise en situation pourrait-elle aider les enfants à se souvenir de tout ce qu'ils ont appris lors de la visite au zoo?



#### La zone proximale de développement

Les parents peuvent diriger l'apprentissage d'un enfant en l'amenant au point où il peut réussir une tâche avec juste un peu d'aide, de façon à lui faire franchir cette zone appelée par Vygotsky *zone proximale de développement*.

### L'attitude des parents

Les parents d'enfants brillants sont souvent des parents sensibles, chaleureux et aimants. Ils se montrent généralement très ouverts en regard du comportement de leurs enfants, en leur laissant la liberté d'explorer et de s'exprimer. Pour modifier certains aspects de ce comportement, ils font aussi appel au raisonnement ou aux sentiments plutôt qu'à des règles strictes. Ils utilisent enfin un langage et des techniques qui encouragent l'autonomie et la créativité des enfants et recourent à la lecture, à l'enseignement et au jeu pour favoriser leur développement. Les enfants réagissent alors à cette attention en faisant preuve de plus de curiosité, de créativité et d'intérêt.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 avec l'approche socioculturelle de Vygotsky, il est important que les parents identifient la zone proximale de développement et guident l'enfant en l'amenant à prendre conscience de ses propres processus cognitifs et de ce qu'il est capable de faire seul, et à reconnaître le moment où il a besoin d'aide. En agissant ainsi, les parents incitent leur enfant à devenir responsable de son apprentissage. Les enfants d'âge préscolaire qui reçoivent ce genre de soutien sont ensuite plus en mesure d'ajuster leurs techniques d'apprentissage lorsqu'ils entrent à l'école (Neitzel et Stright, 2003).

### Les ressources du milieu

Comme nous l'avons vu avec le modèle bioécologique de Bronfenbrenner, les parents ne représentent cependant qu'un seul des facteurs qui influent sur le développement de l'enfant. En effet, la famille fait partie d'un environnement plus large qui comporte d'autres ressources pouvant elles aussi participer au sain développement de l'enfant. Ainsi, les enfants qui vivent dans un quartier possédant de nombreuses ressources communautaires (parcs, aires de loisirs, organismes sportifs et culturels, bibliothèques, etc.) obtiennent de meilleurs résultats aux tests de développement physique, affectif, social et intellectuel que les enfants vivant dans un quartier qui offre moins de ressources civiques (Conseil canadien de développement social, 2002). De plus, le microsystème d'une majorité d'enfants s'élargit puisqu'ils passent aujourd'hui plus de temps qu'auparavant en dehors du milieu familial, alors qu'ils sont pris en charge par diverses formes de services de garde. Nous y reviendrons un peu plus loin.



#### FAITES LE POINT

6. Quels sont les progrès réalisés par l'enfant qui est parvenu au stade préopérateur ?
7. Piaget a utilisé une expérience classique pour évaluer la notion de conservation chez les enfants. Décrivez cette expérience et expliquez les réponses typiques d'un enfant du stade préopérateur.
8. Quels sont les principaux facteurs qui font qu'un enfant se rappellera davantage un événement particulier plutôt qu'un autre ?

## 5.3 La maîtrise du langage

Nous avons vu dans le chapitre 3 comment se développait le langage, en passant du babillage aux premières phrases. Nous allons voir maintenant de quelle façon l'enfant parvient de mieux en mieux à maîtriser cette habileté qui lui permet de communiquer avec les autres.

### 5.3.1 L'augmentation du vocabulaire et les progrès en syntaxe

À trois ans, un enfant moyen peut utiliser près de 1000 mots, alors qu'à six ans, son vocabulaire expressif compte environ 2600 mots et qu'il en comprend plus de 20 000.



Avec la scolarisation, le vocabulaire réceptif passera à environ 80 000 à la fin du primaire (Owens, 1996).

Comment les enfants étendent-ils leur vocabulaire aussi rapidement ? Apparemment, cela est rendu possible grâce à la **catégorisation rapide**, un processus leur permettant d'intégrer le sens d'un nouveau mot après l'avoir entendu seulement une ou deux fois dans une conversation. Selon le contexte, les enfants semblent se faire une hypothèse rapide sur le sens du mot, qu'ils stockent alors dans leur mémoire.

Il semble que les mots désignant des objets (les noms communs) soient plus faciles et rapides à catégoriser que ceux qui désignent des actions (les verbes), ces derniers étant moins concrets (Golinkoff et *al.*, 1996). Les linguistes ne savent pas exactement comment fonctionne cette catégorisation rapide, mais il semblerait que les enfants se basent sur ce qu'ils connaissent des règles de formation des mots, des mots similaires, du contexte immédiat et du sujet abordé dans la discussion. Prenons l'exemple de Louis, à qui on raconte une histoire. On lui dit : « Le petit garçon a perdu ses chaussettes et il se promène pieds nus. » Louis ne connaît pas encore le mot « chaussette », mais il connaît le mot « chaussures ». La catégorisation rapide lui permet de reconnaître que le mot « chaussette » ressemble à « chaussure », qu'il existe probablement un lien avec les pieds, que c'est sans doute quelque chose qui les recouvre. Louis pourra même utiliser ce nouveau mot lorsque viendra le temps de se déshabiller. Ce processus de catégorisation rapide se fait souvent sans que les parents en soient conscients. Ils notent des progrès fulgurants, mais ils ne savent pas toujours si le mot nouveau est utilisé ou non pour la première fois par leur enfant. Ils ne le remarquent souvent que lorsque leur enfant fait des erreurs de surgénéralisation, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3.

Par ailleurs, l'augmentation rapide du vocabulaire vient du fait qu'un enfant de deux à trois ans commence à comprendre qu'un même objet peut faire partie de plusieurs catégories. Cette flexibilité dans l'utilisation des mots lui permet d'étiqueter son environnement ainsi que les situations qu'il vit. À cet âge, le défi consiste donc à comprendre qu'un objet peut appartenir à différentes catégories conceptuelles et que, parmi celles-ci, il existe différents niveaux hiérarchiques : Garfield est un chat, un chat est un animal, et un animal peut aussi être un chien ou un poisson. Cette capacité de comprendre l'inclusion des classes pourrait être liée à l'apprentissage simultané de plus d'une langue, comme le montre l'encadré 5.3 (*voir la page suivante*), qui porte sur les avantages du bilinguisme.

Les façons de combiner les syllabes en mots et les mots en phrases deviennent elles aussi plus raffinées. Vers l'âge de trois ans, les enfants commencent généralement à utiliser le pluriel, le possessif et la conjugaison au passé ; ils connaissent aussi la différence entre les pronoms « je », « tu » et « nous » ; ils utilisent des adjectifs et des prépositions, mais ils oublient souvent les déterminants, comme « un », « le » et « la ». Leurs phrases sont habituellement courtes et simples, environ quatre ou cinq mots, et elles peuvent prendre la forme affirmative (« Je veux du jus. »), interrogative (« Pourquoi tu fais ça ? ») ou impérative (« Donne-moi le ballon ! »). Autour de quatre ou cinq ans, ils sont en mesure d'utiliser des phrases plus complexes comprenant des propositions subordonnées (« Il est parti se coucher parce qu'il était fatigué. ») si leurs parents utilisent eux-mêmes souvent de telles phrases (Huttenlocher *et al.*, 2002).

Toutefois, la compréhension reste parfois immature. Par exemple, un enfant de quatre ans peut comprendre une directive qui comporte deux étapes (« Ramasse tes jouets et vient t'asseoir »), mais si on lui dit : « Tu peux regarder la télévision après avoir ramassé tes jouets », il peut traiter les mots dans l'ordre où il les a entendus et penser qu'il peut regarder la télévision et ensuite ramasser ses jouets.

Les pairs ont aussi une influence sur le développement du langage. Si un enfant est en contact avec des pairs qui ont de grandes habiletés langagières, il en résulte un effet positif minime, mais significatif sur son propre langage (Mashburn *et al.*, 2009).

### Catégorisation rapide

Processus de traitement de l'information qui consiste à poser rapidement une hypothèse. Par extension, processus selon lequel un enfant absorbe le sens d'un nouveau mot après l'avoir entendu seulement une ou deux fois.

## ENCADRÉ 5.3 APPROFONDISSEMENT

**Deux langues valent mieux qu'une !**

Au Québec, un nombre croissant d'enfants grandissent dans un environnement où l'on parle plus d'une langue. On estime que plus de la moitié de la population mondiale est bilingue (Grosjean, 2010).

Le bilinguisme précoce s'acquiert de deux façons. On parle de « bilinguisme simultané » si l'enfant grandit dans un milieu bilingue, dans un contexte où deux ou plusieurs langues sont utilisées simultanément lorsqu'il apprend à parler. On parle de « bilinguisme consécutif » lorsque l'enfant acquiert d'abord une première langue avant de baigner dans un milieu qui utilise une langue différente, par exemple au service de garde ou à l'école. Dans cet autre cas, à partir du moment où l'enfant prend conscience que les autres utilisent un langage différent, il franchit généralement quatre étapes.

1. Il tente dans un premier temps d'utiliser la langue qu'il connaît pour se faire comprendre.
2. Quand il voit que cela ne fonctionne pas, il reste alors muet. Même s'il donne l'impression d'être passif, il apprend toutefois activement en se laissant imprégner par l'autre langue.
3. Il utilise ensuite un langage télégraphique, semblable à celui du jeune enfant.
4. Enfin, il est en mesure à la dernière étape de faire des phrases complètes et de mieux en mieux structurées (Abdelilah-Bauer, 2006).

Le fait d'être exposé à plus d'une langue est-il bénéfique pour un enfant ? Existe-t-il un danger de surcharge cognitive ? Les recherches démontrent que l'apprentissage de deux langues ou plus peut se faire tout à fait naturellement, sans que cela limite les autres apprentissages. Au contraire ! Le dispositif d'acquisition du langage, qui est présent chez les jeunes enfants, utilise la plasticité du cerveau pour développer les connexions nécessaires à travers plusieurs circuits. Chez les enfants plus âgés et les adultes, ce dispositif s'estompe et l'apprentissage d'une autre langue se fait alors au moyen des structures cognitives du cerveau qui servent à la résolution de problème (Abdelilah-Bauer, 2006).

Sur le plan cognitif, les enfants bilingues sont capables d'utiliser deux catégories de symboles ; ils savent donc qu'un objet ou une idée peuvent être représentés linguistiquement de plus d'une manière. Ils deviennent ainsi conscients du fait que le langage est quelque chose de relatif, qu'il est un système de communication accepté par une communauté donnée. La nécessité d'accorder leur langage avec celui de leur interlocuteur peut les aider à voir que des personnes différentes peuvent avoir des perspectives différentes. Cela expliquerait pourquoi les enfants bilingues réussissent mieux dans certaines tâches portant sur les théories de l'esprit ; ils sont en effet plus aptes à se concentrer sur ce qui est vrai et réel plutôt que sur les apparences (Goetz, 2003). Les études ont aussi montré que les enfants bilingues étaient avantagés sur le plan de la flexibilité mentale et de la résolution de problèmes non verbaux (Nicoladis, Charbonnier et Popescu, 2006).

Selon une recherche transversale menée par Barac et Bialystok (2012), le bilinguisme favorise le développement des fonctions exécutives de

contrôle qui sont au cœur de la pensée intelligente. Ces fonctions permettent à l'enfant de centrer son attention sur les aspects propres au problème et d'inhiber son attention envers des aspects inutiles. Voici les éléments principaux de cette recherche :

**Sujets :** 104 enfants de 6 ans de la région de Toronto, répartis en 4 groupes : unilingues anglais, bilingues anglais-français, bilingues anglais-espagnol, bilingues anglais-chinois.

Tous les enfants fréquentaient une école publique et vivaient dans un environnement économique et social semblable.

**Tâche :** Regarder une série d'images présentées sur ordinateur et presser une touche de clavier. Première tâche : Doit choisir entre deux catégories.

Deuxième tâche : Doit changer de bouton pour une nouvelle catégorie.



Cette tâche implique trois processus mentaux : 1) la capacité de garder une règle en mémoire (mémoire de travail) ; 2) l'inhibition (la capacité de se retenir de transgresser une règle) et 3) le transfert (la capacité de faire un changement et d'utiliser une autre règle). Ces trois processus relèvent de la fonction exécutive.

Les chercheurs mesuraient la justesse des réponses et la rapidité à répondre.

**Résultats :** Les quatre groupes ont obtenu des résultats similaires pour la justesse des réponses.

Les trois groupes bilingues ont été plus rapides que les enfants unilingues lorsqu'ils devaient changer de tâche ou de catégorie.

**Conclusion :** Les enfants qui grandissent en parlant deux langues sont meilleurs dans les changements de tâches que les enfants unilingues. Par extension, les enfants bilingues sont avantagés sur le plan de la fonction exécutive.

Par ailleurs, sur le plan des habiletés langagières, les jeunes enfants bilingues ont en général un vocabulaire moins étendu dans chacune des langues utilisées, comparativement aux enfants qui n'utilisent qu'une seule langue. On peut donc parfois avoir l'impression que l'enfant présente un certain retard, mais si l'on combine les acquisitions des deux langues, on s'aperçoit alors que le développement se fait au même rythme que chez un enfant monolingue, les mêmes étapes étant franchies au même moment.

Si les deux langues partagent un même système écrit, les enfants bilingues progresseront plus rapidement pour apprendre à lire, alors que si les systèmes d'écriture diffèrent (par exemple, le français et le chinois), les enfants bilingues n'auront ni avantage ni désavantage par rapport aux monolingues (Bialystok, Luk et Kwan, 2005).

Enfin, pourquoi un enfant apprend-il aussi facilement une autre langue que sa langue maternelle ? Tout simplement parce qu'il en a besoin pour communiquer, pour se faire comprendre d'un membre de sa famille ou des amis de la garderie ou de l'école. Si le parent comprend facilement la langue maternelle de l'enfant, si la garderie ou le milieu social n'utilise pas une autre langue, si l'entourage ne valorise pas cette deuxième langue, alors le besoin n'est plus là et l'apprentissage ne se fera pas, du moins, pas en bas âge.

### 5.3.2 Le langage social

À mesure que l'enfant maîtrise les mots et qu'il intègre la syntaxe, il devient plus habile dans la connaissance pragmatique des règles qui régissent l'utilisation du langage pour la communication. Il sait comment demander quelque chose, comment raconter une histoire, comment commencer ou poursuivre une conversation et comment ajuster son propos en fonction de la personne à qui il s'adresse. Ce sont là les diverses habiletés du **langage social** : un langage par lequel on cherche à être compris par un interlocuteur.

Avec le langage social, l'enfant veut et peut établir des liens avec autrui. Si on ne le comprend pas, il essaiera alors de s'exprimer de façon plus claire. Les enfants de quatre ans, surtout les filles, simplifient leur langage et utilisent un registre plus aigu quand ils parlent à des enfants de deux ans. La plupart des enfants de cinq ans savent recourir à des mots pour régler des disputes et ils peuvent utiliser un langage plus poli avec les adultes qu'avec les enfants (Owen, 1996). Environ la moitié des enfants de cinq ans peuvent faire une douzaine d'échanges sur un même sujet de conversation, s'ils connaissent bien le sujet et s'ils sont à l'aise avec leur interlocuteur.

### 5.3.3 Le soliloque

Il arrive que les enfants parlent sans chercher à communiquer avec qui que ce soit ; ils s'adonnent alors à une forme de discours appelé **soliloque**. Le soliloque est à la fois normal et courant chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Ainsi, entre 20 % et 50 % des paroles prononcées par les enfants de trois à cinq ans sont des énoncés personnels qui vont de la répétition rythmique et ludique (semblable au babillage des bébés) aux pensées exprimées à haute voix, en passant par le marmonnement indistinct (Berk, 1992).

Piaget considère le soliloque comme un manque de maturité sur le plan cognitif. À cause de son égocentrisme, l'enfant serait incapable d'ajuster son discours en fonction d'une autre personne. Il ne ferait donc que verbaliser ce qui se trouve dans ses pensées. En revanche, Vygotsky considère le soliloque comme une variante de la communication, soit comme une communication avec soi-même. Pour lui, le soliloque permettrait de faire la transition entre le début du langage social (souvent vécu sous la forme d'ordres provenant d'un adulte) et le discours intérieur (qui permet de penser avec des mots). Il marquerait donc une transition vers l'autorégulation du comportement. (« Maintenant, je dois déposer mon pinceau pour ne pas me salir. ») Vygotsky estime ainsi que l'enfant utilise de plus en plus le soliloque pour guider et maîtriser ses actions. Cela expliquerait pourquoi les soliloques augmentent de trois à cinq ans, puis s'estompent ensuite au fur et à mesure que l'enfant établit ce contrôle interne par la pensée silencieuse. Cette forme de langage tend d'ailleurs à augmenter lorsque l'enfant essaie de résoudre un problème ou qu'il doit exécuter une tâche difficile sans la supervision d'un adulte (Berk, 1992).

### 5.3.4 Les retards de langage

Le fait de savoir qu'Albert Einstein n'a pas commencé à parler avant l'âge de deux ou trois ans (Isaacson, 2007) peut rassurer les parents d'enfants dont le langage accuse un retard. Les scientifiques ne savent pas vraiment pourquoi certains enfants parlent tardivement alors qu'ils ne manquent pas nécessairement de stimulation linguistique à la maison. Des problèmes auditifs ou des malformations de la tête ou du visage peuvent être associés aux retards de langage, tout comme une naissance prématurée, des facteurs socioéconomiques et autres retards développementaux. L'hérédité semble également jouer un rôle. Par ailleurs, les garçons sont plus susceptibles de parler tardivement que les filles (U.S. Preventive Services Task Force, 2006).



#### Le langage social

S'il était possible d'entendre ce que disent ces deux enfants, on se rendrait compte qu'ils sont capables d'ajuster leur langage en fonction de leur interlocuteur.

#### Langage social

Langage destiné à un interlocuteur.

#### Soliloque

Action de penser à haute voix sans intention de communiquer ; courant chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire.



### Les habiletés préparatoires à la lecture

Cet enfant réalisera rapidement qu'en français, on lit de gauche à droite et de haut en bas. Il se prépare à apprendre à lire.

Plusieurs enfants qui ont un retard de langage – surtout ceux dont la compréhension est normale – vont éventuellement se rattraper. Une des plus larges études entreprises jusqu'à maintenant a déterminé que 80 % des enfants accusant un retard de langage à deux ans rattrapent leurs pairs à sept ans (Rice, Taylor et Zubrick, 2008). Toutefois, des retards de langage chez certains jeunes enfants, s'ils ne sont pas traités, peuvent avoir des conséquences négatives à long terme sur les plans cognitif, social et émotionnel.

### 5.3.5 Les habiletés préparatoires à la lecture

Les habiletés préparatoires à la lecture se divisent en deux catégories : 1) les habiletés langagières, comme le vocabulaire, la syntaxe, la structure narrative et la compréhension du fait que le langage sert à communiquer ; 2) des habiletés spécifiques en phonétique (relier les lettres à des sons) qui vont aider à décoder les mots écrits.

Dans une étude longitudinale de deux ans portant sur 90 enfants britanniques qui sont entrés à l'école un peu avant l'âge de cinq ans, le développement de la reconnaissance des mots est apparu comme dépendant des habiletés phonétiques (connaissance des lettres et conscience phonétique). D'autre part, les habiletés générales en linguistique telles que le vocabulaire et la syntaxe se sont révélées les meilleurs prédicteurs de la compréhension en lecture (Muter *et al.*, 2004).

À mesure que les enfants développent les habiletés nécessaires pour traduire les mots écrits en paroles, ils apprennent aussi que l'écriture sert à exprimer des idées, des pensées et des sentiments. Il arrive souvent que les enfants prétendent écrire, tout en gribouillant ou en traçant des lignes de traits quelconques de gauche à droite. Un peu plus tard, ils commencent néanmoins à utiliser des numéros, des lettres ou des semblants de lettres pour représenter des mots ou des phrases. Les enfants à qui l'on a fait la lecture quand ils étaient jeunes ont appris qu'en français, on lit et on écrit de gauche à droite et de haut en bas, et que les mots sont séparés par des espaces. Ils sont généralement motivés à apprendre à lire (Whitehurst et Lonigan, 1998).



#### FAITES LE POINT

9. Expliquez comment la catégorisation rapide permet à l'enfant d'augmenter son vocabulaire.
10. Quelle distinction faites-vous entre le langage social et le soliloque ?
11. Un retard de langage à deux ans signifie-t-il que l'enfant aura aussi un retard dans son apprentissage de la lecture ? Précisez.

## 5.4 La place du jeu dans le développement

Lucas, trois ans, prétend que les céréales qui flottent dans son bol de lait sont des poissons qu'il pêche, une cuillerée après l'autre. Quand le déjeuner est fini, il s'empare d'une mallette et s'en va travailler. Il pédale sur son tricycle à travers les flaques d'eau, rentre pour donner un coup de fil imaginaire, déplace un morceau de bois comme un camion et fait « Vroum-vroum ». Dans la journée de Lucas, les jeux se succèdent sans qu'il ne se lasse.

Ce serait une erreur de dire que les activités de Lucas servent « juste à s'amuser ». Loin d'être un simple passe-temps, le jeu s'avère essentiel au développement global de l'enfant. Tous les enfants du monde jouent et n'ont pas besoin d'apprendre à jouer. En jouant, l'enfant stimule ses sens, gagne la maîtrise de son corps et acquiert de nouvelles habiletés tant physiques que cognitives. C'est par le jeu que l'enfant s'exprime,

qu'il apprivoise son milieu, qu'il expérimente, qu'il apprend et qu'il s'initie aux réalités sociales. Dans la plupart des programmes éducatifs, l'accent est mis sur l'importance du jeu dans la vie de l'enfant.

Les enfants d'âge préscolaire s'engagent dans différents types de jeux que les chercheurs classent selon leur but (ce que les enfants font quand ils jouent) et leur dimension sociale (si les enfants jouent seuls ou avec d'autres).

### 5.4.1 Les types de jeux

Selon Piaget, c'est le développement cognitif du petit enfant qui lui permet de s'adonner à des jeux de plus en plus complexes. De même, la pratique de jeux plus complexes contribue elle aussi au développement cognitif. Comme le montre le tableau 5.6, on peut identifier quatre catégories de jeux qui présentent des degrés de complexité croissants sur le plan cognitif (Smilansky, 1968).

La forme la plus simple de jeu, qui commence très tôt dans l'enfance, est le **jeu fonctionnel**. Ce type de jeu est constitué d'actions répétitives impliquant des mouvements musculaires tels que secouer des jouets bruyants, frapper sur des chevilles, faire rouler une balle, pousser un chariot, etc. À mesure que la motricité globale s'améliore, l'enfant devient capable de sauter, de lancer, de patiner et de viser avec de plus en plus d'adresse. Particulièrement présent au stade sensori-moteur, ce type de jeu n'est pas réservé qu'aux jeunes enfants ; les adultes qui font du ski, qui jouent au badminton ou qui effectuent des parcours dans les arbres s'adonnent à un jeu fonctionnel.

Le deuxième degré de complexité cognitive des jeux apparaît vers l'âge d'un an avec le **jeu constructif**, qui consiste à utiliser des objets pour construire ou créer autre chose (jeux de construction, jeux de bricolage, matériel pour le dessin, la peinture, etc.). On estime que les enfants passent de 10% à 15% de leur temps à jouer à ce type de jeux, qui deviennent de plus en plus élaborés vers cinq ou six ans (Bjorklund et Pellegrini, 2002).

Le troisième degré de complexité apparaît au cours de la deuxième année avec le **jeu symbolique**, que l'on nomme également **jeu dramatique** ou **jeu du faire semblant**. Comme nous l'avons vu précédemment, ce type de jeu repose sur la fonction symbolique, qui apparaît à la fin du stade sensorimoteur. Ce jeu atteint son apogée au stade préopératoire, entre deux et six ans, alors qu'il gagne en fréquence et en complexité (Bjorklund et Pellegrini, 2002). Qui n'a pas joué à la maman, au docteur, à la maîtresse d'école ou au pompier ? Comme le jeu constructif, il occupe une place importante dans les jeux observés chez les enfants en garderie ou en centre de la petite enfance.

#### Jeu fonctionnel

Jeu constitué d'actions répétitives avec ou sans objets (par exemple, faire rouler une balle ou tirer un jouet sur roues).

#### Jeu constructif

Jeu qui consiste à utiliser des objets pour construire ou créer autre chose.





#### Jeu symbolique, jeu dramatique ou jeu du faire semblant

Jeu dans lequel l'enfant invente une situation imaginaire comme faire semblant d'être quelque chose ou quelqu'un d'autre, en s'adonnant à des activités d'abord relativement simples puis de plus en plus complexes.



Pouvez-vous associer les jeux auxquels s'adonnent Tristan et ses amis de la garderie aux différents types de jeux présentés ici ?

**TABLEAU 5.6** Les catégories de jeux liés au développement cognitif

Jeu fonctionnel	Jeu constructif	Jeu symbolique	Jeu formel
			
Actions répétitives impliquant des mouvements musculaires	Utilisation d'objets pour construire ou créer autre chose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation de symboles, à travers des objets ou non</li> <li>• Aussi nommé « jeu dramatique » ou « jeu du faire semblant »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation de règles ou de procédures connues par tous les partenaires</li> <li>• Aussi nommé « jeu de règles »</li> </ul>



### Le jeu symbolique

Cet enfant imagine qu'il est docteur et fait semblant d'ausculter son ourson malade.

### Jeu formel ou jeu de règles

Jeu comportant des règles, une structure et un objectif tel que la victoire (marelle, billes, etc.).

### Jeu social

Jeu dans lequel les enfants interagissent les uns avec les autres.

Ce type de jeu remplit une fonction importante, non seulement dans le développement cognitif, mais aussi dans l'évolution de la personnalité globale de l'enfant. En jouant des rôles, l'enfant se familiarise avec une gamme d'émotions complexes qu'il doit apprendre à gérer; il commence alors à s'affirmer, à contrôler ses tendances agressives, à partager, etc. De même, en faisant semblant, le jeune enfant tente de comprendre le point de vue d'une autre personne; il développe ainsi sa capacité de résoudre des problèmes d'ordre social et devient plus créatif.

Nous pouvons aussi affirmer que le jeu symbolique est un moyen d'expression, une sorte de langage des émotions que l'enfant utilise pour exprimer ses besoins et ses préoccupations. En l'observant, on comprend ce qu'il ressent ou comment il vit une situation difficile. Par exemple, une petite fille qui parle à sa poupée en lui disant qu'elle ne doit pas avoir peur ou qui la gronde parce qu'elle refuse de s'habiller ne fait pas qu'imiter sa maman; elle exprime aussi sa peur ou sa culpabilité. Il arrive aussi qu'on se serve du jeu en thérapie, comme dans le cas d'enfants abusés sexuellement qui ne peuvent verbaliser ce qu'ils vivent, mais qui vont l'exprimer sous forme de jeu avec des poupées. Le jeu symbolique combine le comportement moteur, les cognitions, le langage et les émotions. Il contribue ainsi à renforcer le développement des connexions du cerveau et à consolider la future capacité de penser abstraitement. La tendance actuelle des services de garde à planifier des programmes structurés, de plus en plus orientés vers la scolarisation, risque de limiter le temps que les enfants consacrent au jeu symbolique (Ginsburg *et al.*, 2007). Quoi qu'il en soit, le jeu symbolique diminue de lui-même à mesure que l'enfant d'âge scolaire s'engage dans des jeux faisant partie du dernier degré de complexité.

Le quatrième et dernier degré de complexité comprend les **jeux formels** ou **jeux de règles** (marelle, ballon chasseur, serpents et échelles, jeu de loto). Ces jeux établissent des procédures qui doivent être connues de tous les partenaires. Ce n'est que vers la fin du stade préopératoire que l'enfant peut participer efficacement à ce type de jeux, puisque ceux-ci nécessitent généralement la mise en relation de plusieurs aspects d'une situation (compréhension des règles, des stratégies, du chacun son tour, etc.).

Tous les types de jeu contribuent donc au développement cognitif de l'enfant en lui permettant de développer ses habiletés langagières et sa capacité à résoudre des problèmes. À son insu, il assimile les concepts qui seront à la base de ses apprentissages scolaires ultérieurs. En effet, repérer les détails sur les pièces d'un casse-tête, faire semblant de lire un message ou encore trouver des différences entre deux images semblables sont autant d'activités qui le préparent à la littérature. Par ailleurs, l'enfant assimile des notions mathématiques lorsqu'il fait une tour de blocs « la plus haute », qu'il partage ses figurines avec ses amis ou qu'il classe ses cailloux selon leur grosseur.

## 5.4.2 L'aspect social du jeu

Le **jeu social** reflète à quel point l'enfant interagit avec d'autres enfants en jouant. Dans une étude classique, Mildred Parten (1932) a recensé six types de jeu social, qui vont du moins social au plus social (*voir le tableau 5.7*). Selon elle, plus les enfants grandissent, plus la dimension sociale et coopérative de leurs jeux se développe. Des recherches récentes arrivent toutefois à des conclusions quelque peu différentes et montrent qu'à tout âge, les enfants s'engagent dans chaque catégorie de jeu déterminée par Parten (Rubin, Bukowski et Parker, 1998).

L'enfant qui joue seul fait-il preuve d'une moins grande maturité que celui qui joue en groupe? Parten et d'autres observateurs affirment que le jeune enfant qui joue seul risque de développer des problèmes sur les plans psychologique et social et de connaître des troubles d'apprentissage. Cependant, d'autres travaux laissent croire au contraire que le jeu non social est souvent fait d'activités à la fois constructives et

**TABLEAU 5.7 Les jeux sociaux chez le petit enfant**

Type de jeu social	Description
Comportement oisif	L'enfant ne joue pas, mais il observe tout ce qui peut présenter un intérêt passager.
Comportement du spectateur	L'enfant passe le plus clair de son temps à regarder les autres jouer. Il parle souvent aux enfants qu'il observe, leur pose des questions ou fait des suggestions, mais il n'entre pas vraiment dans le jeu. Il s'intéresse plus particulièrement à certains groupes d'enfants plutôt qu'à quoi que ce soit d'autre.
Jeu solitaire indépendant	L'enfant joue à proximité des autres avec des jouets différents et ne fait aucun effort pour se rapprocher d'eux.
Activité parallèle	L'enfant joue parmi d'autres enfants de façon indépendante. Il utilise des jouets semblables, mais pas nécessairement de la même façon. Il joue à côté des autres plutôt qu'avec eux et n'essaie pas d'influencer leurs jeux.
Jeu associatif	L'enfant joue avec les autres. Ils parlent ensemble de leurs jeux, se prêtent des jouets, se suivent les uns les autres et cherchent à décider qui peut se joindre au groupe. Ils jouent tous de façon semblable, voire identique. Il n'y a pas de partage des tâches ni d'organisation en fonction d'un but commun : chaque enfant se comporte comme il l'entend et s'intéresse davantage aux autres enfants qu'à l'activité comme telle.
Jeu coopératif	L'enfant joue dans un groupe organisé en fonction d'un but, de règles formelles ou de la mise en scène d'une situation. Un ou deux enfants décident des jeux et déterminent qui fait partie du groupe. En vertu d'une certaine division du travail, les enfants assument différents rôles et leurs efforts se complètent.

Source : Adapté de Parten, 1932 ; Sroufe, 1979.

éducatives. Les chercheurs ne regardent plus seulement si un enfant joue seul, mais pourquoi il joue seul. Une recherche effectuée auprès d'enfants de quatre ans a ainsi démontré que la pratique en parallèle de certains jeux non sociaux (par exemple, construire un casse-tête à côté d'autres enfants faisant la même chose) est l'activité la plus souvent choisie par des enfants qui font preuve d'habiletés dans la résolution de problèmes, qui sont très appréciés par les autres enfants et qui sont considérés comme socialement compétents par leurs éducatrices ou éducateurs (Rubin, 1982). Le choix de tels jeux par les enfants peut donc être un signe d'indépendance et de maturité ; il peut indiquer que les enfants qui font ce choix sont davantage orientés sur la tâche plutôt que sur les personnes. Cependant, il est possible que le choix de jeux solitaires chez certains enfants soit aussi un signe de timidité, d'anxiété ou de rejet social (Coplan *et al.*, 2004).

Les jeux symboliques deviennent quant à eux de plus en plus sociaux durant les années préscolaires. Les enfants passent alors du faire semblant solitaire au jeu dramatique impliquant d'autres enfants, et parfois même des amis imaginaires. Ils suivent des règles tacites autant dans l'organisation du jeu dramatique et sa mise en scène que dans la définition et la distribution des rôles. À mesure que la collaboration augmente, les intrigues deviennent plus complexes et plus créatives. En jouant à faire semblant ensemble, les enfants améliorent leurs habiletés verbales, leur compréhension du point de vue des autres et ils se construisent une image du monde social (Smith, 2005).

### 5.4.3 L'influence du sexe de l'enfant et de la culture sur le jeu

Une tendance à jouer différemment selon l'appartenance à un sexe semble être présente dans toutes les cultures. D'un point de vue évolutionniste, ces différences liées au sexe dans les jeux des enfants servent de pratique pour les comportements adultes nécessaires à la survie et à la reproduction. Toutefois, même si les composantes biologiques semblent influencer fortement les différences de jeux selon le sexe, l'influence du groupe de pairs semble aussi très puissante (Smith, 2005).

La plupart des garçons, quel que soit leur âge, préfèrent les jeux actifs qui se pratiquent dans de grands groupes ; les filles, elles, sont plus portées à jouer à des jeux tranquilles, avec une seule compagne. Les garçons jouent aussi spontanément dans la rue, sur les trottoirs et dans les terrains vagues, alors que les filles ont tendance à



#### Le jeu solitaire

Faire un casse-tête est une activité souvent choisie par des enfants appréciés des autres et qui montrent des habiletés dans la résolution de problèmes.

choisir des activités plus structurées et supervisées par des adultes. Les jeux dramatiques des garçons impliquent aussi souvent du danger, des désaccords ainsi que des rôles dominants et compétitifs comme dans les jeux de batailles fictives. Les jeux dramatiques des filles, eux, sont généralement centrés sur les relations sociales, les soins ou les rôles domestiques (Pellegrini et Archer, 2005). Peu importe le groupe culturel d'où ils proviennent, les garçons ont tendance à s'engager dans des jeux d'exploration tandis que les filles apprécient davantage les jeux symboliques et le faire semblant (Cote et Bornstein, 2009).



### FAITES LE POINT

12. Définissez les quatre catégories de jeux liées au développement cognitif, selon Piaget.
  13. L'enfant qui joue seul fait-il preuve d'une moins grande maturité que celui qui joue en groupe ?
  14. Quelles différences peut-on observer dans la façon de jouer des garçons et des filles ?
15. Julie a décidé de faire des cadeaux éducatifs de Noël à tous ses neveux et nièces. Identifiez un cadeau qu'elle pourrait faire à chacun, et dites comment le cadeau choisi pourra aider au développement de l'enfant. Voici la liste de ses neveux : Justine, 6 ans ; Valéria, 4 ans ; Gabriel, 3 ans ; Benjamin, 2 ans et Laurence, 13 mois.



## 5.5 L'éducation préscolaire

L'entrée à la garderie est une étape importante qui élargit l'environnement physique, cognitif et social de l'enfant. Aujourd'hui, les parents sont de plus en plus nombreux à recourir aux services de garde pour leurs enfants d'âge préscolaire. Au Québec, les options qui s'offrent à eux sont les centres de la petite enfance (CPE), les garderies à but lucratif (dont la plupart sont conventionnées, c'est-à-dire qu'elles accueillent des enfants admissibles à la contribution réduite), les services de garde en milieu familial régis par les bureaux coordonnateurs et les services de garde en milieu familial non régis. En 2011, 53 % des enfants de moins de cinq ans fréquentaient un service de garde (Institut de la statistique du Québec, 2013).

### Le service de garde

En fréquentant un service de garde, l'enfant découvre un monde extérieur à son milieu familial et peut aussi découvrir d'autres cultures.

### 5.5.1 Le programme éducatif des centres de la petite enfance

Le programme éducatif des CPE tire son origine de plusieurs études américaines, dont *Head Start*, qui ont montré l'effet bénéfique de divers programmes de stimulation précoce destinés aux enfants. En effet, les enfants issus de milieux défavorisés qui ont déjà bénéficié de ces programmes connaissent moins de problèmes d'apprentissage, de comportement et de marginalisation. De plus, les parents qui participent à ces programmes améliorent la qualité de leurs interactions et de leurs stratégies disciplinaires avec leurs enfants. À la lumière de ces constatations, le Québec a annoncé en 1997 une série de mesures sans précédent en Amérique du Nord en matière de soutien à la famille et d'éducation à la petite enfance. Plusieurs services destinés aux enfants ont ainsi été mis sur pied et un programme éducatif a été élaboré.

Le programme éducatif des services de garde vise le développement intégral de l'enfant, incluant son autonomie, sa motricité et ses habiletés langagières. Il cherche également à l'éveiller au monde qui l'entoure, comme la sortie au zoo pour Tristan et ses amis et à l'aider dans son épanouissement personnel.

Les éducatrices et éducateurs jouent sans doute le rôle le plus important dans la progression de l'enfant dans toutes les dimensions de son développement. Ils doivent être





sensibles aux besoins des enfants, savoir exercer leur autorité sans être restrictifs et se montrer stimulants et affectueux. Au Québec, ils reçoivent une formation collégiale de trois ans, incluant des cours sur le développement de l'enfant, sur les programmes éducatifs, sur la santé et la sécurité et font plusieurs stages dans le milieu. Toutefois, cette formation n'est pas obligatoire pour les responsables des services de garde en milieu familial, où on n'exige que 45 heures de formation en tout, ce qui est nettement insuffisant selon Bigras et Lemay (2012).

Est-il préférable pour un jeune enfant de fréquenter un service de garde ou de rester à la maison? Plusieurs parents se posent la question. Les recherches sur le sujet arrivent à des conclusions nuancées; cela dépend du milieu socioéconomique dans lequel l'enfant vit et de la qualité du service de garde. La fréquentation d'un service de garde peut avoir un effet positif sur tous les aspects du développement de l'enfant; on lui offre des stimulations cognitives, un contexte de socialisation qui l'ouvre à d'autres milieux que le sien et l'occasion d'interagir avec ses pairs et de développer des habiletés sociales et émotionnelles. Toutefois, ces bénéfices sont beaucoup plus grands pour les enfants qui proviennent d'un milieu défavorisé puisque le service de garde vient compenser les lacunes de ce milieu. Dans les classes sociales plus aisées, où les enfants baignent dans un environnement enrichissant et sont exposés à des activités diversifiées, les effets bénéfiques du service de garde sont moins évidents (Bigras et Lemay, 2012). Par ailleurs, il existe des services de garde où les enfants sont peu stimulés et où les pratiques disciplinaires sont inadéquates, allant même jusqu'à la violence verbale et physique.

### 5.5.2 La maternelle

À l'origine, la maternelle était une année de transition entre la relative liberté de la maison ou de la garderie et la structure établie de la « vraie » école. Désormais, la maternelle ressemble beaucoup plus à une première année scolaire. Alors qu'elle se tenait autrefois sur une demi-journée, elle dure aujourd'hui toute la journée. Les enfants passent aussi moins de temps dans des activités libres et davantage devant des feuilles de travail et des activités préparatoires à la lecture. Dans le système scolaire québécois, un enfant commence la maternelle à cinq ans, mais quelques écoles situées dans des milieux défavorisés offrent une maternelle à quatre ans. Le gouvernement étudie actuellement un projet pour étendre la maternelle à quatre ans à un plus grand nombre d'enfants.

Depuis septembre 2001, un nouveau programme d'éducation préscolaire a été mis en œuvre dans toutes les maternelles des écoles publiques et privées du Québec. Ses objectifs visent le développement chez le jeune enfant des aspects suivants: agir avec efficacité dans différents contextes sur le plan sensoriel et moteur, affirmer sa personnalité, interagir de façon harmonieuse avec les autres, communiquer en utilisant les ressources de la langue, construire sa compréhension du monde, mener à terme une activité ou un projet (Ministère de l'Éducation du Québec, 2006).

Au-delà de ces objectifs, les recherches mettent en lumière l'importance de la préparation qu'un enfant reçoit avant son entrée en maternelle. L'analyse de six études longitudinales menées dans trois pays différents (Canada, États-Unis et Grande-Bretagne) a en effet montré de fortes corrélations entre l'acquisition des compétences de base en mathématique avant l'entrée en maternelle et la réussite scolaire en cinquième année. Les habiletés de lecture (vocabulaire, connaissance des lettres) arrivaient au second rang dans les facteurs de réussite scolaire, suivies des habiletés d'attention et de concentration. Selon cette analyse, les comportements perturbateurs ou le repli sur soi n'avaient pas d'incidence négative sur la réussite ultérieure (Duncan *et al.*, 2007). Les chercheurs en ont conclu qu'il est souhaitable de stimuler, dès les années préscolaires, les habiletés mathématiques et les habiletés préparatoires à la lecture à travers le jeu ainsi que par des moyens informels, sans en faire un apprentissage structuré. Par

ailleurs, selon les enseignants du préscolaire, l'ajustement social et émotionnel est un autre facteur important dans la préparation pour la maternelle et la prédiction du succès scolaire. L'enfant doit être capable de rester assis, de suivre des directives, d'attendre son tour et d'organiser son propre apprentissage (Brooks-Gunn, 2003). Toutefois, comme nous l'avons dit, le facteur principal de l'efficacité des programmes préscolaires demeure la qualification des intervenants en petite enfance. Des éducatrices et éducateurs centrés sur les besoins des enfants, enjoués, à l'écoute, mais capables aussi d'exprimer leurs limites sont mieux à même de faire des programmes préscolaires de véritables milieux d'apprentissage pour le jeune enfant (Bertrand, 2007). L'épanouissement des habiletés physiques et cognitives dans la tendre enfance a des répercussions autant sur l'image de soi des enfants et sur leur adaptation émotionnelle que sur leur façon de se comporter à la maison et avec leurs camarades, comme nous le verrons dans le chapitre 6.



### FAITES LE POINT

16. Quels sont les principaux objectifs du programme éducatif des services de garde à l'enfance ?
17. Selon les résultats de plusieurs études longitudinales, quelles habiletés un enfant d'âge préscolaire doit-il développer pour favoriser sa réussite scolaire dans les années suivantes ?

## Résumé

### Le développement physique

- À partir de l'âge de trois ans, les proportions du corps de l'enfant commencent à ressembler davantage à celles de l'adulte, alors que la myélinisation et la croissance de son cerveau se poursuivent.
- Les performances motrices des enfants sont influencées par leur potentiel génétique et la pratique. À l'âge préscolaire, les activités physiques non structurées sont préférables aux sports organisés.
- Les changements observés dans les dessins des enfants semblent refléter la maturation du cerveau et celle de la motricité fine.
- La dominance de la main, évidente vers l'âge de trois ans, serait d'origine génétique.
- L'obésité est un problème qui apparaît de plus en plus tôt et qui est de plus en plus fréquent.
- À partir de trois ans, les besoins de sommeil diminuent graduellement. Les troubles du sommeil sont alors assez fréquents, mais ils constituent rarement un problème grave.
- L'hérédité serait un facteur majeur de l'énurésie, un problème qui touche surtout les garçons.
- La qualité du milieu familial, la situation financière, l'accès aux soins de santé ainsi que l'environnement physique et social représentent des facteurs importants en ce qui concerne la vulnérabilité à la maladie.

### Le développement cognitif

- Selon Piaget, les enfants de deux à six ans sont au stade préopératoire, qui se caractérise par l'utilisation de la fonction symbolique, c'est-à-dire la capacité d'utiliser des symboles tels que le mot pour représenter des objets. Ils ne sont cependant pas prêts à effectuer des opérations mentales qui exigent une pensée logique.
- Plusieurs progrès cognitifs surviennent de deux à six ans. L'enfant apprend notamment que les événements ont des causes, il devient capable d'imaginer comment un autre se sent, il commence à pouvoir compter et, vers l'âge de quatre ou cinq ans, il maîtrise alors l'ordinalité et la cardinalité.
- Au stade préopératoire, la pensée de l'enfant présente certaines limites. L'enfant ne perçoit qu'un seul aspect d'une situation et ne comprend pas qu'on peut inverser des opérations. Il se centre sur l'état des objets, sans tenir compte de leur transformation et ne parvient pas à maîtriser la notion de conservation. Son raisonnement est transductif, et l'égo-centrisme l'empêche de prendre en considération le point de vue d'une autre personne.
- Les théories de l'esprit et la cognition sociale s'améliorent grandement de deux à cinq ans. Les enfants prennent conscience qu'ils peuvent penser à des choses réelles, mais aussi imaginaires. Vers cinq ou six ans, ils commenceraient à faire la distinction entre les apparences et la réalité, et entre les fantaisies et la réalité.



- Selon les modèles du traitement de l'information, le cerveau est capable de stocker trois types de mémoire: la mémoire sensorielle, la mémoire de travail et la mémoire à long terme.
- La mémoire générique permet de se souvenir de routines alors que la mémoire épisodique et la mémoire autobiographique réfèrent à des expériences particulières vécues par l'enfant.
- L'attention est une habileté qui sous-tend la fonction exécutive. Elle s'améliore à mesure que l'enfant avance en âge.
- Les parents et le milieu dans lequel l'enfant grandit jouent un rôle primordial dans le développement cognitif.

### La maîtrise du langage

- Le vocabulaire des enfants progresse rapidement grâce à la catégorisation rapide, qui leur permet d'émettre une hypothèse sur le sens d'un mot simplement à partir du contexte dans lequel ils l'entendent.
- Le jeune enfant est capable d'ajuster son langage en fonction de l'interlocuteur, mais il s'adonne souvent au soliloque, un langage pour soi-même, qui guide son comportement et l'aide à formuler sa pensée.
- La plupart des enfants qui ont un retard de langage en bas âge rattrapent leurs pairs vers sept ans.
- Les enfants qui apprennent à lire rapidement sont généralement ceux à qui on a fait la lecture lorsqu'ils étaient plus jeunes.

### La place du jeu dans le développement

- Les enfants d'âge préscolaire s'engagent dans différents types de jeux que les chercheurs classent selon leur but et selon leur dimension sociale.

- Le jeu fonctionnel commence très tôt et implique des mouvements musculaires. Il est suivi vers l'âge d'un an du jeu constructif, qui consiste à utiliser des objets pour construire autre chose: il devient de plus en plus élaboré à mesure que l'enfant avance en âge.
- Le jeu symbolique apparaît à la fin du stade sensorimoteur et atteint son apogée entre deux et six ans. En faisant semblant, l'enfant apprend à comprendre le point de vue d'une autre personne, il développe sa capacité de résoudre des problèmes d'ordre social et devient plus créatif.
- Les jeux formels, ou jeux de règles, apparaissent seulement vers l'âge de cinq ou six ans, puisqu'ils nécessitent la mise en relation de plusieurs aspects d'une situation et des procédures devant être connues et appliquées par tous les partenaires.
- Les jeux non sociaux ne dénotent pas nécessairement une mauvaise adaptation sociale puisqu'ils comportent souvent des activités constructives et éducatives.

### L'éducation préscolaire

- Le programme éducatif des services de garde aide l'enfant à développer son autonomie, sa motricité et son langage. Son objectif est d'éveiller l'enfant au monde qui l'entoure et de l'amener à avoir confiance en lui, à apprendre à partager, à respecter les règles, à résoudre des conflits et à développer son estime de soi.
- La stimulation cognitive qu'un enfant reçoit avant son entrée en maternelle, ainsi qu'un ajustement social et émotionnel, est un bon prédicateur du succès scolaire.



# Le développement affectif et social de l'enfant de trois à six ans



## PLAN DU CHAPITRE

### **6.1 L'évolution de la conscience de soi**

- 6.1.1 Le concept de soi
- 6.1.2 L'estime de soi
- 6.1.3 La compréhension et la régulation des émotions

### **6.2 Le développement de l'identité de genre**

- 6.2.1 Les différences de genre
- 6.2.2 Les étapes du développement de l'identité de genre
- 6.2.3 Les influences biologiques
- 6.2.4 Les rôles et les stéréotypes sexuels

### **6.3 Les théories du développement de l'identité de genre**

- 6.3.1 La théorie psychanalytique
- 6.3.2 Les théories cognitives

### **6.4 Les théories du développement de la personnalité**

- 6.4.1 La théorie psychosexuelle de Freud

- 6.4.2 La théorie psychosociale d'Erikson

- 6.4.3 La perspective sociale cognitive

### **6.5 Le développement social**

- 6.5.1 Les premiers amis

- 6.5.2 Le comportement prosocial

- 6.5.3 Les problèmes de comportement

- 6.5.4 L'agressivité

### **6.6 L'encadrement des enfants**

- 6.6.1 Les différentes formes de discipline

- 6.6.2 Les styles parentaux

- 6.6.3 Les facteurs d'influence des conduites parentales

- 6.6.4 Le soutien aux familles en état de vulnérabilité

**F**ier de ses nouvelles habiletés, le jeune enfant multiplie les initiatives pour montrer ce dont il est capable. Les encouragements de ses proches l'aident à se construire une estime de soi élevée, indispensable au développement de ses compétences sociales. Qu'il soit un garçon ou une fille, l'enfant sait maintenant qu'il appartient à l'un des deux genres et amorce son apprentissage des rôles sexuels. En imitant les divers modèles proposés par son milieu, l'enfant développe ainsi des comportements plus ou moins stéréotypés sexuellement. Curieux du monde et des autres, il veut faire de plus en plus de choses par lui-même, il vit ses premières relations d'amitié et découvre l'importance de l'échange et de l'entraide. Ses parents ont alors la responsabilité de lui inculquer des comportements socialement acceptables, en adoptant des méthodes éducatives fermes, mais bienveillantes, qui doivent faire appel au raisonnement de l'enfant et être dénuées de toute forme de violence.

## Mise en situation

Aurélié a quatre ans et elle habite avec ses parents et son petit frère. Aujourd'hui, elle va passer l'Halloween avec sa voisine Léa et le père de celle-ci. Elle porte un costume de princesse qu'elle a choisi elle-même pour ressembler à Cendrillon. Aurélié se trouve très jolie avec ses cheveux aussi longs que ceux de sa Barbie et le rouge à lèvres de sa mère qui lui donne l'air d'une « madame ». Lorsqu'on sonne à la porte, elle se précipite, mais reste figée dès qu'elle l'ouvre : « Tu as l'air d'un garçon ! » dit-elle à Léa, qui porte un costume de pirate. Léa regarde son père avec insécurité, mais celui-ci sourit et explique à Aurélié qu'une fille peut aussi se déguiser en pirate.

Avant de sortir, Aurélié s'assure auprès de sa mère que son père sera là à son retour pour voir sa robe de princesse : elle a tellement hâte qu'il lui dise qu'elle est belle ! Plus tard, lorsqu'Aurélié revient à la maison, elle raconte à sa mère qu'elle était la plus jolie parce qu'une dame lui a donné deux bonbons de plus en disant qu'elle était la plus belle princesse de la soirée, mais qu'elle les a partagés avec Léa, pour lui faire plaisir. Soudain, alors qu'Aurélié trie les friandises avec sa mère, elle réalise que son papa n'est pas là et elle devient très triste, même si Anne, sa maman, lui explique que son père travaille tard ce soir. Les bras croisés, la mine basse et les sourcils froncés, elle ne ressemble plus du tout à la petite fille heureuse qu'elle était quelques minutes auparavant.

Lorsque le petit frère d'Aurélié atteint les piles de bonbons et qu'il les mélange, Aurélié se fâche et lui donne une claque en plein visage.

### « Aurélié se fâche et donne une claque en plein visage à son petit frère. »

« Qu'est-ce que tu fais ? » lui crie sa mère avec colère. Elle prend Louis dans ses bras, tandis qu'Aurélié se met à pleurer à gros sanglots, car elle a eu très peur de la réaction de sa maman. Après avoir rassuré Louis, Anne demande à Aurélié d'expliquer son comportement : Aurélié croit que sa mère la déteste parce qu'elle lui a crié dessus. Anne lui répond qu'elle est fâchée parce qu'elle a fait mal à son frère, mais que cela ne signifie pas qu'elle la déteste. En écoutant les explications de sa fille, Anne comprend que sa colère est liée à l'absence de son père. Ensemble, elles cherchent une solution et c'est Aurélié qui la trouve : maman va prendre une photo pour la montrer à papa. Anne félicite Aurélié d'y avoir pensé ! Aurélié se couche un peu soulagée : son papa pourra la voir dans sa belle robe.



Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



## 6.1 L'évolution de la conscience de soi

La période de trois à six ans constitue une étape significative dans le développement affectif et social de l'enfant. Nous avons vu dans le chapitre 4 comment s'amorçait l'ébauche de la conscience de soi, alors que l'enfant comprend qu'il est une personne distincte des autres. Il possède maintenant une série d'habiletés cognitives et émotionnelles qui vont lui permettre d'intégrer les informations en provenance de son environnement et les messages qu'il reçoit constamment sur lui-même. L'enfant de cet âge développe ainsi une représentation de lui-même beaucoup plus complète et intégrée qu'auparavant et il est en mesure d'aimer ou de ne pas aimer ce qu'il est. Il découvre également qu'il fait partie de la catégorie des garçons ou des filles, ce qui vient compléter cette représentation de lui-même. Néanmoins, ce n'est qu'au cours des années subséquentes qu'il apprendra à adopter un regard nuancé sur son concept de soi.

### 6.1.1 Le concept de soi

Le **concept de soi** renvoie à la représentation globale que nous nous faisons de nous-mêmes, de nos caractéristiques et de nos traits. Cette construction, de type cognitif, est à la fois descriptive et évaluative ; elle détermine ce que nous croyons être et guide notre action (Harter, 1996). Il comporte l'image de soi, l'estime de soi et le soi idéal (Duclos, 2010). Le concept de soi se développe par l'intermédiaire des expériences quotidiennes qui permettent à l'enfant de se représenter comme un être ayant des caractéristiques particulières, mais intègre aussi un aspect social par l'entremise des informations reçues de son entourage (« c'est une petite qui se débrouille très bien » ou encore « c'est un enfant qui se décourage facilement »).

#### Concept de soi

Ensemble des représentations qu'une personne possède au sujet d'elle-même.

L'aspect identitaire du concept de soi, l'image de soi, évolue constamment. Il débute avec la conscience de soi, puis se développe et se complexifie durant la petite enfance, l'adolescence et l'âge adulte, parallèlement au développement cognitif. Ainsi, à l'âge de quatre ans, un enfant est capable de se définir lui-même, mais ces premières descriptions se centrent davantage sur des aspects extérieurs et sur des comportements concrets que sur ses propres émotions ou sa personnalité. Il peut par exemple nommer la couleur de ses yeux, énumérer les membres de sa famille, décrire la maison qu'il habite, affirmer ce qu'il aime ou n'aime pas manger et décrire ses habiletés. Par ailleurs, l'enfant tend à se décrire lui-même de manière très positive et idéalisée. Il faudra attendre l'âge de sept ans environ pour qu'il fasse preuve de plus de nuances et de réalisme dans sa description de lui-même. Il pourra alors se décrire par des traits généraux plutôt qu'en fonction d'habiletés particulières (par exemple, en disant « je suis intelligent »), reconnaître qu'il peut expérimenter des émotions conflictuelles et faire preuve d'autocritique sur ses forces et ses faiblesses (« je suis bon pour courir vite, mais moins pour attraper un ballon »).

Selon une analyse néopiagétienne, les changements qui surviennent de cinq à sept ans apparaissent en trois étapes (Case, 1985, 1992; Fischer, 1980). Dans un premier temps, l'enfant de quatre ans se représente selon une seule dimension (« j'aime la pizza », « je suis fort »). Puisque l'enfant n'a pas la capacité cognitive d'intégrer deux éléments à la fois, sa perception de lui-même s'effectue au cas par cas, sans lien logique, et elle est circonscrite aux événements récents (Duclos, 2010). Ainsi, il élabore ses pensées envers lui-même en termes de tout ou rien.

Vers l'âge de cinq ou six ans, l'enfant accède à une seconde étape et commence à faire certaines connexions logiques entre différents aspects de sa personnalité (« je cours vite, je saute haut, je suis fort et je peux lancer une balle très loin : un jour, je pourrai faire partie d'une équipe de baseball »). Toutefois, à ce stade, il n'est pas encore en mesure de considérer qu'il peut être bon dans certains domaines et moins performant dans d'autres. Ce n'est qu'à la troisième étape, soit vers le milieu de l'enfance, que l'enfant pourra enfin intégrer dans un concept de soi général et multidimensionnel les différentes caractéristiques qui le définissent. Sa description de lui-même deviendra plus nuancée et réaliste : « Je suis bon au hockey, mais pas en français. »

### 6.1.2 L'estime de soi

L'**estime de soi** est la valeur, positive ou négative, qu'une personne s'accorde à elle-même. Elle représente donc la partie évaluative du concept de soi, c'est-à-dire le jugement que l'enfant porte sur lui-même en fonction de ses caractéristiques. L'estime de soi repose sur l'écart entre l'image de soi et le soi idéal. Comme nous le verrons dans le chapitre 8, le soi idéal correspond à ce qu'on aimerait être (Duclos, 2010). Tout comme pour le concept de soi, l'estime de soi de l'enfant de moins de cinq ou six ans n'est pas nuancée : l'enfant se définit globalement comme étant bon ou mauvais. De plus, son évaluation de lui-même peut être biaisée, car l'enfant tend à accepter le jugement des adultes qui lui donnent des rétroactions positives, exemptes de critique (Harter, 1993, 1996, 1998). Il n'a ainsi pas toujours la capacité de distinguer son image de soi et son moi idéal. Par exemple, dans la mise en situation, Aurélie a surtout retenu le commentaire de la dame qui lui a dit qu'elle était la plus belle de la soirée. Au fur et à mesure qu'il grandit, l'enfant acquiert une vision plus réaliste de ses forces et de ses faiblesses (« je suis bon en dessin, mais moins bon en lecture »). Ce n'est qu'au milieu de l'enfance que son évaluation personnelle, fondée sur l'internalisation des normes parentales et sociétales, commence à façonner et à maintenir une estime de lui-même qui repose davantage sur l'ensemble de ses capacités que sur des comportements précis (Harter, 1996, 1998).

L'estime de soi présenterait néanmoins une certaine stabilité au cours de l'enfance. C'est ce que suggère une étude longitudinale belge (Verschueren, Buyck et Marcoen, 2001), qui a démontré que le niveau d'estime de soi (évalué selon différents aspects



#### L'image de soi

L'image que le jeune enfant se fait de lui-même est principalement fondée sur des caractéristiques extérieures telles que les traits physiques.

#### Estime de soi

Valeur positive ou négative qu'une personne s'accorde à elle-même.



de la perception de soi: apparence physique, habiletés scolaires et athlétiques, acceptation sociale et façon de se comporter) chez des enfants de cinq ans permet de prédire l'estime de soi et le fonctionnement socioémotionnel à l'âge de huit ans. En résumé, l'estime de soi présente avant cinq ou six ans évolue au cours de l'enfance, mais constitue déjà une base stable qui persistera au cours des années à venir.

L'estime de soi trouve sa source dans les interactions précoces de l'enfant avec les adultes qui en prennent soin. En effet, si les mécanismes que nous avons décrits dans le chapitre 4 sont présents dans la vie de l'enfant, notamment la régulation mutuelle et l'attachement sécurisant, celui-ci a de meilleures chances de ressentir qu'il a sa place, qu'il est une bonne personne et qu'il est digne d'être aimé. L'estime de soi n'est donc pas innée; elle se façonne à partir des relations significatives que l'enfant entretient avec son entourage. Un enfant ayant une estime de soi élevée part avec une longueur d'avance dans la vie, puisque cette force lui permettra de développer des compétences sociales qui, en retour, l'amèneront à renforcer son estime de soi (Royer, 2004).

L'estime de soi est un facteur de protection essentiel contre les problèmes d'adaptation et d'apprentissage chez les enfants. L'estime de soi pourrait même prévenir certains problèmes de santé mentale ultérieurs, tels que la dépression à l'âge adulte (Duclos, 2010). Certains indicateurs peuvent renseigner sur la présence d'une bonne estime de soi dans la petite enfance: le fait de se sentir bien dans son corps, d'être fier d'être un garçon ou une fille, de croire en ses capacités, d'avoir le sentiment d'être aimable, d'être à l'aise en compagnie des autres ou encore d'avoir confiance que ses besoins seront reconnus et comblés dans un avenir rapproché (Duclos, 2010). Les parents et les éducateurs ont donc un rôle à jouer dans le développement de l'estime de soi, en stimulant les quatre composantes fondamentales (Duclos, 2010; Laporte, 2002): le sentiment de sécurité, l'identité positive, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.

### **Le sentiment de sécurité**

Le premier élément favorisant l'estime de soi de l'enfant est l'acquisition de la confiance et de la sécurité. Les adultes de l'entourage peuvent favoriser ce sentiment en établissant une discipline qui tient compte du rythme de l'enfant et en s'assurant que celui-ci en comprend et respecte les règles. Pour y parvenir, le parent ou l'éducateur doit bien connaître les besoins de l'enfant et chercher à les combler adéquatement, ce qui implique de savoir décoder ses messages et ses demandes. D'autre part, il faut offrir à l'enfant un environnement stable, où les changements qu'il aura à vivre seront limités. Dans la mise en situation, la mère d'Aurélie décode bien le message de sa fille et comprend que la colère qu'elle manifeste envers son frère reflète sa déception face à l'absence de son père, ce qui lui permet de réagir adéquatement.



### **L'identité positive**

Le deuxième élément favorisant l'estime de soi est l'identité positive, qui passe par la connaissance de soi. Cette dernière s'élabore grâce à la reconnaissance et à l'acceptation du tempérament propre à l'enfant par les parents et les éducateurs. Ceci implique de lui mentionner ses forces, mais également d'accepter ses faiblesses et d'être en mesure de lui en parler de manière constructive. Toutes les personnes de son entourage peuvent aider l'enfant à identifier ses émotions, à comprendre que ses difficultés sont temporaires et à l'amener ainsi à se projeter positivement dans l'avenir (Laporte, 2002).

### **Le sentiment d'appartenance**

Le troisième élément favorisant l'estime de soi est le sentiment d'appartenance. Pour aider l'enfant à développer ses habiletés verbales, sociales et relationnelles, les parents et éducateurs doivent permettre à l'enfant de vivre des relations significatives et stables. Par exemple, pour favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe, le parent peut organiser des rituels (soirées cinéma, sorties, activités), qui aident à resserrer les liens entre les membres de la famille.



L'adulte doit également démontrer qu'il valorise la vie sociale en adoptant lui-même des comportements prosociaux. Les éducateurs jouent un rôle particulièrement important puisqu'ils accompagnent l'enfant dans le développement des comportements sociaux dans le groupe de pairs. Ainsi, ils aident l'enfant à apprendre comment établir un contact de façon adéquate, à s'affirmer de façon constructive, à prendre conscience des besoins des autres, à gérer sa frustration et à résoudre des conflits (Duclos, 2010).

### Le sentiment de compétence

Le quatrième élément qui favorise l'estime de soi est le sentiment de compétence, qui se développe en fonction du sentiment d'autonomie et des rétroactions positives que l'enfant reçoit. Il est ainsi fortement lié à l'attitude des parents et des éducateurs. En offrant à l'enfant l'occasion de tenter de nouvelles expériences, les adultes l'aident à réaliser qu'il exerce du pouvoir sur son environnement. Le fait de lui confier de petites responsabilités peut également contribuer au développement du sentiment de compétence. Lorsque l'enfant accomplit une tâche ou une activité, l'adulte peut renforcer son sentiment de compétence en le comparant à lui-même plutôt qu'aux autres, en l'encourageant à recommencer s'il ne réussit pas du premier coup et en le félicitant pour les étapes réussies. L'échec sera ainsi expérimenté de manière constructive, ce qui amènera l'enfant à persévérer dans ses entreprises (Duclos, 2010). Enfin, lorsque le parent réprimande l'enfant, les rétroactions liées à un comportement particulier (« Lorsque tu ne ranges pas tes jouets, ça me dérange. ») favorisent une estime de soi élevée, contrairement à un jugement global de l'enfant (« Tu es vraiment désordonné. »).

L'estime de soi sera plus élevée chez l'enfant qui se sent compétent. De plus, sa motivation à entreprendre et à réussir l'amènera à expérimenter plus de succès dans ses activités et dans ses relations sociales, ce qui viendra également renforcer son estime de soi. En effet, l'enfant qui se sent compétent attribuera ses échecs à des facteurs extérieurs ou à un manque d'efforts et donc à une situation temporaire. Il fera ainsi plus de tentatives afin de réussir ou de changer la situation (Pomerantz et Saxon, 2001). Or, ces bénéfices ne sont pas observés chez les enfants pour qui l'estime de soi est conditionnelle à la réussite. Ces derniers attribuent les échecs et la critique à leurs caractéristiques personnelles et, l'enfant de moins de sept ans, n'ayant pas la capacité de nuancer sa vision de lui-même, pourra se percevoir comme globalement mauvais. Cette perception peut à son tour entraîner un sentiment d'impuissance à changer la situation.

Cette impuissance apprise peut empêcher l'enfant de persister dans une tâche difficile à réussir (Burhans et Dweck, 1995; Ruble et Dweck, 1995) : il va abandonner, se sentir honteux et choisir une tâche qu'il peut réussir facilement. Devant le rejet par ses pairs, il préférera retourner jouer seul plutôt que d'analyser la situation et de voir par quels moyens il pourrait intéresser ses amis. Les enfants qui ont une estime de soi conditionnelle à la réussite ont une motivation extrinsèque. Les parents et les éducateurs peuvent favoriser la motivation intrinsèque de l'enfant en offrant des rétroactions positives qui mettent l'accent sur le processus plutôt que sur le résultat de la tâche (Deci et Ryan, 2000).

### 6.1.3 La compréhension et la régulation des émotions

La compréhension et la régulation des états internes représentent l'une des acquisitions majeures de la petite enfance (Dennis, 2006). En effet, l'enfant qui comprend ses propres émotions est capable de mieux les contrôler et d'être plus sensible à ce que les autres ressentent. La régulation des émotions guide les comportements de l'enfant (Laible et Thomson, 1998) et contribue à développer chez lui la capacité de bien s'entendre avec les autres (Denham *et al.*, 2003).

Les enfants d'âge préscolaire peuvent parler de ce qu'ils ressentent et sont souvent en mesure de discerner comment les autres se sentent. De plus, ils comprennent que les émotions sont liées aux expériences et aux désirs (Saarni, Mumme et Campos,



Dans la mise en situation, quelles sont les responsabilités qui sont confiées à Aurélie et qui contribuent à développer son sentiment de compétence ?



#### La rétroaction positive

La rétroaction positive contribue beaucoup à l'estime de soi de l'enfant de trois ou quatre ans en favorisant l'internalisation des normes de valorisation personnelle.

1998). Par exemple, ils conçoivent qu'une personne qui obtient ce qu'elle désire sera contente et, à l'inverse, qu'elle sera déçue et triste si elle ne l'obtient pas.

La compréhension émotionnelle devient plus complexe avec l'âge et le développement du concept de soi. Lagattuta (2005) a demandé à 32 enfants âgés de 4 à 8 ans et à 32 adultes d'imaginer comment un jeune garçon se sentirait si sa balle roulait jusque dans la rue et qu'il avait ou non le droit d'aller la récupérer. Les enfants de quatre et cinq ans ont eu tendance à croire que le garçon serait content s'il allait chercher sa balle, même s'il devait enfreindre une règle, alors qu'il serait malheureux s'il ne le faisait pas, expliquant davantage les émotions en fonction du but du personnage. De leur côté, les enfants de sept et huit ans, tout comme les adultes, étaient plus enclins à croire que l'obéissance à la règle ferait en sorte que le garçon se sentirait bien, alors que la désobéissance l'amènerait à se sentir coupable (Lagattuta, 2005). Une des raisons qui peut expliquer la confusion éprouvée par les plus jeunes enfants à l'égard de leurs émotions concerne leur difficulté à comprendre qu'ils peuvent avoir des émotions contradictoires simultanément. Par exemple, ils sont incapables à ce stade d'imaginer qu'on puisse être à la fois joyeux et effrayé. Cette difficulté de compréhension les amène à tirer des conclusions erronées sur les sentiments des gens. C'est ce qui est illustré dans la mise en situation lorsqu'Aurélie croit que sa mère la déteste parce qu'elle est fâchée. Comme nous le verrons dans le chapitre 8, cette compréhension se précisera durant la prochaine période de développement.



### FAITES LE POINT

1. Quelles sont les trois étapes de changement qui surviennent dans la représentation de soi de l'enfant selon la perspective néopiagétienne ?
2. Définissez les termes « concept de soi » et « estime de soi », et dites en quoi ils sont liés.
3. En quoi la régulation des émotions peut-elle être avantageuse pour un enfant ?
- 4 Yan, cinq ans, réalise qu'il aide souvent sa petite sœur et qu'il partage sa collation avec ses amis à l'école alors il se dit qu'il aime aider les gens. Quelle est la capacité nouvelle qui permet à Yan de tirer cette conclusion ?

## 6.2 Le développement de l'identité de genre

Le fait d'être un garçon ou une fille a certes une incidence sur l'apparence physique, les vêtements portés et la façon de bouger, mais l'appartenance à un sexe influence également le concept de soi et la perception qu'on a des autres. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, l'identité de genre constitue la représentation qu'une personne se fait d'elle-même, selon son appartenance à un sexe et dans une société donnée.

### 6.2.1 Les différences de genre

Quelles différences peut-on observer entre les garçons et les filles à l'âge préscolaire ? Dans les faits, mise à part l'anatomie des organes génitaux, les différences mesurables entre les sexes sont assez peu nombreuses, du moins dans les échantillons nord-américains. Selon Hyde (2005), 78 % des différences entre les filles et les garçons seraient négligeables, et certaines différences, telles que l'estime de soi, changent avec l'âge.

Physiquement, les bébés garçons sont un peu plus grands, un peu plus lourds et un peu plus forts, mais ils sont plus vulnérables. Dès avant la naissance, ils sont plus actifs que les filles, alors que ces dernières réagissent moins au stress et sont

plus susceptibles de survivre à l'enfance (Davis et Emory, 1995; Keenan et Shaw, 1997). À la naissance, le cerveau des garçons est en moyenne 10 % plus gros que celui des filles, une différence qui se maintient jusqu'à l'âge adulte (Gilmore *et al.*, 2007). Par ailleurs, garçons et filles peuvent s'asseoir et marcher environ au même âge et ils franchissent les différentes étapes du développement moteur à peu près au même rythme.

Sur le plan cognitif, les différences entre les genres sont faibles et peu nombreuses (Spelke, 2005). Globalement, les scores moyens aux tests d'intelligence ne montrent aucune dissemblance (Keenan et Shaw, 1997). De plus, les deux sexes réussissent tout aussi bien dans les tâches qui impliquent des habiletés mathématiques de base et ils sont tout aussi aptes à apprendre les mathématiques. Toutefois, on note des différences pour certaines activités particulières. Ainsi, les filles seraient meilleures dans les tâches qui font appel à la fluidité verbale, au calcul mathématique et à la mémoire pour localiser des objets, alors que les garçons seraient plus habiles dans les analogies verbales, la résolution de problèmes mathématiques et la mémoire visuospatiale (Spelke, 2005). Enfin, il y aurait une plus grande variabilité interindividuelle dans les habiletés mathématiques chez les garçons que chez les filles, c'est-à-dire qu'il y a plus de garçons aux extrêmes (faible et élevé) pour cette habileté (Halpern *et al.*, 2007).

Sur le plan comportemental, les garçons se distinguent par leur propension à recourir davantage à l'agressivité. Ainsi, dès l'âge de 17 mois, les garçons tendent à jouer plus agressivement que les filles (Baillargeon *et al.*, 2007). À partir de deux ans, les garçons se démarquent par une propension légèrement plus élevée pour les comportements agressifs (Hyde, 2005; Baillargeon 2007; Archer, 2004; Pellegrini et Archer, 2005). Toutefois, en bas âge, les bébés filles sont capables de frapper, de mordre ou de faire des crises tout autant que les garçons. Nous reviendrons sur l'agressivité plus tard dans le chapitre.

La recherche sur les enfants de 2 ans et demi à 8 ans démontre des différences importantes entre les deux sexes quant à la préférence de jeux. L'augmentation de la préférence pour ceux qui sont associés aux rôles sexuels entre la petite enfance et le milieu de l'enfance, ainsi que le degré de comportements stéréotypés adoptés tôt dans la vie, peuvent prédire le degré d'adoption de comportements fondés sur le genre plus tard dans la vie (Golombok *et al.*, 2008).

Quoi qu'il en soit, il faut se souvenir que les différences sexuelles sont mesurées à partir de très grands échantillons et ne sont donc valides que pour des grands groupes et non pour chaque enfant pris individuellement.

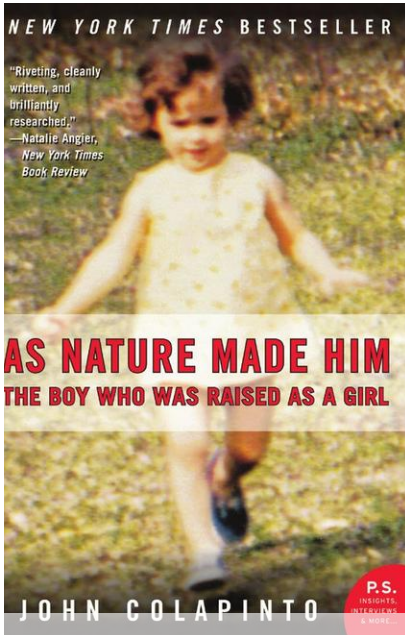
## 6.2.2 Les étapes du développement de l'identité de genre

Selon Langis et Germain (2009), l'identité de genre s'établit selon quatre phases successives :

1. la conscience du genre, de 18 à 24 mois, qui permet à l'enfant de comprendre que le monde animal et humain se partage en deux catégories : le genre masculin et le genre féminin ;
2. l'identification du genre, de deux à trois ans, qui amène l'enfant à comprendre qu'il appartient lui aussi à l'un des deux genres ;
3. la stabilité du genre, de trois à cinq ans, qui permet à l'enfant de concevoir l'appartenance à un genre comme une réalité permanente liée au sexe anatomique ;
4. la consolidation ou la constance du genre, de cinq à six ans, qui amène l'enfant à renforcer son sentiment d'appartenance au sexe féminin ou masculin. De la connaissance de son appartenance physique à un genre, il passe à une identification psychologique qui génère un sentiment d'appartenance plus profond et plus stable. Au cours de ce processus, l'enfant réalise que ses comportements ou sa façon de s'habiller n'affectent pas son genre et il devient moins rigide dans l'adhésion aux normes liées au genre (Martin *et al.*, 2002).



Quels sont les éléments qui nous permettent de déterminer la phase de l'identité de genre à laquelle se trouve Aurélie ?



#### Un garçon élevé comme une fille

L'identité du genre est-elle biologique ? Cet ouvrage décrit le cas célèbre d'un nourrisson dont le pénis a été coupé lors d'une circoncision et qui a alors été élevé comme une fille, mais qui a rejeté plus tard son identité féminine pour vivre comme un homme.



#### Un « vrai petit homme »

Ce garçon déguisé en cowboy a développé un sens marqué des rôles sexuels. La principale différence comportementale entre les petits garçons et les petites filles réside dans la présence d'une plus grande agressivité chez les garçons.

Une fois l'identité de genre établie, l'enfant réalise que ni son apparence, ni son comportement ne peuvent modifier son genre.

### 6.2.3 Les influences biologiques

La similarité de plusieurs rôles sexuels dans de nombreuses cultures laisse à penser que certaines différences sexuelles pourraient avoir un fondement biologique, une hypothèse qui semble corroborée par certaines découvertes sur les plans génétique, hormonal et neurologique.

Les scientifiques ont ainsi identifié plus de 50 gènes pouvant expliquer les différences anatomiques et fonctionnelles existant entre des cerveaux mâles et femelles de souris. S'il existe des différences génétiques similaires chez les humains, l'identité sexuelle pourrait donc déjà être programmée dans le cerveau avant même la formation des organes sexuels ou le début de l'activité hormonale (Dewing *et al.*, 2003). En outre, vers l'âge de cinq ans, soit lorsque le cerveau atteint approximativement sa taille adulte, celui des garçons est environ 10% plus large que celui des filles, principalement parce que les garçons ont une plus grande proportion de matière grise dans le cortex, alors que les filles ont une plus grande densité neuronale (Halpern *et al.*, 2007; Reiss *et al.*, 1996).

Les hormones auxquelles est exposé le fœtus pendant la grossesse influencent le développement des caractéristiques sexuelles physiques et du cerveau. La testostérone est une hormone mâle associée à l'agressivité chez les animaux adultes. L'effet de la testostérone sur le comportement a été remis en question chez les humains (Constantino *et al.*, 1993; Simpson, 2001), mais une récente étude suggère néanmoins qu'un niveau élevé de testostérone fœtale serait corrélé avec l'adoption de jeux typiquement masculins chez les garçons (Auyeng *et al.*, 2009).

Afin de mieux cerner l'influence des hormones dans l'identité de genre, certaines recherches ont mis l'accent sur l'étude d'enfants ayant des problèmes hormonaux particuliers. Ces recherches démontrent que les filles qui naissent avec une maladie produisant un niveau beaucoup plus élevé d'androgènes (les hormones sexuelles mâles) que la normale préfèrent les jouets de garçons et les jeux de bataille (Hines, 2010), choisissent des compagnons de jeu masculins (Hines, 2010) et font preuve de grandes habiletés visuospatiales (Berenbaum, Bryk et Beltz, 2012). Une étude récente suggère néanmoins que la socialisation par les parents aurait autant d'incidence sur ces caractéristiques que le niveau d'exposition prénatale aux androgènes.

Des chercheurs se sont aussi intéressés aux anomalies de différenciation sexuelle, tel que l'hermaphrodisme, qui se caractérisent par la présence simultanée de caractères sexuels féminin et masculin à la naissance.

Dans le cadre d'une étude, 14 enfants génétiquement mâles, qui étaient nés avec une malformation sexuelle, ont subi une chirurgie pour modifier leurs organes génitaux un mois après leur naissance et ont été élevés comme des filles. Entre l'âge de 5 et 16 ans, huit de ces enfants ont déclaré qu'ils se considéraient comme des garçons. Cinq autres de ces enfants ont affirmé avoir une identité féminine, mais ont révélé avoir des difficultés à s'entendre avec d'autres filles. Quant au dernier sujet, après avoir appris qu'elle était en fait un garçon, elle a refusé de discuter de la question avec quiconque. Par ailleurs, deux garçons dont les parents avaient refusé qu'on attribue un sexe féminin à leur enfant sont demeurés des garçons (Reiner et Gearhart, 2004). Dans une autre étude, 25 garçons sur 27 nés sans pénis ont aussi été élevés comme des filles, mais ils se considéraient par la suite comme des garçons et s'engageaient dans des jeux plus rudes et plus typiquement masculins (Reiner, 2000). Lorsque l'on considère les données dans leur ensemble, on constate qu'il est encore difficile de distinguer les influences hormonales des effets génétiques et des influences provenant de l'environnement sur l'identité de genre.

## 6.2.4 Les rôles et les stéréotypes sexuels

À partir du moment où l'enfant est considéré comme appartenant au genre masculin ou féminin, la culture attend de lui certains comportements, centres d'intérêt ou attitudes qu'elle associe à son sexe et que l'on nomme des **rôles sexuels**. On entend par rôles sexuels les traits de personnalité, les comportements, les centres d'intérêt, les attitudes et les habiletés qu'une culture associe aux femmes ou aux hommes et qu'elle souhaite les voir adopter. Ces rôles sexuels sont présents dans toutes les sociétés. Historiquement, dans la plupart des cultures, on a appliqué un **double standard** à l'égard des deux sexes. Ainsi, on a attendu des femmes qu'elles soient plus orientées vers les soins et l'empathie, qu'elles soient plus accommodantes et aimantes, et on a voulu des hommes qu'ils soient plus actifs et pourvoyeurs, affirmatifs et compétitifs. Cependant, au cours des dernières décennies, on a assisté à une diversification et à un grand assouplissement des rôles sexuels, du moins en Occident. Ce changement est largement attribuable au féminisme : il a favorisé la libération de la femme de ses rôles traditionnels et son entrée massive sur le marché du travail et il a entraîné un partage plus grand entre les hommes et les femmes des rôles de pourvoyeur économique et d'éducateur auprès des enfants.

Les rôles sexuels sont eux-mêmes nettement influencés par les **stéréotypes sexuels**. Ces derniers correspondent à des généralisations sur le plan de la masculinité et de la féminité. Dire que toutes les femmes sont passives et dépendantes et que tous les hommes sont agressifs et indépendants sont des exemples de stéréotypes sexuels. Ces stéréotypes imprègnent chaque culture ; ils sont appris par les enfants dès leur plus jeune âge, en même temps que les rôles sexuels, et sont transmis principalement par la famille. Ainsi, ils se manifestent chez les jeunes enfants dès l'âge de deux ou trois ans et augmentent pendant la période préscolaire jusqu'à atteindre un sommet autour de l'âge de cinq ans (Campbell, Shirley et Candy, 2004 ; Ruble et Martin, 1998). Cependant, les enfants n'adhèrent pas tous autant aux stéréotypes sexuels. En effet, des garçons peuvent adopter des caractéristiques plus « féminines » et des filles peuvent afficher des côtés plus « masculins ».

### L'influence des parents et du modèle familial

Le jeune enfant qui développe son identité de genre se constitue une idée du rôle de la femme et de l'homme en général en s'inspirant principalement du parent du même sexe que lui (Langis et Germain, 2009). En plus d'être un modèle, l'attitude du parent peut renforcer ou décourager des comportements qui sont associés ou non à leur genre. Certaines études démontrent que les parents, particulièrement les pères, seraient plus souples envers leur fille qu'envers leur fils, en ce qui a trait à l'adhésion aux rôles sexuels. Ainsi, les pères n'aiment généralement pas voir leur fils jouer avec une poupée (Miedzian, 1991 ; Sandnabba et Ahlberg, 1999).

L'âge de l'enfant et le type de famille a également une influence sur l'adoption de stéréotypes sexuels par l'enfant. Dans une étude de Sinno et Killen (2009), on a demandé à 67 enfants de 7 ans et à 54 enfants de 9 ans ce qu'ils trouveraient normal pour chacun de leur parent : travailler à temps plein ou encore rester à la maison pour s'occuper des enfants. La plupart des enfants ont considéré comme acceptable, tant pour les mères que pour les pères, de travailler à temps plein et ont évoqué des motifs similaires (choix personnel, raisons sociales). En revanche, les enfants ont trouvé moins acceptable pour les pères de rester à la maison que pour les mères et ils ont utilisé les stéréotypes sexuels pour justifier leur position (« Les pères ne sauraient pas quoi faire », « les mères sont meilleures pour s'occuper des enfants »). De façon générale, les enfants de sept ans étaient plus rigides dans leur raisonnement que ceux de neuf ans et utilisaient davantage les stéréotypes dans leurs évaluations. Par ailleurs, les enfants qui vivaient dans des structures familiales traditionnelles présentaient plus de stéréotypes sexuels.

#### Rôle sexuel

Ensemble des traits de personnalité, comportements, centres d'intérêt, attitudes et habiletés qu'une culture considère comme appartenant aux femmes ou aux hommes.

#### Double standard

Attentes de la société qui diffèrent en fonction du sexe de la personne.

#### Stéréotype sexuel

Généralisation portant sur la masculinité et la féminité.



Les éléments qui permettent à Aurélie d'affirmer qu'elle ressemble à une « madame » sont-ils fondés sur des stéréotypes sexuels ? Pourquoi ?



#### La transmission des rôles sexuels

Un père qui encourage son fils à effectuer des activités traditionnellement masculines lui transmet le message qu'il existe des centres d'intérêt qui sont appropriés aux garçons.

Ce résultat est appuyé par une autre étude menée en Angleterre et en Hongrie qui a montré que les garçons et les filles de quatre ans qui vivaient avec un père qui participait aux tâches ménagères et aux soins des enfants étaient moins conscients des stéréotypes sexuels et, par le fait même, s'engageaient moins dans des jeux stéréotypés sexuellement (Turner et Gervai, 1995). De même, le vécu d'une famille monoparentale dans laquelle le parent doit assumer les rôles dits féminins et masculins semble influencer le comportement des enfants. Ces derniers adoptent en effet moins fréquemment des comportements traditionnellement associés à leur sexe (Leve et Fagot, 1997). Ainsi, les comportements des parents influencent l'adoption de certains stéréotypes sexuels par les enfants.

Selon le recensement de 2011, 1 % des couples en cohabitation au Québec rapportent être en union avec une personne du même sexe, un chiffre en hausse depuis 2006 (Statistique Canada, 2006, 2011). Il faut néanmoins souligner que les statistiques portant sur les homosexuels peuvent être sous-estimées puisque plusieurs d'entre eux ne révèlent pas leur orientation sexuelle par crainte de discrimination ou de se faire retirer la garde de leur enfant (Dubé et Julien, 2000). Il existerait en effet dans la société certains questionnements quant au développement des enfants élevés par des parents homosexuels. Or, une étude effectuée aux Pays-Bas a démontré qu'il n'y avait pas de différence sur le plan de l'adaptation psychosociale entre des enfants de 8 à 12 ans provenant de familles homoparentales (mères lesbiennes) et hétérosexuelles (Bos et Theo, 2010). De plus, les enfants ayant des mères lesbiennes ressentaient moins de pression parentale pour se conformer aux stéréotypes de genre et adoptaient moins de comportements discriminatoires envers l'autre genre. Ceci peut s'expliquer par le fait que les parents homosexuels offrent aux enfants un modèle de partage des tâches indépendant du genre (Goldberg, 2010; Farr et Patterson, 2011). L'étude de Bos et Theo rapporte par ailleurs plus d'incertitude quant à leur orientation sexuelle chez les enfants de parents homosexuels.

Ces résultats sont cohérents avec ce qui avait été rapporté dans une importante revue de littérature effectuée en 2000 (Dubé et Julien), dans laquelle les conséquences de l'homoparentalité sur l'identité sexuelle ont été évaluées selon trois dimensions : l'identité de genre, les rôles sexuels et l'orientation sexuelle. Dans l'ensemble, les données démontrent que les enfants provenant de familles homosexuelles et hétérosexuelles ne diffèrent pas quant au développement de leur identité sexuelle et à leur satisfaction à cet égard. Par rapport aux rôles sexuels (évalués par la préférence de jouets, d'activités et de centres d'intérêt), si, de façon générale, les études rapportent que les deux groupes ne diffèrent pas, deux études rapportent néanmoins une attitude moins stéréotypée chez les filles de mères lesbiennes. La probabilité pour l'enfant élevé dans une famille homosexuelle d'adopter plus tard la même orientation sexuelle requiert plus d'études, mais il semblerait que les filles de mères homosexuelles seraient plus ouvertes à envisager des relations sexuelles avec un partenaire de même sexe, ce qui ne serait pas le cas pour les garçons (Tasker et Golombok, 1997). De façon générale, il semble que les enfants de parents homosexuels ne présentent pas de problème d'identité lié à leur contexte familial. Ils semblent se distinguer surtout par une plus grande ouverture d'esprit quant aux rôles et au choix de l'orientation sexuelle.

### **L'influence de la fratrie et des pairs**

L'influence qu'exercent les frères et sœurs sur le développement de l'identité de genre dépend du rang de l'enfant dans la fratrie. En effet, les aînés ont tendance à être plus influencés par leurs parents, tandis que les cadets tenteraient davantage d'adopter les comportements et les attitudes de leurs aînés (McHale *et al.*, 2001). Les enfants qui ont un frère ou une sœur de même sexe, mais plus âgé, tendent à adopter davantage de comportements liés à leur sexe que ceux ayant un grand frère ou une grande sœur de sexe opposé (Iervolino *et al.*, 2005).

De leur côté, les pairs commencent très tôt à exercer une influence sur la formation de l'identité de genre puisque dès l'âge de trois ans, les enfants jouent généralement déjà dans des groupes de même sexe, ce qui renforce les comportements de genre. Cette influence du groupe de pairs augmente avec l'âge (Martin, Ruble et Szkybalo, 2002). On note également que les pairs désapprouvent davantage les garçons qui agissent comme des filles que les filles que l'on dépeint comme des « garçons manqués » (Ruble et Martin, 1998). De manière générale, l'influence des amis et celle des parents se renforcent mutuellement. Comme nous le verrons plus loin, la théorie de l'apprentissage social suggère que le groupe de pairs ne constitue pas une source de référence isolée. Il s'imbrique dans un système culturel complexe qui inclut non seulement les parents, mais aussi d'autres influences, dont les médias (Bussey et Bandura, 1999).

### L'influence des médias

Le marché très lucratif des films et produits dérivés sur les princesses, développé par la compagnie Disney, repose sur le besoin des jeunes filles de s'identifier à des modèles féminins (England, 2011). Leur présence importante sur le marché international se traduirait par une grande influence sur les rôles sexuels adoptés par les enfants à travers le monde (Hubka *et al.*, 2009). En revanche, les changements sociétaux quant à l'égalité des sexes tardent à être reflétés par les modèles féminins et masculins présentés dans leurs films, où le travail domestique est majoritairement effectué par des personnages féminins (Wiserna, 2001). Par exemple, pour Blanche-Neige, le travail domestique exprime la servitude et représente un moyen de gagner l'amour. Même si, au cours des dernières années, on peut voir davantage de personnages féminins avec des caractéristiques typiquement masculines, les stéréotypes et les comportements sexistes sont encore très répandus dans les films de Disney (England, 2011). Par exemple, Pocahontas et Mulan, qui s'engagent dans des activités typiquement masculines et font preuve de volonté et de courage, montrent également des traits respectifs de douceur et de soumission et optent finalement pour la vie familiale plutôt que de poursuivre d'autres buts (England, 2011).

La télévision, identifiée comme une source dominante d'influence sociale sur le concept de genre, présente des programmes qui contiennent également des messages hautement stéréotypés, comme le révèle une étude qui a analysé des dessins animés d'aventure présentés à la télévision américaine (Leaper *et al.*, 2002). Au Québec, on présente maintenant des émissions pour enfants et des feuilletons qui sont plus proches de la diversité des familles actuelles et dans lesquels on peut voir des pères monoparentaux, des mères au travail, des parents homosexuels ou des familles reconstituées.

Enfin, il faut souligner que la télévision n'est pas le seul média qui véhicule des stéréotypes sexuels. Une étude canadienne (Dionne, 2007) a évalué les rôles des pères et des mères présentés dans un ensemble de livres jeunesse canadiens francophones. Les résultats démontrent que les rôles traditionnels prédominent, principalement en ce qui concerne les mères, qui ont davantage d'interactions avec les enfants. L'étude a néanmoins montré que, bien que moins fréquents, les pères adoptaient également des comportements affectueux avec leurs enfants, ce qui suggère une certaine évolution dans la représentation de leur rôle au sein de la littérature enfantine canadienne francophone.



### FAITES LE POINT

5. Nommez les quatre étapes du développement de l'identité de genre.
  6. Expliquez la différence entre un rôle sexuel et un stéréotype sexuel.
  7. Expliquez l'incidence des médias sur la transmission des valeurs culturelles relatives aux rôles et aux stéréotypes sexuels.
8. Les parents de Jérémy et Flora, qui sont jumeaux, ont trouvé amusant d'habiller leurs deux enfants avec les robes de Flora, mais Jérémy s'y est opposé en disant qu'il ne voulait pas devenir une fille. À quelle phase de l'identité de genre Jérémy se trouve-t-il et pourquoi ?

## 6.3 Les théories du développement de l'identité de genre

Parmi les théories qui tentent d'expliquer l'acquisition de l'identité de genre, nous aborderons brièvement la théorie psychanalytique, qui sera mieux explicitée dans la section portant sur les théories du développement de la personnalité, ainsi que les théories cognitives de Kohlberg, de Bandura et de Bem.

### 6.3.1 La théorie psychanalytique

Selon l'approche psychanalytique, le développement de l'identité de genre doit passer par un processus d'**identification**, c'est-à-dire par un processus selon lequel un enfant adopte les caractéristiques, les croyances, les attitudes, les valeurs et les comportements du parent de son sexe. Nous verrons plus loin que de trois à six ans, l'enfant passe par une période où le parent de même sexe que lui devient son rival, puisqu'il désire inconsciemment le parent de sexe opposé. Or, cette situation provoque une tension chez l'enfant, qui finit néanmoins généralement par s'identifier à son père (pour le petit garçon) ou à sa mère (pour la petite fille) et par adopter les caractéristiques, attitudes et comportements du parent de son sexe. Ce processus sera abordé plus en détail dans la section 6.4.1.

#### Identification

Selon Freud, processus par lequel un jeune enfant adopte les caractéristiques, croyances, attitudes, valeurs et comportements du parent du même sexe que lui.

### 6.3.2 Les théories cognitives

Parce que les autres lui disent qu'il est un garçon ou qu'elle est une fille, l'enfant se perçoit comme tel et finit, à force d'observations et de réflexion, par conclure à la permanence de son sexe. En effet, pour les théories cognitives, la construction de l'identité de genre met en jeu différents processus cognitifs que l'enfant utilise activement.

#### La théorie développementale cognitive de Kohlberg

Selon Kohlberg (1966), la connaissance du genre précède le comportement de genre (« je suis un garçon, donc j'aime faire des activités de garçon »). Les enfants cherchent activement dans leur entourage des indices qui les informent sur leur genre, puis lorsqu'ils réalisent à quel genre ils appartiennent, ils adoptent des comportements qu'ils estiment compatibles avec leur sexe. À l'âge de trois ans, une fille préfère généralement jouer avec des poupées plutôt qu'avec des camions parce qu'elle a vu d'autres petites filles le faire. Et si elle joue principalement avec d'autres petites filles, c'est parce qu'elle croit partager leurs centres d'intérêt (Ruble et Martin, 1998 ; Martin et Ruble, 2004). Ainsi, dans la mise en situation, Léa est déçue lorsqu'Aurélien lui dit qu'elle est habillée comme un garçon.



#### Constance du genre

Dernière étape du développement de l'identité de genre où la personne prend conscience qu'elle conservera le même genre toute sa vie.

Selon Kohlberg, cette acquisition des rôles associés à un sexe pivote autour de l'établissement de la **constance du genre** qui, comme nous l'avons vu dans la section 6.2, constitue la dernière étape du développement de l'identité de genre. C'est lorsque l'enfant réalise que son genre va demeurer le même toute sa vie qu'il est motivé à adopter les comportements appropriés à son sexe. Toutefois, cette position de Kohlberg est aujourd'hui remise en question par plusieurs recherches qui démontrent que les enfants affichent des préférences liées à leur sexe (par exemple, dans le choix des jouets) bien avant d'avoir acquis la constance du genre. Les théoriciens cognitivistes actuels ne croient donc plus que la constance de genre doive nécessairement précéder l'apprentissage des rôles sexuels (Martin et Ruble, 2004).

#### La théorie sociale cognitive de Bandura

Selon la théorie de l'apprentissage social traditionnelle, les enfants apprennent les rôles sexuels en observant les autres, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1. Ils choisissent généralement des modèles qui ont du pouvoir, qui sont chaleureux et qu'ils admirent. Le plus souvent, c'est le parent de même sexe qui est pris pour



modèle, mais l'enfant peut aussi modeler son comportement sur celui d'autres adultes de son entourage ou même sur celui de ses pairs. Et lorsque l'enfant reproduit le comportement d'un modèle, la réaction qu'il obtient influence la fréquence avec laquelle il répétera ce comportement. Or, puisque les parents et les autres adultes approuvent généralement chez un garçon les comportements associés au sexe masculin et chez la fille des comportements dits féminins (et réprouvent par le fait même les comportements inverses), les rôles sexuels s'en trouvent alors consolidés.

Selon la théorie sociale cognitive de Bandura (1986), l'acquisition de l'identité de genre résulte d'un processus de socialisation complexe, au cours duquel l'enfant interprète puis intériorise les expériences qu'il vit avec ses parents, ses pairs et les autres adultes (Bussey et Bandura, 1999). Cependant, la façon dont l'enfant donne un sens à ses diverses expériences joue un rôle crucial. L'observation permet en effet à l'enfant d'en apprendre beaucoup sur les rôles sexuels, avant même d'en adopter les comportements. Il ne se contente pas d'imiter directement : il peut au contraire combiner mentalement ses observations de modèles différents et produire ensuite ses propres variations comportementales. Ainsi, une petite fille qui a observé les comportements de sa mère, de sa tante et de sa gardienne pourra en sélectionner certains et combiner ces observations pour produire ce qu'elle pense être un comportement féminin. Dans la mise en situation, Aurélie se compare à ses modèles féminins : Cendrillon, sa mère et sa Barbie. Bientôt, cette enfant n'aura plus besoin de la présence de modèles, ni d'être récompensée ou réprimandée pour adopter le comportement attendu d'elle par la société. D'après les chercheurs, ce passage du contrôle social extérieur à l'autorégulation se produirait en grande partie de trois à quatre ans (Bussey et Bandura, 1992).

Bien qu'il soit indéniable que l'apprentissage par observation joue un rôle dans l'acquisition de l'identité de genre, il faut se rappeler que les méthodes d'éducation des parents ne sont pas nécessairement très différentes selon le sexe de leur enfant. Les parents ont plutôt tendance à renforcer l'entraide et à punir l'agressivité, chez les garçons comme chez les filles. Par ailleurs, la théorie sociale cognitive n'expliquant pas comment les normes culturelles concernant le genre sont intériorisées, il semble intéressant d'examiner une hypothèse complémentaire.

### La théorie du schème du genre de Bem

La **théorie du schème du genre**, dont Sandra Bem est l'instigatrice, s'inspire en partie de la théorie sociale cognitive, qu'elle combine à celle du développement cognitif, à qui elle emprunte le concept de *schème* (une représentation mentale qui organise l'information et influence le comportement). Selon cette théorie du schème du genre, dès la petite enfance, l'enfant commence à catégoriser des informations relatives aux personnes ou aux situations et il les organise autour d'un **schème du genre** (Bem, 1983, 1985, 1993). Il procède ainsi parce qu'il observe que la société classe les gens en fonction de leur sexe (par exemple, les garçons et les filles portent des vêtements différents, ne jouent pas aux mêmes jeux et « font pipi » dans les lieux publics à des endroits différents). Une fois que l'enfant réalise à quel sexe il appartient, il développe alors le schème de ce que signifie être un garçon ou une fille dans sa propre culture et il ajuste ensuite son comportement à ce schème. Selon la théorie du schème du genre, les schèmes du genre favorisent donc les stéréotypes sexuels parce qu'ils influencent les jugements portés sur le comportement. De fait, les enfants acceptent très rapidement les étiquettes sexuelles. Par exemple, si l'on donne un jouet neutre à un garçon et qu'on lui dit qu'il s'agit d'un jouet de fille, il est fort probable qu'il s'en débarrassera comme d'une patate chaude (Martin et Ruble, 2004).

Sandra Bem soutient quant à elle que les adultes ont un rôle à jouer auprès de l'enfant pour lui éviter d'adopter trop de comportements stéréotypés. Selon elle, l'**androgynie**, qui caractérise une personnalité possédant des caractéristiques des deux sexes,



#### Des modèles non stéréotypés

Des modèles non traditionnels permettent aux enfants d'adopter des attitudes moins stéréotypées.



#### Théorie du schème du genre

Théorie voulant que l'enfant se socialise en fonction des rôles appropriés à son sexe en se représentant ce que signifie être une fille ou un garçon.

#### Schème du genre

Selon Bem, représentation mentale d'un ensemble de comportements qui aide l'enfant à traiter l'information relative à ce que signifie être un garçon ou une fille.

#### Androgynie

Personnalité qui possède à la fois des caractéristiques féminines et masculines.

constitue la personnalité la plus saine. Ainsi, un individu androgyne pourra devenir autonome et sera capable de s'affirmer (des caractéristiques dites masculines), tout en faisant preuve de bienveillance, d'empathie et de compréhension (des caractéristiques dites féminines).



Comment les parents peuvent-ils donc combattre les stéréotypes sexuels véhiculés dans la société? D'abord, en ne se confinant pas eux-mêmes en tant qu'adultes dans des tâches traditionnelles ou des attitudes stéréotypées. Ensuite, en offrant à l'enfant la possibilité de choisir des jeux qui ne sont pas traditionnellement associés à son sexe. Par exemple, le parent peut proposer des camions aux filles et des poupées aux garçons. Dans la mise en situation, le père de Léa ne se conforme pas aux stéréotypes lorsqu'il encourage sa fille à porter un déguisement qui est plus typique pour un garçon.

Cependant, le contrôle exercé par les parents se restreint souvent au milieu familial. En effet, Sandra Bem a déjà raconté que lorsque son fils s'est présenté un jour à la garderie avec des rubans dans les cheveux parce qu'il trouvait cela joli, les réactions de ses amis lui ont fait rapidement comprendre que ce n'était pas là une attitude correcte pour un garçon.

Si la théorie du schème du genre tient compte de plusieurs facteurs qui influencent l'identité de genre chez l'enfant, il n'est cependant pas prouvé que le schème du genre influence les comportements des enfants (Yunger, Carver et Perry, 2004). La théorie n'explique pas non plus pourquoi certains enfants optent pour des comportements moins conformes à leur sexe. Enfin, un des problèmes posés par la théorie de Bem est que, dans les faits, l'identité de genre ne devient pas plus stéréotypée à mesure que l'enfant acquiert des connaissances au sujet des caractéristiques masculines et féminines. C'est même plutôt le contraire qui se produit (Bussey et Bandura, 1999). Ainsi, vers l'âge de cinq ou six ans, les enfants développent tout un répertoire de stéréotypes rigides à l'égard du genre, qu'ils appliquent autant à eux-mêmes qu'aux autres. Un garçon de cet âge s'attendra en effet à mieux réussir une tâche « de garçon » qu'une tâche « de fille ». Toutefois, à partir de sept ou huit ans, les schèmes de genre deviennent plus complexes au fur et à mesure que l'enfant intègre des informations contradictoires concernant les deux sexes (par exemple, le fait que beaucoup de filles portent des pantalons). L'enfant devient alors plus flexible dans sa perception des rôles sexuels (Martin et Ruble, 2004; Trautner *et al.*, 2005).

Le tableau 6.1 résume les caractéristiques des quatre théories que nous venons de présenter.



#### Plus de souplesse dans les jeux

Les parents peuvent combattre les stéréotypes sexuels véhiculés par la société en offrant à leur enfant la possibilité de choisir des jeux qui ne sont pas traditionnellement associés à son sexe.

**TABLEAU 6.1** Le développement de l'identité de genre selon quatre perspectives

Théorie	Auteur	Processus en jeu	Postulat de base
Théorie psychanalytique	Sigmund Freud	Résolution de conflits émotionnels inconscients	L'identité de genre apparaît lorsque l'enfant s'identifie au parent de même sexe que lui.
Théorie développementale cognitive	Lawrence Kohlberg	Adoption de comportements compatibles avec son sexe	Lorsque l'enfant apprend qu'il est une fille ou un garçon, il recherche les informations en accord avec son sexe et agit en fonction de ces données.
Théorie sociale cognitive	Albert Bandura	Observation et sélection de modèles, imitation et renforcement, socialisation	L'identité de genre résulte de l'observation, de l'interprétation et de l'intériorisation de standards sociaux relatifs au sexe des individus.
Théorie du schème du genre	Sandra Bem	Catégorisation cognitive combinée à l'observation de modèles	L'enfant organise les informations au sujet des comportements appropriés pour un garçon ou pour une fille en se basant sur les normes culturelles. Il intègre ensuite ces comportements dans un schème du genre et y adapte son comportement.



## FAITES LE POINT

9. Selon l'approche psychanalytique, comment se déroule le processus d'identification de l'enfant ?
10. Expliquez le rôle joué par l'établissement de la constance de genre dans la théorie de Kohlberg.
11. Selon la théorie sociale cognitive de Bandura, comment s'acquiert l'identité de genre chez l'enfant ?

## 6.4 Les théories du développement de la personnalité

L'identité de genre ne représente qu'un aspect de la personnalité du jeune enfant. Plusieurs théoriciens se sont aussi penchés sur le développement affectif et social des enfants de trois à six ans.

### 6.4.1 La théorie psychosexuelle de Freud

#### Le stade phallique

Nous avons vu dans le chapitre 4 que l'enfant traverse le stade anal entre 18 mois et 3 ans, alors qu'il fait l'apprentissage de la propreté. Ce sont les organes génitaux qui vont devenir la zone érogène investie de trois à six ans. Cette découverte marque en effet le début du **stade phallique**, un terme qui vient du mot latin *phallus* (pénis, symbole de pouvoir). Durant cette période, cruciale pour le développement de l'identité sexuelle, les enfants découvrent qu'il est agréable de toucher ses propres organes génitaux et ils expérimentent la masturbation. Ils développent aussi une curiosité sexuelle qu'ils ne possédaient pas auparavant, puisqu'ils font maintenant la différence anatomique entre les sexes, une différence qui, à cet âge, se résume selon Freud au fait d'avoir un pénis ou pas.

#### Le complexe d'Œdipe

Le **complexe d'Œdipe** représente sans doute l'événement psychique le plus important de ce stade. Celui-ci peut être défini comme le désir inconscient que ressent l'enfant pour le parent du sexe opposé. À ce stade, le garçon veut en effet entretenir une relation unique avec sa mère, à l'image de celle qu'elle entretient avec le père. Il devient donc jaloux de son père, qu'il perçoit comme un rival, et désire inconsciemment le supprimer. Par ailleurs, selon Freud, le petit garçon se sent très coupable de ce désir et des pensées qui y sont associées. Ce conflit psychique est pour lui une source d'anxiété, car il craint son père, qui représente pour lui un puissant symbole d'autorité. En outre, il a peur de perdre son pénis en se liant à une mère qui n'en possède pas : c'est ce que Freud nomme l'«angoisse de castration», qui incite le garçon à s'identifier à son père et à acquérir ainsi un peu de son pouvoir plutôt que de risquer la perte de son pénis. Les conceptions théoriques de Freud trouvent leur écho dans les anecdotes relatées par des parents, qui témoignent d'une affection particulière pour le parent du sexe opposé.

Quant à la fille, sa déception relative à l'absence de pénis la fait se tourner vers son père qui, lui, en possède un : c'est ce que Freud appelle l'«envie du pénis». La fille devient jalouse de sa mère, qu'elle perçoit comme une rivale, et elle manifeste un désir de rapprochement avec son père. Toutefois, selon Freud, le conflit psychique inconscient qui en résulte est plus difficile à surmonter pour elle, la mère étant, pour la fille comme pour le garçon, le premier objet d'amour. De plus, même si elle s'identifie

#### Stade phallique

Selon Freud, troisième stade du développement psychosexuel, caractérisé par le déplacement de la libido vers les organes génitaux et au cours duquel l'enfant perçoit la différence sexuelle selon la présence ou l'absence du pénis.

#### Complexe d'Œdipe

Conflit central du stade phallique au cours duquel l'enfant éprouve inconsciemment un désir sexuel pour le parent du sexe opposé et désire la mort de celui du même sexe. Idéalement, une fois le conflit résolu, l'enfant voudra s'inscrire dans sa société et sa culture pour y établir plus tard une relation avec un partenaire du sexe opposé étranger à sa famille.



Est-ce qu'Aurélié adopte des comportements en accord avec les conceptions théoriques de Freud ?



### Le complexe d'Œdipe

Au stade phallique, l'enfant accorde beaucoup d'importance au parent du sexe opposé.

### Crise de l'initiative versus la culpabilité

Selon Erikson, troisième crise du développement psychosocial, au cours de laquelle l'enfant de trois à six ans doit réaliser l'équilibre entre le désir d'atteindre des buts et les jugements moraux liés à ce qu'il veut faire.

à sa mère, la petite fille ne pourra jamais obtenir le pénis qu'elle convoite. La théorie psychosexuelle accorde une grande importance à l'homme et au pénis à titre de symbole de supériorité. Dans les faits, ce serait davantage le statut social de l'homme, et non son pénis, qui serait envié par la femme (Horney, 1967). Horney suggère aussi que certains comportements masculins, comme le désir de reconnaissance sociale, pourraient constituer en réalité une compensation à l'impossibilité pour les hommes d'enfanter. Dans ce contexte, les hommes auraient une « envie de l'utérus », soit le désir inconscient de porter des enfants (Horney, 1967).

Pour l'un comme pour l'autre, le complexe d'Œdipe n'est donc pas le reflet d'un amour idyllique, mais une source de remords et d'anxiété. La résolution de l'Œdipe passe par un processus d'identification au parent de même sexe et par la formation du surmoi. Prenant conscience qu'il ne peut former un couple avec le parent de sexe opposé, l'enfant choisit plutôt de devenir comme son parent de même sexe. Le surmoi, la troisième instance de la personnalité, apparaît environ au même moment, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1. Le surmoi intègre les valeurs et les règles sociales, dont l'interdit de l'inceste. Étant donné l'importance fondamentale de l'identification au parent de même sexe dans la résolution du complexe d'Œdipe, on peut se demander comment Freud aurait expliqué le développement des enfants qui vivent aujourd'hui dans une famille dont les deux parents sont de même sexe.

## 6.4.2 La théorie psychosociale d'Erikson

Selon Erikson, vers trois ans, l'enfant entre dans la **crise de l'initiative versus la culpabilité**. L'autonomie acquise au stade précédent ainsi que le développement de ses nouvelles habiletés cognitives amènent l'enfant non seulement à agir de plus en plus de façon indépendante, mais aussi à vouloir prendre des initiatives, élaborer des projets et les réaliser. Cependant, l'enfant perd parfois de vue ses limites, ce qui peut entraîner un sentiment de culpabilité à l'égard de ses motivations ou de ses actes. Par ailleurs, l'enfant désire fortement être approuvé par les adultes. C'est pourquoi il peut aussi se sentir coupable lorsque ses parents freinent ses initiatives.

L'enfant qui traverse bien cette crise développera le sens de l'initiative et le *courage*, une force adaptative qui lui permettra de se donner des buts, comme nous l'avons vu dans le tableau 1.3. (voir la page 16) Il pourra agir sans être inhibé par la culpabilité et la peur de la punition, sera en mesure d'assumer pleinement ses responsabilités et fera donc preuve d'une certaine mesure dans ses initiatives (Erikson, 1982). Quant à l'enfant qui traverse cette crise avec difficulté, il pourra être dépourvu de toute spontanéité et rongé par la culpabilité, ce qui influencera sa façon d'amorcer la crise suivante. En effet, l'initiative de l'enfant va bien souvent au-delà des cadres établis par les parents et peut l'amener à transgresser leurs règles. Si l'enfant est critiqué ou puni sans explication, il ressentira la honte d'avoir déçu le parent. Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant d'âge préscolaire ne perçoit pas de nuances dans les rétroactions qu'il reçoit des adultes. Ainsi, devant la critique, l'enfant perçoit qu'il est incompetent ou méchant, et le sentiment de honte associé à cette interprétation peut entraver le stade de développement suivant. À l'opposé, il est également possible qu'un enfant n'ayant subi aucun contrôle de la part de ses parents ressorte de cette crise avec un sens de l'initiative trop exubérant et qu'il ne tienne pas compte des autres. Or, cela n'est pas non plus souhaitable, puisque le monde de l'enfant s'ouvre désormais à des interactions sociales toujours plus nombreuses et diverses auxquelles il doit s'ajuster. La résolution de ce stade repose ainsi en grande partie sur la réponse des parents envers les initiatives de l'enfant et sur leur façon de favoriser son autonomie tout en maintenant la discipline et l'autorité nécessaires à son développement.

### 6.4.3 La perspective sociale cognitive

La perspective sociale cognitive présente une vision différente des approches psychanalytiques traditionnelles en ce qui a trait au développement de la personnalité. Elle suggère en effet un lien étroit entre les nouvelles capacités cognitives des enfants d'âge préscolaire et les nombreux changements émotionnels qu'ils expérimentent (Macrae et Bodenhausen, 2000). La métacognition, c'est-à-dire la capacité de réfléchir au sujet de la pensée, a maintenant un rôle à jouer dans l'élaboration du concept de soi (Flavell, 1985). De fait, l'enfant peut désormais réfléchir sur les connaissances relatives à sa personnalité. Le concept de soi passe donc par une conscience des expériences métacognitives intimes et par l'acquisition de connaissances significatives sur soi-même.

Piaget (1954) avait déjà démontré la capacité des enfants à catégoriser, sur la base de ressemblances ou de divergences, non seulement les objets, mais également les personnes (dont eux-mêmes). Cette acquisition logicocognitive permet, entre autres, à l'enfant de deux à sept ans de mieux se connaître par le traitement d'affects intuitifs tels que les sentiments sociaux élémentaires ou les premiers sentiments moraux de reconnaissance (Cloutier, Gosselin et Tap, 2005).



#### FAITES LE POINT

12. Expliquez à quel stade et comment se manifeste le complexe d'Œdipe chez le garçon et chez la fille selon la théorie psychosexuelle de Freud.
13. Quelle est l'issue positive de la crise de l'initiative *versus* la culpabilité dans la théorie psychosociale d'Erikson ?
14. Expliquez le postulat de base de la perspective sociale cognitive.

## 6.5 Le développement social

De trois à six ans, le cercle social de l'enfant s'élargit. Celui-ci fréquente la garderie, puis la maternelle, et il rencontre d'autres enfants et adultes, ce qui lui donne l'occasion de faire de nouveaux apprentissages comme celui de l'amitié. L'enfant peut alors développer des compétences sociales ou encore éprouver certaines difficultés comportementales (par exemple, l'agressivité). Des études ont été effectuées afin de déterminer si les enfants uniques, qui représentent 47 % des foyers québécois (Statistique Canada, 2011), éprouvaient plus de difficulté dans ce processus de socialisation. En effet, ces derniers doivent apprendre à partager leur espace avec des pairs, à attendre leur tour, à tenir compte des autres et à les écouter. Or, les recherches ne montrent pas de différences significatives entre les enfants uniques et ceux ayant des frères et des sœurs en ce qui a trait à la capacité de s'adapter, à la sociabilité et à la popularité (Falbo, 2006). Les observations montrent plutôt que les enfants uniques sont non seulement motivés, mais qu'ils possèdent aussi les habiletés à entrer en relation avec les autres à l'âge préscolaire (Royer, 2004).

### 6.5.1 Les premiers amis

L'ouverture de plus en plus grande de l'enfant sur le monde extérieur le rend curieux des autres et plus particulièrement des enfants qui l'entourent. En très bas âge, les enfants peuvent jouer les uns à côté des autres sans avoir d'interaction véritable. Toutefois, autour de trois ans, ils sont en mesure de développer de l'amitié. Comme pour les relations avec les frères et sœurs, que nous avons décrites dans le chapitre 4, les interactions amicales ont des fonctions précises. De fait, elles aident l'enfant à s'adap-



### Deux amis

Les enfants d'âge préscolaire préfèrent entrer en relation avec des enfants du même sexe et du même âge qu'eux et apprennent que, pour avoir des amis, il faut soi-même se montrer amical.

ter aux autres, à se montrer empathique, à apprendre à résoudre des conflits et à observer divers modèles de comportements. Les enfants apprennent également les normes qui régissent les rôles sexuels ainsi que les valeurs morales nécessaires à la vie en société. Ils apprennent enfin à gérer leur agressivité.

Généralement, les enfants d'âge préscolaire préfèrent entrer en relation avec des enfants du même sexe et du même âge qu'eux, et les enfants qui ont ensemble des expériences positives fréquentes sont plus susceptibles de devenir amis (Rubin, Bukowski et Parker, 1998). On estime qu'à cet âge, 75 % des enfants entretiennent des amitiés mutuelles (Hartup et Stevens, 1999). Que recherchent donc les enfants de cet âge dans l'amitié? Ils recherchent tout d'abord des caractéristiques similaires aux leurs, préfèrent les enfants qui démontrent des comportements prosociaux (Hart *et al.*, 1992) et rejettent les enfants perturbateurs, intrusifs ou agressifs (Ramsey et Lasquade, 1996). Pour eux, les aspects les plus importants de l'amitié consistent à faire des activités ensemble, à s'apprécier, à s'aider mutuellement et, dans une moindre mesure, à habiter à proximité et à fréquenter la même école.

Ce développement de l'amitié comporte plusieurs conséquences bénéfiques pour l'enfant. Les enfants qui ont des amis, qui se sentent appréciés par eux et qui bénéficient de leur soutien sont en effet plus heureux. Ils vont, au besoin, chercher de l'aide auprès de leurs amis. Les enfants apprennent aussi très vite à différencier les comportements qui sont acceptables de ceux qui ne le sont pas pour leur groupe de pairs. Au moyen des renforcements ou des punitions en provenance des pairs, ils vont ainsi avoir tendance à éliminer les comportements inadéquats et à maintenir ceux qui sont appréciés. L'importance du développement cognitif dans l'élaboration des habiletés sociales est donc ici manifeste : l'enfant doit être en mesure de se forger une représentation réaliste de son comportement, de porter un jugement et ensuite de décider de modifier le comportement en question (Royer et Provost, 2004). Les relations amicales consolident également le développement affectif. Par exemple, lors d'une situation de conflit, l'enfant doit apprendre à les exprimer en tenant compte des règles établies dans le contexte social dans lequel il se trouve (Bouchard, Coutu et Landry, 2011). Un tempérament facile (comme nous l'avons vu dans le chapitre 4) et une estime de soi élevée sont positivement corrélés aux compétences sociales des enfants.

Les comportements sociaux des enfants se regroupent en trois grandes catégories : les comportements prosociaux, les comportements internalisés et les comportements externalisés. Nous allons examiner ces trois types de comportement dans les sections qui suivent.

## 6.5.2 Le comportement prosocial

Nous avons vu dans le chapitre 4 que le lien d'attachement développé durant la petite enfance est déterminant pour l'établissement des futurs liens interpersonnels. En effet, les enfants qui ont connu un attachement sécurisant lorsqu'ils étaient nourrissons ont davantage de chances de bien s'entendre avec les autres et de développer par la suite des amitiés fortes. Des études longitudinales ont aussi démontré que ces enfants deviennent plus sociables, plus populaires et qu'ils s'adaptent mieux à la vie en société (Goldberg, 2000). Ce type d'attachement prépare donc mieux l'individu à l'intimité des relations amicales (Carlson, Sroufe et Egeland, 2004).

Nous avons également vu qu'un enfant commence à éprouver de l'empathie dès l'âge de deux ans. La suite logique de cette empathie est le **comportement prosocial**, qui prend la forme de comportements volontaires à l'égard d'autrui et dont l'objectif est le bénéfice de l'autre. Ainsi, si un enfant de trois ans et demi accepte de partager sa pâte à modeler avec ses amis, malgré qu'il n'y en ait pas assez pour tous et que ce jeu soit son préféré, c'est qu'il fait preuve d'**altruisme** : il tient compte des autres, et ce, sans espérer de récompense pour lui-même en retour. Dans la mise en situation, Aurélie fait preuve d'altruisme lorsqu'elle donne un de ses bonbons à Léa.

### Comportement prosocial

Comportement volontaire à l'égard d'autrui et dont l'objectif est le bénéfice de l'autre.

### Altruisme

Comportement pouvant impliquer un sacrifice personnel et qui a pour but d'aider les autres, sans égard à ses propres intérêts et sans espoir de récompense.



L'altruisme est au cœur du comportement prosocial ; il s'exprime par une activité volontaire ayant pour but d'aider les autres et pouvant parfois comporter des sacrifices ou des risques. Il a été démontré que les comportements de coopération chez les enfants de trois ans et demi sont préférentiellement adressés à trois catégories de personnes : celles qui sont proches de l'enfant, celles qui partagent avec l'enfant et également celles qui partagent avec les autres (Olson et Spelke, 2008). Ainsi, les enfants qui ont des comportements prosociaux ont également plus de chance d'être la cible de comportements prosociaux de la part des autres enfants. Ces préoccupations pour l'autre augmentent au fur et à mesure que l'enfant avance en âge (Fabes et Eisenberg, 1996). Une étude longitudinale a montré que les enfants qui partagent spontanément à l'âge préscolaire adoptent davantage de comportements prosociaux lorsqu'ils sont de jeunes adultes (Coplan *et al.*, 2004). Enfin, même si les filles sont généralement plus orientées vers des comportements prosociaux que les garçons, les différences demeurent minimales (Eisenberg et Fabes, 1998).

Selon une étude portant sur 9319 paires de jumeaux dont le comportement prosocial était évalué par leurs parents et par leurs enseignants aux âges de trois, quatre et sept ans, le développement des comportements prosociaux serait influencé à la fois par l'hérédité et par le milieu. Les parents qui étaient affectueux et respectaient une stratégie disciplinaire positive encourageaient la tendance naturelle de l'enfant à adopter des comportements prosociaux (Knafo et Plomin, 2006). De façon caractéristique, les parents d'enfants prosociaux le sont également : ils mettent l'accent sur des modèles de comportements prosociaux et orientent leurs enfants vers des films, des histoires et des émissions de télévision qui font la promotion de la coopération, du partage et de l'empathie (Singer et Singer, 1998). En effet, l'exposition à des médias à vocation éducative contribuerait au développement de l'altruisme, de la coopération et même de la tolérance (Wilson, 2008). En outre, lorsque l'enfant commet un acte répréhensible, ses parents lui montrent l'effet de son comportement sur les autres. Par exemple, lorsqu'un enfant prend un bonbon sans le payer, on lui fait comprendre les conséquences de cet acte sur le marchand et ce qu'il ressentirait s'il était à la place de ce dernier.

La culture influence également l'acquisition de comportements prosociaux. Dans la culture nord-américaine, où les familles ne comptent souvent qu'un seul enfant, l'accent est surtout mis sur l'accomplissement individuel. Dans d'autres cultures plus traditionnelles, les enfants grandissent dans des familles étendues où l'on préconise davantage le partage des tâches et où l'on inculque des valeurs prosociales aux enfants (Eisenberg et Fabes, 1998). Ceci étant, même si l'on transmet des valeurs prosociales aux enfants, il peut arriver que certains d'entre eux présentent tout de même des problèmes de comportement.

### 6.5.3 Les problèmes de comportement

Comment peut-on distinguer un comportement dérangeant d'un problème de comportement ? La réponse n'est pas évidente, puisqu'elle varie en fonction de l'intensité et de la durée du comportement, ainsi qu'en fonction du degré de tolérance des adultes qui s'occupent de l'enfant. Les études qui sont menées auprès d'enfants d'âge préscolaire souffrant de problèmes de comportement sont plus rares que celles menées auprès d'échantillons d'enfants d'âge scolaire. Cependant, il semble que la proportion d'enfants de cet âge souffrant de ce type de problèmes se situerait entre 4 % et 22 % (Vitaro et Gagnon, 2000). On parle de problèmes de comportement lorsqu'un enfant, dans un contexte de groupe, dérange et perturbe ses pairs à un point tel que les adultes se sentent impuissants et dépassés, ou encore si l'enfant se retire du groupe de façon constante. Ce dernier comportement est qualifié de **comportement internalisé** : il prend la forme d'un retrait de l'enfant dans ses interactions avec les autres. Contrairement aux comportements externalisés, qui ne dérange que les autres, les comportements internalisés affectent l'enfant lui-même et peuvent perturber sérieusement



#### Le développement de qualités prosociales

Les enfants qui ont des responsabilités à la maison ont tendance à développer des qualités prosociales telles que la coopération et la serviabilité. Ils ont ainsi de fortes chances d'entretenir également des relations affectives avec les gens.



Quels éléments de la réaction de la mère d'Aurélië l'inciteront à ne plus adopter de comportement agressif envers son frère ?

#### Comportement internalisé

Trouble de comportement qui prend la forme d'un retrait de l'enfant de ses interactions avec les autres.

**Retrait social**

Problème de comportement caractérisé par l'isolement volontaire de l'enfant de son groupe social ainsi que par l'absence de contacts affectifs et physiques avec ses pairs.

**Comportement externalisé**

Trouble de comportement qui prend la forme de manifestations antisociales et souvent agressives.

**Le retrait social**

L'enfant qui souffre d'un problème de retrait social n'a pas de contacts avec les autres enfants et ne leur parle pas.

**Agressivité instrumentale**

Forme d'agressivité utilisée pour atteindre un but, comme obtenir un jouet ou exercer un contrôle sur l'espace environnant.

son fonctionnement affectif et social. Le plus connu de ces comportements est le **retrait social**. L'enfant qui en souffre se tient à l'écart de ses pairs ; il ne leur parle pas et n'a pas de contacts physiques avec eux. Selon Coutu et ses collaborateurs (2004), ces enfants sont « passifs et s'intéressent peu aux activités sociales, ils sourient rarement, ils sont fréquemment distraits, ils sont peu portés à explorer de nouveaux objets, enfin, ils paraissent inquiets et dépressifs ». Certains enfants peuvent vivre des épisodes de retrait social lors de périodes de transition ou d'adaptation, mais ce comportement n'est alors que passager et non généralisé comme c'est le cas chez l'enfant qui vit un réel problème. Par ailleurs, ces auteurs nous mettent en garde contre la confusion qui peut s'établir entre l'enfant souffrant de retrait social et l'enfant solitaire. En effet, un enfant n'est pas considéré comme ayant un problème de comportement si son jeu est actif et s'il fonctionne bien tout en préférant la solitude.

Inversement, les **comportements externalisés**, c'est-à-dire les comportements qui présentent des manifestations antisociales et souvent agressives, sont dirigés vers autrui : l'enfant frappe, pousse ou mord les autres (Royer et Provost, 2004). Il extériorise ses difficultés en s'en prenant aux gens qui se trouvent autour de lui. Il existe trois types de problèmes externalisés : l'hyperactivité, l'opposition à l'adulte et l'agressivité. Les sections qui suivent étant spécifiquement consacrées à l'agressivité et à l'opposition à l'adulte, nous allons tout de même aborder brièvement l'hyperactivité, qui sera vue plus en détail dans le chapitre 7.

L'enfant hyperactif a une faible capacité de concentration et d'attention : il est impulsif et agité, il tolère mal l'attente ou les moments d'inaction. On comprendra que, dans un groupe, cet enfant va demander beaucoup d'attention et souvent déranger les autres. Cela touchera probablement aussi ses relations sociales, puisqu'il sera peut-être rejeté à la fois par les adultes et par ses pairs.

Comme son nom l'indique, l'opposition à l'adulte est présente chez un enfant qui se montre hostile et agressif envers les figures d'autorité (parents, éducateurs, etc.). Celui-ci refuse toute forme d'encadrement ou d'obéissance et, lorsque l'adulte le punit, l'enfant réagit fortement soit en adressant des blâmes, soit en brandissant des menaces. Comme nous l'avons vu, l'opposition est une forme normale de comportement autour de deux ou trois ans et cette affirmation de l'enfant devant l'adulte peut même être saine. Aussi, l'existence d'un réel problème peut être difficile à reconnaître et, parfois, cela peut prendre du temps. En effet, c'est seulement autour de sept ou huit ans qu'un « trouble oppositionnel » peut être diagnostiqué, et ce, si le problème a persisté jusque-là.

### 6.5.4 L'agressivité

L'agressivité constitue le troisième type de comportement externalisé. Elle est utilisée très fréquemment dans la petite enfance sous forme d'**agressivité instrumentale**, c'est-à-dire celle qui est utilisée pour atteindre un but. De deux à cinq ans, les enfants l'utilisent souvent pour avoir un jouet ou pour exercer un contrôle sur l'espace environnant, et elle apparaît surtout lors des jeux collectifs. Par ailleurs, les enfants de cet âge qui se battent le plus tendent à être aussi les plus sociables et les plus compétents. Cette capacité à faire preuve d'une certaine agressivité instrumentale pourrait donc constituer un pas nécessaire dans le développement social. Au fur et à mesure que les enfants développent leur contrôle de soi et qu'ils sont plus aptes à s'exprimer verbalement, on note cependant une nette diminution dans le recours à l'agressivité instrumentale : ils ne se battent plus avec des coups, mais avec des mots (Coie et Dodge, 1998). Ces comportements agressifs diminueraient, pour les garçons comme pour les filles, au moment de l'entrée à l'école.

Selon Richard E. Tremblay, dont il est question dans l'encadré 6.1 (voir la page 196), un enfant d'âge scolaire qui présente des problèmes d'agressivité risque davantage de maintenir ces comportements à l'adolescence. La période préscolaire est donc



intéressante, parce qu'elle constitue un moment privilégié d'intervention avant qu'il ne soit trop tard. Si cette intervention est plus appropriée à l'âge préscolaire, c'est parce que l'enfant est en train de développer les instruments cognitifs, affectifs et sociaux qui lui sont nécessaires pour maîtriser son agressivité : il est alors plus apte à tolérer la frustration et à la verbaliser, il peut faire preuve d'empathie et il possède un répertoire plus vaste de comportements de résolution de problèmes (Shaw, 2003).

On observe plus de comportements agressifs chez les garçons que chez les filles et ce, dès l'âge de deux ans (Baillargeon *et al.*, 2007 ; Pellegrini et Archer, 2005). Par exemple, dès la petite enfance, les garçons sont plus portés à enlever un jouet des mains d'un autre enfant. Néanmoins, les filles démontrent des signes d'agressivité plus subtile (Putallaz et Bierman, 2004). En effet, alors que les garçons s'engagent dans des comportements d'agressivité directe en utilisant la force physique et les menaces dirigées ouvertement vers l'autre, les filles adoptent plus volontiers des comportements d'**agressivité indirecte**. Ce type d'agressivité peut prendre la forme de menaces indirectes, de manipulation ou d'attitudes de dénigrement. Rejeter, se moquer, « traiter de noms », répandre des rumeurs, retirer son affection ou ostraciser sont autant de formes d'agressivité indirecte. Cependant, les filles d'âge préscolaire peuvent manifester leur agressivité directement : « je ne t'inviterai pas à ma fête si tu ne me donnes pas ton crayon » (Archer, 2004 ; Brendgen *et al.*, 2005 ; Crick, Casas et Nelson, 2002).

#### **Agressivité indirecte**

Forme d'agressivité plus souvent adoptée par les filles et qui prend la forme de menaces ou de manipulation dans le but de blesser une autre personne.

### **Les facteurs associés à l'agressivité chez l'enfant**

L'agressivité chez l'enfant peut être associée à des facteurs biologiques comme le tempérament et des facteurs sociaux comme l'éducation. D'un point de vue biologique, les enfants dont l'émotivité est plus intense et qui font preuve de peu de contrôle de soi, comme c'est le cas pour les enfants ayant un tempérament difficile, vont exprimer plus facilement leur colère par l'agressivité (Eisenberg *et al.*, 1994). L'influence de l'hérédité sur les comportements agressifs serait variable selon le type d'agressivité (physique ou psychologique). En effet, une étude comportant 234 jumeaux âgés de 6 ans a démontré que 50 % des comportements d'agressivité physique auraient une explication génétique (Brendgen *et al.*, 2005).

Le comportement des parents influence aussi grandement le développement de l'agressivité. Ainsi, une étude a démontré que des garçons de cinq ans qui avaient été exposés à la cocaïne durant leur développement prénatal et qui vivaient avec leur mère monoparentale dans un milieu pauvre, instable ou stressant avaient tendance à adopter des comportements plus agressifs, comme la violence et l'intimidation (Bendersky, Bennett et Lewis, 2006). Tremblay (2004) note quant à lui que les garçons dont la mère a donné naissance à leur premier enfant avant l'âge de 20 ans tout en n'ayant pas terminé l'école secondaire sont ceux qui présentent le plus de risques de devenir des agresseurs physiques chroniques, et ce, à compter du moment où ils entrent à la maternelle jusqu'à l'adolescence. Comme ces mères vivent souvent en situation de monoparentalité et dans des conditions de grande précarité, on constate qu'elles peuvent avoir plus de difficultés à remplir leurs tâches parentales que celles vivant dans les milieux plus favorisés. En effet, ces femmes peuvent éprouver du mal à se trouver un emploi, vivre des difficultés financières, occuper un logement inadéquat, ressentir de la honte relativement à leur situation et disposer de peu de soutien de leur entourage ou des services de répit (Wendland et Levandowski, 2012).

Ainsi, l'agressivité peut prendre sa source dans une combinaison de facteurs stressants : une discipline sévère, un manque de comportements chaleureux de la part des parents, l'absence de soutien social ou encore l'exposition à la violence adulte à la maison ou dans le voisinage. Les enfants dont la mère présente un comportement de rejet sont aussi exposés à un facteur de risque important.

**Richard E. Tremblay** | Professeur émérite à l'Université de Montréal et chercheur au centre de recherche de l'hôpital Sainte-Justine



### L'agressivité chez l'enfant

Détenteur d'une maîtrise de l'Université de Montréal et d'un doctorat de l'Université de Londres, Richard E. Tremblay est professeur de pédiatrie, de psychiatrie et de psychologie à l'Université de Montréal, professeur émérite à l'Université de Montréal et chercheur et responsable de l'axe « maladies du cerveau » au centre de recherche de l'hôpital Sainte-Justine,

professeur au University College de Dublin en Irlande, fondateur et directeur du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP), directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et membre de l'Ordre national du Québec. Il est reconnu pour ses travaux avant-gardistes portant sur la socialisation des enfants et la prévention de la violence. En effet, le professeur Tremblay a consacré sa carrière à la compréhension du développement des comportements violents et à l'expérimentation de programmes éducatifs pouvant favoriser le développement moral et social.

Richard E. Tremblay s'intéresse aux questions d'éducation liées au développement biopsychosocial. Ses travaux sur le développement de l'agression physique durant la petite enfance ont suscité un important changement de paradigme. Alors que la recherche concernant le développement de l'agression tentait de répondre à la question suivante : « Quand et comment les enfants apprennent-ils à agresser ? » en s'intéressant surtout aux enfants du primaire et du secondaire, Richard E. Tremblay a démontré que la question devrait plutôt se poser ainsi : « Quand et comment les enfants apprennent-ils à *ne pas* agresser ? » La réponse est donc désormais à chercher du côté de la petite enfance.

Selon la théorie de l'apprentissage social traditionnelle, les comportements agressifs seraient acquis par l'observation de modèles de comportements similaires. Or, s'il en était ainsi, les manifestations agressives devraient augmenter avec l'âge, les enfants étant de plus en plus exposés à des modèles de comportements agressifs à mesure qu'ils vieillissent. Pourtant, c'est le phénomène inverse que le chercheur a pu observer (Tremblay, 2008, 2010). En effet, la fréquence des agressions physiques tend plutôt à diminuer chez les jeunes entre l'entrée à l'école primaire et la fin du secondaire. De plus, certaines études longitudinales portant sur la petite enfance ont démontré que les actes d'agression physique sont présents dès l'âge de 18 à 24 mois et que la fréquence de ces actes a tendance à augmenter jusqu'à l'âge de 30 à 42 mois, pour diminuer ensuite progressivement (Côté *et al.*, 2006; Tremblay *et al.*, 2004). Ces résultats amènent Richard E. Tremblay à conclure que « contrairement aux croyances traditionnelles, les enfants n'ont pas besoin d'observer des modèles d'agression physique pour commencer à user de ce genre de comportements. [...] Ainsi, plutôt que d'apprendre à recourir à l'agression physique par l'intermédiaire de leur environnement, les enfants

apprennent à *ne pas recourir* à l'agression physique grâce à divers types d'interactions avec leur environnement » (Tremblay, 2008).

Richard E. Tremblay présente ainsi l'agressivité comme une tendance innée que l'enfant apprend à maîtriser au contact de la société. En effet, le plaisir retiré à observer ou à manifester des comportements agressifs serait un héritage de l'évolution au cours de laquelle l'être humain devait survivre dans des environnements hostiles. Il souligne que le sport est un excellent moyen pour l'enfant de canaliser son agressivité d'une façon socialement acceptable.

Un des apports les plus importants du professeur Tremblay réside dans la création d'études longitudinales sur le développement humain. Ces études ont été inspirées par ses premières expériences cliniques consacrées à la rééducation d'adultes et de jeunes délinquants. Une conclusion s'est alors imposée : la prévention la plus efficace contre le développement de comportements délinquants et criminels réside dans l'intervention dès la petite enfance. Appuyé par des collaborateurs aux quatre coins du monde, il est maintenant en mesure de suivre le développement de plus de 30 000 enfants. L'ampleur de ses études longitudinales est telle qu'elles couvrent aujourd'hui le développement humain de la grossesse au début de l'âge adulte.

Le professeur Tremblay a également mené à bien quelques-unes des plus importantes expérimentations en éducation pour la prévention du développement des comportements antisociaux. Ainsi, le programme qu'il a mis au point pour de jeunes enfants perturbateurs à l'école maternelle est maintenant recommandé par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, en plus d'être utilisé par le US National Institute of Mental Health comme modèle d'un programme d'intervention scientifiquement valable. Ce programme comprend trois éléments clés, soit le soutien aux parents par des visites à domicile, l'apprentissage d'habiletés sociales au contact des amis à l'école et le soutien aux enseignants. Ce programme a entraîné certains bénéfices selon une étude longitudinale menée sur des jeunes garçons québécois de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte (Vitaro *et al.*, 2012).

En outre, il faut souligner l'engagement du professeur Tremblay à diffuser le savoir scientifique au-delà des cercles académiques. À cet égard, la création du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) est une importante réalisation, directement au service de l'intérêt public. En effet, grâce au CEDJE, un solide réseau international assure désormais le transfert des connaissances scientifiques aux responsables des politiques et des services destinés aux jeunes enfants.

Richard E. Tremblay a apporté une réelle contribution à la compréhension des comportements agressifs au cours de la petite enfance. Les chercheurs qui marcheront dans ses pas nous permettront de comprendre davantage les mécanismes développementaux des comportements agressifs de la naissance jusqu'à la maturité.

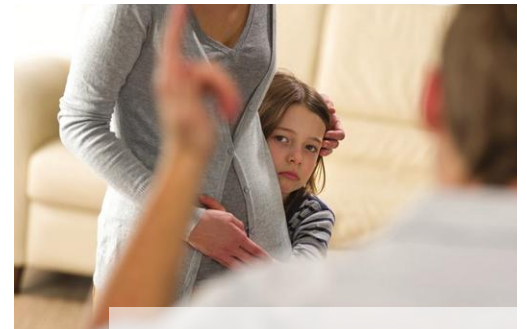
Une étude longitudinale a en effet démontré qu'un attachement de type insécurisant et un manque de chaleur maternelle et d'affection dans l'enfance sont des signes qui prédisent de l'agressivité durant la petite enfance (Coie et Dodge, 1998; MacKinnon-Lewis *et al.*, 1997).

En outre, les attitudes éducatives des parents sont également à considérer. En effet, les parents d'enfants qui ont des comportements agressifs ne renforcent généralement pas les bons comportements de l'enfant, et ils sont le plus souvent sévères et inconsistants dans l'attribution des punitions (Coie et Dodge, 1998). De plus, les parents qui abandonnent leurs demandes à la suite d'une réaction agressive de l'enfant encouragent chez lui la réapparition de ce comportement. Ainsi, l'enfant voit son agressivité renforcée par l'adulte et aura alors tendance à répéter ce type de comportement. Par ailleurs, les comportements manipulateurs des parents à l'égard de l'enfant, tels que lui retirer leur amour ou le culpabiliser et l'humilier, peuvent également favoriser chez lui une agressivité sociale (Farver *et al.*, 2005; Brendgen *et al.*, 2005). Enfin, des enfants battus au cours de leurs cinq premières années d'existence courent aussi plus de risques d'adopter des comportements agressifs à l'école (Pettit, Bates et Dodge, 1997). L'encadré 6.2 (*voir la page suivante*) fait état de la frustration et de l'humiliation souvent ressenties par l'enfant soumis à la punition corporelle.

### Les déclencheurs de l'agressivité

L'exposition à la violence, dans la vie quotidienne ou à la télévision, peut-elle inciter à l'adoption de comportements agressifs? Dans une étude classique de Bandura (Bandura, Ross et Ross, 1961), des enfants de trois à six ans ont eu à observer individuellement des adultes en train de s'amuser avec des jouets. Les enfants étaient divisés en trois groupes. Le premier groupe était composé d'enfants qui observaient un adulte en train de jouer calmement. Dans le deuxième groupe, les enfants observaient un modèle qui jouait avec des blocs et qui se mettait soudainement à frapper une poupée gonflable d'un mètre cinquante, à la jeter par terre et à la rouer de coups de pied. Les enfants du troisième groupe (le groupe témoin) n'observaient aucun modèle. Après cette séance, on a conduit les enfants des trois groupes dans une autre salle de jeu. On a alors noté que les enfants qui avaient observé le modèle agressif se montraient beaucoup plus agressifs que ceux des autres groupes. Ils ont en effet répété plusieurs des paroles entendues et reproduit certaines actions dont ils avaient été témoins. Quant aux enfants qui avaient été en contact avec le modèle calme, ils se sont montrés moins agressifs que ceux du groupe témoin, qui n'avaient eu aucun modèle. Cette expérience issue de la théorie de l'apprentissage social démontre que le comportement des adultes peut influencer sur l'agressivité des enfants. Les parents peuvent donc apprendre à l'enfant à modérer ses réactions à la frustration en lui offrant des modèles de comportement non agressif.

Même si l'enfant a peu d'occasions d'observer des comportements agressifs, certains environnements familiaux sont plus propices que d'autres au déclenchement de comportements violents. Une atmosphère familiale stressante, offrant peu de stimulations, une discipline trop stricte, un manque d'affection et de support et un manque de relations amicales stables peuvent conduire à un risque plus élevé d'adoption de comportements agressifs (Dodge, Pettit et Bates, 1994; Grusec et Goodnow, 1994). L'exposition à la violence dans le quartier où demeure l'enfant peut également l'influencer et l'amener à adopter des comportements agressifs, même lorsque les adultes de son entourage immédiat ne font pas usage de la violence (Farver *et al.*, 2005).



#### L'exposition à des comportements violents

Selon la théorie de l'apprentissage social, l'exposition à des comportements adultes violents pourrait être un déclencheur de l'agressivité chez l'enfant.

## ENCADRÉ 6.2 D'UNE CULTURE À L'AUTRE

**Pour ou contre la punition corporelle ?**

La punition corporelle est définie comme étant l'utilisation de la force dans l'intention de causer de la douleur ou de contrôler le comportement d'un enfant (Straus, 1994). Elle peut prendre la forme de fessées, de tapes sur le corps ou sur le visage, de pincements, etc. Certains parents prétendent que la punition corporelle permet de développer le respect de l'autorité et qu'elle est acceptable si elle est appliquée avec modération par des parents aimants (Kazdin et Benjet, 2003; McLoyd et Smith, 2002).

Si quelques auteurs ont appuyé par le passé cette position (Baumrind, 1996a, 1996b, 1997; Larzelere, 1996), de plus en plus d'études soulignent les conséquences néfastes de la punition corporelle sur le développement physique, comportemental, cognitif, relationnel, neuropsychologique et émotionnel de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 1998; Besnard *et al.*, 2011; CLIPP, 2005a; Lansford, 2012; Straus, 2013). Selon une vaste méta-analyse (Gershoff, 2002), la punition corporelle entraînerait effectivement la conformité immédiate, mais nuirait à la relation avec le parent et au développement des contrôles internes nécessaires au fonctionnement social de l'enfant.

Certaines études soulignent l'importance des facteurs génétiques (Barnes *et al.*, 2013) et culturel (Lansford *et al.*, 2005) dans la relation entre la punition corporelle et les troubles comportementaux. Plus spécifiquement concernant les facteurs culturels, l'usage de la fessée ne serait pas accompagnée de conséquences néfastes si le contexte culturel la considère comme normale et courante (Lansford *et al.*, 2005). De plus, une étude menée auprès de 1990 enfants américains d'origine européenne, afro-américaine et hispanique démontre que la fessée n'entraîne pas de problèmes comportementaux si elle est accompagnée d'un solide soutien affectif (McLoyd et Smith, 2002). Il existe cependant trop peu d'études sur le sujet pour affirmer avec certitude quelles seront les conséquences de la punition corporelle.

Les cultures dans lesquelles le recours à la punition corporelle est le plus fréquent sont celles qui présentent des niveaux élevés de stratification sociale, un système politique antidémocratique (Ember et Ember, 2005), une religion qui encourage la punition corporelle (Greven, 1991; Kuczynski et Hildebrandt, 1997) un faible indice de développement humain et l'absence d'interdiction légale de recourir à la punition corporelle (Lansford et Deater - Deckard, 2012).



Ainsi, le débat sur la punition corporelle s'inscrit plus largement dans un contexte politique et légal. Selon la Charte des droits des enfants, la convention la plus largement reconnue mondialement (UNICEF, 2005) et la seule qui s'adresse spécifiquement à la petite enfance (Britto et Ulker, 2012), les châtiments corporels sont incompatibles avec le développement sain de l'enfant. Cette charte a entraîné l'interdiction de la punition corporelle dans plusieurs pays (Australie, Croatie, Chypre, Danemark,

Finlande, Allemagne, Islande, Israël, Lettonie, Norvège, Roumanie, Suède et Ukraine), mais le Canada ne figure pas sur cette liste (Durrant, 2008).

La Fondation canadienne pour les enfants, la jeunesse et le droit s'est exprimée en 2000 en faveur de l'interdiction légale du châtiment corporel envers les enfants et les jeunes au Canada. Cette demande visait l'abolition de l'article 43 du *Code criminel canadien*, qui stipule que « tout instituteur, père ou mère, ou toute personne qui remplace le père ou la mère est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances ». En 2004, la Cour suprême du Canada a confirmé que cette loi ne dérogeait pas à la constitution par six voix contre trois. Néanmoins, les juges ont établi certaines limites aux formes de corrections pouvant être infligées aux enfants en interdisant le recours à des objets et les coups à la tête, en supprimant la punition corporelle dans les écoles et en l'interdisant sur les enfants âgés de moins de deux ans ainsi que sur les adolescents (Center for Effective Discipline, 2005).

Cette décision de la Cour suprême semble être cohérente avec l'opinion des québécois puisqu'en 2002, un sondage CROP indiquait qu'ils étaient d'accord à 59 % avec la loi (Archer, 2004). De plus, dans l'hebdomadaire d'information de l'Université de Montréal, on a présenté les résultats obtenus par Carole Despaties dans son mémoire de maîtrise : sur 2150 étudiants interrogés, 28 % des répondants se disaient favorables à l'utilisation de la punition corporelle (Baril, 2006). Force est de constater que la question est complexe, particulièrement dans les pays comprenant de nombreuses familles immigrantes, comme le Canada. De toute évidence, ce dossier n'a pas encore fini de faire couler de l'encre et des larmes...

**FAITES LE POINT**

15. Expliquez ce qu'est un comportement prosocial et donnez-en un exemple.
16. Quelle est la différence entre un comportement internalisé et un comportement externalisé ?
17. Nommez les trois types de problèmes externalisés.

## 6.6 L'encadrement des enfants

Nous avons vu à plusieurs reprises l'importance du rôle joué par les parents qui, pour amener l'enfant à devenir un adulte équilibré, doivent le guider et l'encadrer dans son processus de socialisation. La façon dont les adultes exercent cet encadrement peut prendre différentes formes selon leur propre éducation et leur style parental. Certaines de ces méthodes seront présentées en lien avec leur efficacité et leurs conséquences, positives ou négatives, pour l'enfant.

### 6.6.1 Les différentes formes de discipline

La discipline réfère aux méthodes utilisées pour apprendre à l'enfant à se maîtriser et à se comporter selon les attentes des parents et de la société en général. Lorsqu'on évalue l'efficacité des méthodes de discipline, il faut ainsi non seulement évaluer le résultat immédiat sur le comportement de l'enfant, mais également déterminer s'il a réussi à intérioriser la norme que le parent désire lui inculquer.

#### Les techniques behavioristes : les récompenses et les punitions

Les parents ont plus souvent tendance à punir leur enfant pour un comportement jugé indésirable. Pourtant, les études révèlent que les enfants réagissent généralement mieux au renforcement d'un bon comportement. Les renforcements positifs externes peuvent être tangibles (un bonbon, un cadeau) ou intangibles (un sourire, une caresse, un mot gentil). Ainsi, lorsque Simon range ses jouets, sa mère lui sourit chaleureusement et le félicite, lui montrant ainsi que son comportement est adéquat et qu'il devrait le répéter. Quel que soit le type de renforcement, celui-ci doit être appliqué dans un délai assez court après le comportement et l'enfant doit le ressentir comme tel. Par la suite, après un certain nombre de renforcements externes, l'enfant n'en aura plus besoin et s'attribuera à lui-même ses propres récompenses internes, par exemple en se sentant fier de lui.

Cependant, la punition – que ce soit par l'isolement ou le retrait d'un privilège – est parfois nécessaire, par exemple lorsqu'un enfant frappe un ami ou traverse la rue sans regarder. Toutefois, une punition trop sévère comporte des effets pervers. En effet, un jeune enfant qui a été puni trop durement et fréquemment peut devenir plus agressif, et ce, même si la punition visait justement à faire disparaître chez lui ce comportement agressif (Nix *et al.*, 1999). Il peut aussi voir de l'hostilité là où il n'y en a pas. Enfin, la punition peut effrayer l'enfant. Ainsi, le parent qui punit sous l'impulsion d'une colère donne à l'enfant l'image d'une perte de maîtrise et engendre chez lui de la peur (Grusec et Goodnow, 1994).

Certaines lignes de conduite peuvent aider les parents à appliquer des punitions qui auront pour effet de diminuer la fréquence d'un comportement sans créer la confusion ou la peur chez l'enfant. Le parent doit exprimer clairement à l'enfant les limites de ses comportements et les conséquences qui s'appliqueront s'il les transgresse. Si l'enfant transgresse ces limites, la punition doit correspondre à ce qui avait été annoncé. Pour que l'enfant perçoive le lien avec le comportement indésirable, la punition doit être immédiate et directement liée au comportement. Enfin, pour ne pas engendrer de culpabilité ou de peur chez l'enfant, le parent devrait expliquer calmement et brièvement la raison de la punition, sans agressivité et appliquer la punition en privé (AAP, 1998).

Il est parfois difficile de tracer une démarcation entre les différentes formes de punitions possibles et la violence physique et émotionnelle. Toutefois, il est certain qu'une discipline est jugée abusive lorsqu'elle nuit à l'enfant. L'**agression psychologique** fait référence à des attaques verbales qui peuvent causer des dommages psychologiques à l'enfant. L'adulte peut crier après lui, rire de lui, le menacer de coups ou d'abandon. Il peut aussi le dénigrer en le traitant, par exemple, d'imbécile ou de paresseux.

#### Aggression psychologique

Attaques verbales, telles que le dénigrement ou la menace, qui sont susceptibles de causer des dommages psychologiques à l'enfant.

### L'utilisation du pouvoir et le retrait de l'amour

L'utilisation du pouvoir a pour but de faire cesser ou de décourager un comportement indésirable au moyen du contrôle parental. Dans un environnement contrôlant, la conformité aux attentes extérieures passe avant les besoins et les sentiments de l'enfant (Deci et Ryan, 1985; Ryan, 2005). Les parents ou les éducateurs peuvent donner des ordres, faire des menaces, induire de la culpabilité ou retirer des privilèges. Toutefois, l'utilisation du pouvoir s'avère une méthode peu efficace : elle peut entraîner des résultats immédiats, mais elle n'encourage pas l'internalisation des normes d'autorégulation par l'enfant. Ainsi, les comportements auront peu de chances d'être maintenus par l'enfant en l'absence de la personne qui détient le pouvoir (Deci et Ryan, 2000). C'est ce qui est démontré dans une étude (Kochanska, Coy et Murray, 2001) où l'on demandait à des mères d'interdire à leur enfant de toucher des objets attrayants qui étaient à leur portée. Les chercheurs ont séparé les mères en deux groupes : celles qui encadraient les enfants en douceur (raisonnement, demandes polies, suggestions positives, distraction) et celles qui utilisaient le contrôle (usage de menaces, interventions physiques sévères, déclarations négatives). Lorsqu'on laissait ensuite les enfants seuls avec les objets attrayants, ceux dont les mères avaient utilisé un encadrement en douceur respectaient davantage l'interdiction de toucher les objets que les enfants de mère contrôlante, ce qui démontre que seuls les premiers avaient internalisé la norme (Kochanska, Coy et Murray, 2001).

Le retrait de l'amour consiste à émettre envers l'enfant des comportements non verbaux (l'ignorer, l'isoler ou lui retirer le soutien émotionnel) et verbaux (lui dire, par exemple : « J'ai honte que tu sois mon enfant ») pour lui manifester de la désapprobation (Renee, 2010). Cette méthode est non seulement peu efficace, mais elle serait également la forme de discipline la plus nocive (Jagers *et al.*, 1996; McCord, 1996). En effet, le retrait d'amour joue sur la peur d'abandon et de séparation de l'enfant, à un âge où il est totalement dépendant du parent.

### Le soutien à l'autonomie

La théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985, 2000, 2008) postule que le soutien à l'autonomie est une méthode d'éducation fondée sur la motivation humaine, la tendance vers la croissance personnelle et l'actualisation de soi. Elle répond aux trois besoins psychosociaux fondamentaux de l'humain, soit l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale et contribue à un développement sain (Deci et Ryan, 2000). Comme nous le verrons dans la prochaine section, c'est l'approche parentale qui se rapproche le plus de celle des familles dites « démocratiques » décrites par Diana Baumrind. Le soutien à l'autonomie est en opposition avec le contrôle, puisque les parents qui privilégient cette approche vont valoriser l'autonomie de l'enfant et l'internalisation des normes plutôt que l'obéissance immédiate. Ils vont également préférer le raisonnement aux récompenses et aux punitions et lui permettre des choix. Elle ne doit néanmoins pas être assimilée à la permissivité, mais bien à des objectifs structurés qui amènent l'enfant à s'approprier le processus de réalisation d'une tâche (Deci et Ryan, 2000).

Lorsque l'objectif éducationnel est d'internaliser la motivation pour des tâches qui ne sont pas intrinsèquement agréables (par exemple, le rangement des jouets, le brossage des dents), le soutien à l'autonomie des enfants prend une forme plus proactive. Concrètement, un parent soutenant l'autonomie va expliquer les demandes comportementales qu'il adresse à l'enfant, reconnaître ses sentiments et son point de vue, offrir des choix, encourager l'initiative, et finalement, minimiser l'utilisation des ordres (Joussemet, 2008; Joussemet *et al.*, 2004). Par exemple, à un enfant qui refuse de se brosser les dents, le parent peut dire qu'il le comprend, mais que cette habitude lui évitera d'avoir des caries. Il pourra également lui donner un peu de contrôle en lui offrant de choisir s'il veut se brosser les dents avant ou après que maman lui lise une histoire.



#### Le soutien à l'autonomie

Lorsque l'objectif éducationnel est d'internaliser la motivation pour des tâches qui ne sont pas intrinsèquement agréables, par exemple, le rangement des jouets, le soutien à l'autonomie des enfants prend une forme plus proactive.

Les tenants de la théorie de l'autodétermination s'opposent fermement au contrôle dans les pratiques parentales, qu'ils jugent contraires aux tendances naturelles du développement (Joussemet, 2008). En revanche, le soutien à l'autonomie est associé à plusieurs bienfaits tels qu'une meilleure internalisation des normes sociales (Joussemet *et al.*, 2004), une plus grande persistance dans la réalisation des tâches (Grolnick, Frodi et Bridges, 1984), un style d'attachement sécurisant (Whipple, Bernier et Mageau, 2011), et il est fortement corrélé avec le fonctionnement exécutif (processus cognitifs d'ordre supérieur qui sous-tendent les comportements orientés vers un but) (Bernier, Carlson et Whipple, 2010). À plus long terme, l'autodétermination est associée à une plus grande satisfaction de vie, une estime de soi plus élevée et moins d'affects négatifs (Galand, Boudrenghien et Rose, 2012; Litalien *et al.*, 2013).

## 6.6.2 Les styles parentaux

Devenir parent implique d'apprendre un nouveau rôle et d'assumer de nouvelles responsabilités. En fonction de leur personnalité, de leur confiance dans leur rôle parental et de la structure familiale, les parents développent des styles éducationnels qui se caractérisent par des niveaux variables de permissivité, d'affection et de recours à la punition. Chaque parent adopte des pratiques parentales qui correspondent à ses valeurs et à ses convictions. Néanmoins, nous verrons que certaines pratiques favorisent davantage un développement sain chez l'enfant.

### Le modèle de Baumrind

Diana Baumrind (1971, 1996) s'est intéressée au rapport existant entre les différentes approches parentales et la compétence sociale des enfants. Ses travaux, menés auprès de 103 enfants d'âge préscolaire, combinaient des entrevues, des tests et des observations en milieu familial. Au moyen de ces méthodes, elle a pu mesurer le fonctionnement social des enfants, mettre en évidence trois styles parentaux et décrire les patrons comportementaux typiques des enfants en fonction de chacun de ces styles.

Les parents autoritaires valorisent le contrôle et la soumission aveugle. Ils attendent de l'enfant qu'il se conforme à des normes de conduite établies, et ils le punissent sévèrement et arbitrairement quand il y déroge. Comparés à d'autres parents, ils sont aussi plus indifférents et moins chaleureux, et leurs enfants sont plus insatisfaits, renfermés et méfiants.

Les parents permissifs valorisent l'expression de soi et l'autodiscipline. Ils font peu de demandes à l'enfant et le laissent libre de déterminer sa conduite. Quand ils émettent des règles, ce qui arrive rarement, ils en expliquent alors les raisons à l'enfant et lui demandent son avis quant à la légitimité de la règle. Ils utilisent aussi très peu la punition, et ils sont chaleureux, non autoritaires et peu exigeants. Les enfants d'âge préscolaire élevés par ce type de parents tendent à être plus immatures, à avoir peu de contrôle sur eux-mêmes et à être peu portés vers l'exploration.

Les parents démocratiques (ou directifs) valorisent l'individualité de leurs enfants, mais insistent sur les contraintes de la vie en société. Ils se sentent confiants quant à leurs habiletés à guider l'enfant, tout en respectant ses décisions, ses opinions et sa personnalité. Ils sont chaleureux et ouverts, mais demandent néanmoins à l'enfant de bien se tenir. Ils sont fermes dans le maintien des normes de comportement et imposent certaines limites, qui s'accompagnent de punitions justifiées si nécessaire, mais toujours dans un contexte chaleureux et soutenant pour l'enfant. Les parents de ce type utilisent la stratégie de la persuasion et du raisonnement, et ils se montrent ouverts à l'opinion de l'enfant. Selon les observations, les enfants de parents démocratiques se sentent davantage en sécurité et, dans un tel contexte, ils se savent aimés et encadrés. Les enfants d'âge préscolaire sont décrits comme plus autonomes, en meilleur contrôle d'eux-mêmes, affirmatifs, curieux et heureux.

Eleanor Maccoby et John Martin (1983) ont pour leur part mis en évidence un quatrième style parental : les parents négligents et distants. Ces parents, parfois à cause



Quel est le style parental qui semble correspondre à la mère d'Aurélie ?

du stress ou de problèmes de santé mentale, sont surtout centrés sur leurs propres besoins et ignorent ceux de leurs enfants. Comme nous l'avons vu dans l'encadré 4.1 (voir la page 118) portant sur la maltraitance et la négligence envers les enfants, ce style parental a été associé à plusieurs problèmes qui surviennent plus tard chez l'enfant et l'adolescent (Parke et Buriel, 1998).



#### Les avantages du style démocratique

Les enfants d'âge préscolaire qui ont des parents démocratiques sont plus autonomes, en contrôle d'eux-mêmes, affirmatifs, curieux et heureux. Ils se savent aimés et encadrés.

Des recherches ont corroboré l'étroite association entre les styles parentaux et les comportements des enfants (Pettit, Bates et Dodge, 1997). Le style démocratique est celui qui semble donner les meilleurs résultats auprès des enfants (Baumrind, 1989; Darling et Steinberg, 1993). Le fait que les parents de style démocratique aient des attentes adaptées à l'enfant et qu'ils déterminent des limites réalistes pour lui y est pour beaucoup. La clarté et la constance de ces règles font que l'enfant sait à quoi s'attendre et, parce qu'il sait quelle sera la réaction de ses parents, il peut décider si le risque de transgression en vaut la peine. De plus, nous avons vu précédemment que des règles claires et stables favorisent le sentiment de sécurité, qui est un élément important du développement de l'estime de soi. Dans les foyers démocratiques, les enfants en viennent ainsi à apprécier la satisfaction de prendre des responsabilités. Lorsque des conflits surviennent, les parents démocratiques enseignent des façons constructives de communiquer son point de vue et de négocier des ententes acceptables. Par exemple, le parent peut demander à l'enfant : « Si tu ne veux pas te débarrasser de ces cailloux que tu as trouvés, où crois-tu que nous devrions les ranger ? » Ce style parental est cohérent avec les pratiques recommandées par l'approche du soutien à l'autonomie et permet à l'enfant de se sentir valorisé en pouvant exprimer son opinion. Le tableau 6.2 résume les éléments qui permettent d'identifier les différents styles parentaux.

**TABLEAU 6.2** Les différents styles parentaux

Style parental	Valeur privilégiée	Comportement des parents	Méthode disciplinaire utilisée	Effet sur l'enfant
Autoritaire	Domination, contrôle et soumission aveugle	Indifférents, peu chaleureux, très exigeants	Punitions sévères et parfois arbitraires	Plus renfermé, méfiant et insatisfait
Permissif	Expression de soi et autodiscipline	Chaleureux et peu exigeants	Raisonnement; parfois punition, mais rarement	Plus immature et peu porté à l'exploration; manque de maîtrise de soi
Démocratique	Individualité de l'enfant et respect des contraintes de la vie en société	Confiants, chaleureux et ouverts; fermes, mais offrant du soutien	Persuasion et raisonnement; punition justifiée si nécessaire, mais dans un contexte soutenant pour l'enfant	Autonome, affirmatif et curieux; fait preuve de maîtrise de soi
Négligent et distant	Indéterminée	Plus centrés sur leurs propres besoins	Absente	Retard de développement et troubles du comportement

Les recherches effectuées sur les styles parentaux ont démontré que le style parental démocratique (ou une forme similaire de style parental) était corrélé avec un plus faible taux de troubles du comportement se développant en bas âge (Dishion et Stormshak, 2007). Par ailleurs, les familles à haut risque de problèmes de comportement qui ont suivi un programme d'intervention ont vu l'apparition de ces troubles diminuer à la suite des changements dans leurs pratiques parentales (Dishion *et al.*, 2008).

Le modèle de Baumrind suscite toutefois une certaine controverse, car il semble suggérer qu'il n'existe qu'une seule « bonne » façon d'élever les enfants, sans démontrer clairement des liens de cause à effet. Les modèles proposés par Baumrind ne tiennent pas compte de certains facteurs innés, tels que le tempérament qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, peut influencer grandement les compétences de l'enfant et le comportement des parents. Il n'en demeure pas moins que l'enfant de trois à six ans rencontre de nombreux objectifs développementaux et qu'il y aurait des attitudes parentales qui peuvent le soutenir alors que d'autres peuvent lui nuire.



## Les différences culturelles quant aux styles parentaux

Le modèle de Baumrind correspond à une vision nord-américaine du développement de l'enfant et il ne s'applique pas nécessairement à toutes les cultures ou groupes socioéconomiques (Bornstein et Bornstein, 2007). Chez les Américains d'origine asiatique, par exemple, l'obéissance et la sévérité ne sont pas associées à la dureté et à la domination, mais plutôt à la sollicitude, et on les considère comme nécessaires à l'harmonie familiale. Dans la culture chinoise traditionnelle, qui met l'accent sur le respect des aînés, il est de la responsabilité des adultes de maintenir l'ordre social en enseignant aux enfants les comportements sociaux adéquats. Selon Zhao (2002), cette responsabilité implique un contrôle ferme et juste de l'enfant et rend parfois nécessaire la punition physique. Ainsi, même si ces valeurs semblent plus associées au style parental autoritaire, les familles américaines d'origine asiatique sont aussi chaleureuses et valorisantes que les parents de style démocratique. Il est même apparu, à la suite d'une entrevue menée auprès de 64 mères japonaises d'enfants âgés de trois à six ans, que la description de leurs pratiques parentales reflète plutôt une recherche d'équilibre entre l'expression de l'autonomie et le contrôle disciplinaire (Yamada, 2004). Elles laissent en effet leur enfant prendre des décisions qui concernent son domaine propre, c'est-à-dire les jeux, les amis et l'habillement. Par contre, lorsqu'il s'agit de la santé, de la sécurité ou des règles sociales et morales, ces mères imposent des limites et exercent un contrôle. Enfin, lorsque des conflits surgissent, elles font plutôt appel à la persuasion et au raisonnement.

### 6.6.3 Les facteurs d'influence des conduites parentales

De nombreux facteurs déterminent les comportements parentaux. Une première source d'influence est d'ordre cognitif, puisqu'elle est reliée aux attitudes et aux croyances des parents au sujet du développement normal de l'enfant. En effet, les croyances des parents peuvent engendrer des attentes irréalistes envers les enfants, de même que des réactions inadéquates. Par exemple, un parent qui croit que les garçons sont prédisposés à utiliser davantage l'agressivité acceptera davantage ce type de comportement chez son garçon que chez sa fille. Il y a donc lieu d'agir sur les croyances des parents afin de favoriser un encadrement adéquat.

Une deuxième source d'influence sur les comportements parentaux concerne les caractéristiques mêmes des parents et de leur relation de couple (Rubin *et al.*, 1996). Parmi ces facteurs, on trouve l'âge du parent, son état de bien-être psychologique, son travail, la présence de conflits conjugaux ou d'une séparation maritale et son soutien social. Ainsi, les mères plus âgées seraient plus disponibles et sensibles à l'égard de leur enfant que les mères plus jeunes. Les mères dépressives seraient quant à elles moins positives et moins impliquées, elles pourraient ne pas tenir compte des demandes de l'enfant ou y réagir excessivement. Le travail de la mère peut également avoir une incidence positive sur ses pratiques éducatives, à la condition que celle-ci se sente valorisée par son emploi et ne souffre pas d'un conflit entre son rôle de mère et celui de travailleuse. Par ailleurs, une relation conjugale harmonieuse influence positivement les comportements parentaux. En effet, les personnes heureuses en couple se sentent généralement compétentes en tant que parents et elles sont plus sensibles et affectueuses. Enfin, la présence d'une personne à qui la mère peut se confier, qui peut l'aider et avec qui elle peut partager certaines activités est négativement corrélée aux comportements punitifs et restrictifs (Rubin *et al.*, 1996).

Finalement, la troisième source qui influe sur les comportements parentaux est le contexte de vie et le bagage personnel des parents. En effet, les parents sont avant tout des adultes qui ont eux-mêmes déjà été enfants et qui possèdent un certain bagage intellectuel, affectif et social influençant leur façon d'être. Leurs expériences personnelles modèlent donc leurs comportements de multiples façons. Ainsi, le modèle écologique que nous avons vu dans le chapitre 1 permet d'élargir cette analyse et de prendre en compte plusieurs facteurs. Les parents occupent effectivement ou non un travail plus ou moins satisfaisant et plus ou moins rémunérateur. Ils bénéficient

ou non d'un groupe d'amis qui les soutient dans leur rôle parental et vivent dans un quartier qui met à leur disposition des services plus ou moins nombreux leur permettant d'alléger leurs tâches parentales. Or, des études inspirées du modèle écologique confirment que le fait d'être économiquement défavorisé, d'être sans emploi ou de vivre dans un environnement malsain représente des conditions suffisantes pour diminuer la sensibilité et l'attention des parents à l'égard de leurs enfants. La pauvreté peut à elle seule engendrer un niveau de stress élevé, des conflits conjugaux et une attitude plus punitive à l'égard des enfants (Rubin *et al.*, 1996). C'est la raison pour laquelle certaines mesures de soutien à l'intention des familles les plus vulnérables doivent être mises en place. Voyons comment ce soutien peut leur être utile.

### 6.6.4 Le soutien aux familles en état de vulnérabilité

Nous venons de voir que les familles qui cumulent un certain nombre de facteurs de risque sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés sur le plan des rôles parentaux. Traditionnellement, psychologues et travailleurs sociaux se sont davantage centrés sur les problèmes des familles plutôt que sur leurs forces (Lavigueur *et al.*, 2004). Or, cette culture professionnelle favorise une certaine perception négative des familles qui vivent dans un contexte de pauvreté, les intervenants ayant tendance à penser que « si elles le voulaient vraiment, elles pourraient s'en sortir ». Ces derniers approchent donc ces familles avec un certain nombre de préjugés défavorables qui influent non seulement sur les solutions qu'ils proposent, mais aussi sur l'attitude des parents à l'égard de l'intervention. Parce qu'elles se sentent jugées, mal perçues et qu'elles craignent de voir leur enfant placé en famille d'accueil, ces familles sont bien souvent méfiantes et manifestent une certaine résistance à l'égard de l'intervention proposée. L'**empowerment** (appropriation de pouvoir) est une nouvelle approche axée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (LeBossé, 2012). Un exemple de programme fondé sur l'*empowerment* est présenté dans l'encadré 1.2. (voir la page 31)



L'encadré 6.1W présente une description de l'approche de l'*empowerment*.

#### Empowerment

Approche axée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités.



#### FAITES LE POINT

18. Quels sont les effets négatifs de la punition chez les enfants ?
19. Décrivez, pour chacun des quatre styles parentaux, le comportement type du parent qui l'adopte.
20. Louisa et Julie ne veulent pas accompagner leur mère pour rendre visite à leur grand-mère, qui est en maison de retraite depuis la mort de leur grand-père. Comment un parent de style démocratique s'y prendrait-il pour les convaincre ?

## Résumé

### L'évolution de la conscience de soi

- L'enfant de trois à six ans élabore son concept de soi par l'intermédiaire des expériences quotidiennes et des rétroactions qu'il reçoit.
- L'estime de soi se développe avec les rétroactions que l'enfant reçoit de son entourage. Il est biaisé dans sa propre évaluation et accorde davantage d'importance aux rétroactions positives.
- Une estime de soi élevée représente un atout important pour le développement ultérieur de l'enfant.

- Le concept de soi (image de soi et estime de soi) se complexifie entre l'âge de trois et six ans et deviendra plus nuancé au fil des étapes de développement subséquentes.
- Les parents et les éducateurs ont un rôle important à jouer en stimulant chez l'enfant quatre composantes fondamentales : le sentiment de sécurité, l'identité positive, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.
- L'enfant de trois à six ans apprend à comprendre et à gérer ses émotions, en plus de devenir plus sensible à ce que les autres ressentent. La capacité à interpréter deux émotions simultanées se développera lors de l'étape de développement subséquente.



### Le développement de l'identité de genre

- Les différences mesurables entre les deux sexes sont peu nombreuses et celles que l'on observe peuvent s'expliquer par des influences biologiques, par le processus de socialisation (parents, modèle familial, fratrie, pairs et médias) et par l'interaction entre ces deux types de facteurs.
- Le développement de l'identité de genre s'effectue en quatre phases qui aboutissent, vers cinq ou six ans, à un sentiment physique et psychologique d'appartenance à un sexe.
- Les rôles sexuels correspondent aux traits de personnalité, comportements, centres d'intérêt, attitudes et habiletés qu'une culture associe aux femmes ou aux hommes et qu'elle souhaite les voir adopter.
- Le double standard, qui correspond à des attentes différentes de la société en fonction du sexe d'une personne, est en diminution dans la société, mais il existe toujours des généralisations excessives sur les rôles soi-disant masculins ou féminins.

### Les théories du développement de l'identité de genre

- Selon la théorie psychanalytique, le développement de l'identité de genre doit passer par un processus d'identification qui conduit l'enfant à adopter les caractéristiques, attitudes et comportements du parent de son sexe.
- Selon Kohlberg, lorsque l'enfant réalise à quel genre il appartient, il adopte des comportements qu'il estime compatibles avec ce genre. Cette acquisition des rôles associés à un sexe représente la charnière de la constance du genre.
- Selon la théorie sociale cognitive de Bandura, c'est en observant et en imitant des modèles que les enfants développent leur identité de genre, mais aussi par un processus complexe de socialisation. La télévision serait à ce titre un fournisseur important de modèles plus ou moins stéréotypés.
- Selon la théorie du schème du genre de Bem, les informations collectées par l'enfant sur les deux sexes l'amènent à s'en faire des représentations mentales.

### Les théories du développement de la personnalité

- Selon la théorie psychosexuelle de Freud, l'enfant de trois à six ans se trouve au stade phallique, où l'enjeu central demeure la résolution du complexe d'Œdipe, laquelle passe par l'identification au parent de même sexe et par la formation du surmoi.
- Selon la théorie psychosociale d'Erikson, l'enfant de trois à six ans doit résoudre la crise de l'initiative *versus* la culpabilité et trouver l'équilibre entre son désir de prendre des initiatives et celui d'obtenir l'approbation des adultes.
- Selon la perspective sociale cognitive, le développement du concept de soi s'effectue parallèlement au développement

cognitif, qui permet à l'enfant d'acquérir des connaissances significatives sur soi-même et d'utiliser ses capacités métacognitives.

- Il y aurait un lien étroit entre la compréhension de soi et d'autrui, entre les capacités cognitives des enfants d'âge préscolaire et les nombreux changements émotionnels et sociaux qu'ils expérimentent.

### Le développement social

- Les premières relations amicales que développe l'enfant lui permettent d'apprendre l'empathie et la résolution des conflits.
- L'enfant s'inspire des comportements des adultes de son entourage et développe de plus en plus de comportements prosociaux.
- Des troubles du comportement social internalisés (retrait social) ou externalisés (manifestations antisociales, agressivité) peuvent être associés à des facteurs biologiques (tempérament) ou sociaux (éducation).
- L'agressivité se manifeste de façon plus directe chez les garçons et de manière plus subtile, voire psychologique, chez les filles.
- L'agressivité serait innée et tendrait à diminuer avec la socialisation de l'enfant.

### L'encadrement des enfants

- La discipline réfère aux méthodes utilisées pour apprendre à l'enfant à se contrôler et à se comporter selon les attentes des parents et de la société en général.
- Les parents utilisent des techniques behavioristes lorsqu'ils punissent ou qu'ils récompensent le comportement de leur enfant. Les récompenses entraîneraient de meilleurs résultats que la punition.
- Lorsqu'une punition doit être appliquée, elle doit être immédiate et directement reliée au comportement, appliquée en privé, accompagnée d'une explication calme et brève et sans agressivité ni culpabilisation.
- L'utilisation du pouvoir et le retrait de l'amour sont des méthodes disciplinaires peu efficaces à long terme et elles peuvent nuire à l'enfant.
- Le soutien à l'autonomie est une méthode d'éducation fondée sur la motivation humaine, la tendance vers la croissance personnelle et l'actualisation de soi. Elle serait associée à une plus grande internalisation des normes que les parents désirent transmettre à l'enfant.
- Si l'on compare les quatre styles parentaux mis en évidence par les chercheurs, le style démocratique semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

CHAPITRE

# 7



# Le développement physique et cognitif de l'enfant de six à onze ans

## PLAN DU CHAPITRE

### 7.1 Le développement physique

- 7.1.1 La croissance
- 7.1.2 Le développement du cerveau
- 7.1.3 L'obésité infantile et l'image corporelle
- 7.1.4 L'état de santé
- 7.1.5 Le développement des habiletés motrices

### 7.2 Le développement cognitif

- 7.2.1 Le stade des opérations concrètes de Piaget
- 7.2.2 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire

- 7.2.3 L'approche psychométrique : l'évaluation de l'intelligence

### 7.3 L'évolution du langage : la communication

- 7.3.1 Le vocabulaire, la grammaire et la syntaxe
- 7.3.2 La pragmatique : la capacité de communiquer
- 7.3.3 La littératie

### 7.4 La scolarisation

- 7.4.1 L'écologie de la réussite scolaire
- 7.4.2 Les besoins d'éducation particuliers

Plus forts, plus rapides et mieux coordonnés, les enfants de 6 à 11 ans ont besoin de se dépenser dans diverses activités physiques et de se nourrir sainement pour assurer leur croissance. De nouveaux progrès cognitifs permettant à l'enfant de faire des opérations mentales, sa pensée devient à la fois plus souple, moins égocentrique et de plus en plus logique et efficace. L'acquisition des différentes notions de conservation illustre bien cette évolution de la pensée, laquelle devient réversible. Le langage, l'attention et la mémoire, des instruments indispensables à la scolarisation, se développent également. Cet âge dit « de raison » coïncide en effet avec l'entrée à l'école, une étape majeure du développement de l'enfant. La réussite scolaire dépend alors notamment du sentiment d'efficacité personnelle ressenti par l'enfant, mais aussi de l'encadrement et de l'appui de ses parents et de l'ensemble des ressources du système éducatif. C'est aussi l'âge où certains enfants présentent des troubles de l'apprentissage plus ou moins importants.

## Mise en situation

Dans quelques jours, Julie commencera son congé de maternité. Pendant que ses élèves travaillent sur leur projet de bande dessinée, elle jette un regard nostalgique sur ses « enfants » qu'elle devra quitter bientôt, quelques semaines avant la fin de l'année scolaire.

Mélodie, la plus petite de la classe, mais aussi la plus curieuse, cherche à voir les dessins de l'équipe d'à côté. Mélodie pose sans cesse des questions sur tout et se souvient toujours des moindres détails de ce qui se passe dans la classe ou dans la cour de récréation; elle commence d'ailleurs à développer ses propres stratégies pour ne rien oublier d'important. Les questions de Mélodie permettent souvent à Julie d'approfondir ses idées sur des sujets intéressants et tous les élèves en profitent, comme c'est le cas du projet de bande dessinée, inspiré par les questions de Mélodie.

Même si Mélodie tente de voir leur travail, Rose et Alicia, les deux inséparables, continuent de se concentrer sur leurs dessins comme si rien d'autre n'existait. Rose est dyslexique, elle a de la difficulté en lecture et en écriture, mais sa créativité est débordante. Alicia, pour sa part, possède un vocabulaire étendu et aime s'appliquer pour écrire; les deux amies se complètent bien.

Julie a bien hâte de voir les caractères de leurs personnages et les péripéties de l'histoire qu'elles auront inventée.

Pendant ses réflexions, Julie garde un œil constant sur Jacob, qui est debout à côté de Maxime, un crayon dans une main et un élastique dans l'autre. Julie a une affection particulière pour Jacob, un enfant hyperactif qui ne tient pas en place. Avec ses parents et d'autres ressources extérieures, l'école a mis en place des mesures afin de l'aider. Tout ne fonctionne pas encore parfaitement, mais Jacob a fait des progrès considérables depuis le début de l'année scolaire.

Dylan explique aux autres enfants comment ils doivent rendre leur histoire vraisemblable; il faut qu'on comprenne bien pourquoi le super héros intervient. Dylan n'aime pas beaucoup dessiner, mais c'est le champion des mathématiques. Il a l'impression qu'il n'apprend rien à l'école parce qu'il a toujours une longueur d'avance sur les autres. Par exemple, lorsque Julie a expliqué comment faire des




additions à deux chiffres, Dylan l'avait déjà compris par lui-même. Heureusement, il aime bien offrir son aide à ses camarades. C'est peut-être là sa façon d'apprendre. Julie lui demande souvent de travailler avec Dimitri, un enfant obèse qui a de la difficulté à se faire accepter par les autres et qui ne réussit pas toujours malgré tous les efforts qu'il met dans ses études.

**« Heureusement, Dylan aime bien offrir son aide à ses camarades. C'est peut-être là sa façon d'apprendre. »**

Voilà justement Noah qui s'approche de Dylan pour lui emprunter un crayon. Julie est particulièrement fière de Noah, un enfant qui vit dans un milieu familial perturbé et qui est arrivé en troisième année avec des lacunes importantes. Toutefois, Noah excelle dans les sports, ce qui le valorise auprès de ses pairs, malgré ses faiblesses

académiques. Noah s'est bien investi dans le projet et Julie constate que ses notes s'améliorent graduellement. Elle se demande si l'ajout d'une période d'activité physique quotidienne cette année n'y est pas pour quelque chose.

La cloche sonne et Julie accompagne les enfants à la récréation. Jacob et Maxime commencent déjà à se tirer en courant vers le panier de basket alors que Rose et Alicia discutent de la prochaine fête d'anniversaire de cette dernière en se dirigeant tranquillement vers le fond de la cour. Fière de ses élèves, Julie se dit que l'enseignement, c'est vraiment sa place!

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 7.1 Le développement physique

L'apparence des enfants de huit ou neuf ans est bien différente de celle des enfants plus jeunes de quelques années. Si vous les observez dans la cour de récréation, vous voyez un groupe d'enfants de corpulences et de tailles différentes, qui se chamaillent en riant et en criant, qui s'aventurent sur d'étroites saillies en maintenant un équilibre précaire, qui sautent ou s'efforcent de battre des records de vitesse. Toutes ces activités leur sont désormais possibles parce qu'ils sont devenus un peu plus forts, plus rapides, et parce que leur coordination s'est améliorée. Voyons comment se déroule le développement physique de 6 à 11 ans.

### 7.1.1 La croissance

De 6 à 11 ans, la croissance ralentit considérablement. Pourtant, même si, d'un jour à l'autre, les changements ne semblent pas très évidents, ils s'ajoutent progressivement les uns aux autres, faisant d'un enfant de 6 ans, encore petit, un jeune de 11 ans qui, parfois, atteint presque déjà la taille d'un adulte.

Au cours de cette période, les enfants des deux sexes grandissent d'environ 5 cm à 8 cm par année et doublent approximativement leur poids. Les filles développent plus de tissus adipeux que les garçons, une caractéristique qui se maintiendra jusqu'à l'âge adulte. De nos jours, un enfant de 10 ans pèse en moyenne 5 kg de plus qu'il y a 40 ans, soit environ 39 kg pour les garçons et près de 40 kg pour les filles (McDowell, Fryar, Odgen et Flegal, 2008). À partir de cet âge, la taille et le poids des filles commencent à être légèrement supérieurs à ceux des garçons et le demeurent généralement jusqu'à ce que ces derniers entreprennent à leur tour, vers l'âge de 12 ou 13 ans, la poussée de croissance pubertaire.

### 7.1.2 Le développement du cerveau

Des changements dans le fonctionnement et la structure du cerveau sont à la base des progrès cognitifs réalisés par les enfants de cet âge dont nous parlerons plus loin dans ce chapitre. Durant l'enfance, et même après, la maturation et l'apprentissage dépendent en effet de l'ajustement minutieux des connexions qui s'opèrent dans le cerveau, ainsi que d'une meilleure sélection des régions cérébrales associées à des tâches particulières. Ces changements augmentent la vitesse et l'efficacité des mécanismes du cerveau et renforcent sa capacité à filtrer l'information non pertinente (Amso et Casey, 2006).

L'étude de la structure du cerveau est complexe. À n'importe quel moment, elle résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques, épigénétiques et environnementaux.

Des études basées sur l'imagerie cérébrale permettent de voir un changement important dû à la maturation du cerveau, soit une perte de densité de la **matière grise** dans certaines régions du cortex cérébral. Ce processus est dû à l'élagage de dendrites non utilisées. Ainsi, au cours du développement, le volume de matière grise augmente, puis diminue, atteignant un sommet dans les différents lobes du cerveau à des moments distincts. La matière grise des lobes pariétaux, dont relève la compréhension spatiale, atteint son volume maximal vers l'âge de 10 ans en moyenne chez les filles et de 11 ans et demi chez les garçons. Dans les lobes frontaux, siège des fonctions d'ordre supérieur comme la pensée, le volume maximum de matière grise est atteint vers l'âge de 11 ans chez les filles et de 12 ans chez les garçons. Enfin, dans les lobes temporaux, qui interviennent dans le langage, c'est vers l'âge de 16 ans, tant chez les garçons que chez les filles, que le plein volume est atteint (Lenroot et Giedd, 2006). Nous aborderons à nouveau ce sujet dans le chapitre 9.

Cette perte de densité de matière grise est contrebalancée par une augmentation constante de la **matière blanche**, qui correspond aux axones, ou fibres nerveuses, qui transmettent l'information des neurones vers les autres régions du cerveau. Ces connexions s'épaississent et se myélinisent, d'abord au niveau des lobes frontaux puis vers l'arrière du cerveau. De 6 à 13 ans, une croissance accélérée des connexions entre les lobes temporaux et pariétaux est donc en marche. Cette augmentation de la matière blanche peut aussi se poursuivre après 13 ans et ne ralentir qu'à un âge adulte relativement avancé (Kuhn, 2006; Lenroot et Giedd, 2006).

Les neuroscientifiques mesurent aussi le développement du cerveau par les changements d'épaisseur du cortex. Ils ont observé un épaississement cortical de 5 à 11 ans dans les régions des lobes temporaux et frontaux. La quantité de matière grise dans le cortex frontal, qui est surtout d'origine génétique, a déjà été associée à des différences dans les quotients intellectuels (Toga et Thompson, 2005). Toutefois, certaines

#### Matériau grise

Corps cellulaire des cellules nerveuses.  
Partie du neurone qui traite l'information.

#### Matériau blanche

Axones recouverts de myéline. Partie du neurone qui établit les connexions et qui transmet l'information.

recherches suggèrent que l'explication de ces différences ne se trouverait pas dans la quantité de matière grise que l'enfant possède, mais plutôt dans le modèle de développement de son cortex préfrontal. En effet, chez les enfants d'intelligence moyenne, le cortex préfrontal est relativement épais à l'âge de sept ans, atteint son épaisseur maximale vers huit ans avant de s'amincir graduellement à mesure que les connexions non nécessaires sont élaguées.

Par contre, chez les enfants de sept ans les plus intelligents, le cortex n'atteint son épaisseur maximale que vers l'âge de 11 ou 12 ans. Cet épaissement prolongé du cortex préfrontal pourrait donc représenter une période critique plus étendue pour le développement des circuits de la pensée de haut niveau (Shaw *et al.*, 2006).

### 7.1.3 L'obésité infantile et l'image corporelle

L'obésité chez les enfants est devenue un problème mondial majeur. Au Québec, la proportion de jeunes ayant un surplus de poids s'est accrue de 55 % depuis 25 ans. Toutefois, les 6-12 ans sont un peu moins touchés que les adolescents et les tout-petits, mais ce sont quand même 18 % de ces jeunes qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité (Institut national de santé publique du Québec, 2009). Selon l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009* (Tremblay *et al.*, 2010), la taille et le poids des enfants ont significativement augmenté depuis 1981, mais les mesures obtenues indiquent que la composition corporelle des enfants est moins bonne qu'elle ne l'était. La force et la souplesse ont diminué, chez les garçons comme chez les filles, et l'augmentation de poids est liée à une plus grande adiposité et non à une musculature plus développée (Tremblay *et al.*, 2010). On croit que d'ici le milieu du siècle, l'obésité infantile pourrait raccourcir l'espérance de vie de deux à cinq années (Ludwig, 2007).

Ces chiffres sont préoccupants puisque **l'image corporelle**, c'est-à-dire la représentation qu'on se fait de son propre corps, devient une préoccupation de plus en plus importante à l'âge scolaire, surtout chez les filles. Cette préoccupation peut même devenir une obsession et conduire à des troubles alimentaires à l'adolescence, comme nous le verrons dans le chapitre 9. Le fait de jouer avec des poupées au physique plutôt irréaliste, comme les poupées Barbie, pourrait aussi amplifier cette tendance (*voir l'encadré 7.1*).

Par ailleurs, dans une étude longitudinale portant sur 1456 enfants australiens d'âge scolaire, ceux identifiés comme ayant un surplus de poids étaient, à l'âge de dix ans, en retard par rapport à leurs camarades de classe, non seulement sur le plan du fonctionnement physique, mais aussi sur celui du développement social (Williams, Wake, Hesketh, Maher et Waters, 2005). En effet, les enfants obèses sont souvent l'objet de railleries de la part de leurs pairs et ils en souffrent. Ces enfants risquent aussi de présenter des problèmes de comportement, d'être en proie à la dépression et d'éprouver une faible estime de soi (Datar et Sturm, 2004). Cela pourrait être le cas de Dimitri dans la mise en situation puisque des recherches faites à l'Université du Québec en Outaouais ont démontré que chez des enfants de 8 à 12 ans, ce n'est pas le poids réel de l'enfant qui a une incidence sur l'estime de soi et la réussite scolaire, mais plutôt la perception que l'enfant a de son poids. Les enfants qui se perçoivent comme trop minces ou trop gros ont un rendement inférieur en français, en mathématiques et en sciences (Aimé, 2012).

On sait que, en matière d'obésité comme dans d'autres domaines, la prévention est plus facile, moins coûteuse et plus efficace que le traitement. C'est pourquoi les parents devraient intervenir tôt, en observant la façon dont leurs enfants se nourrissent et en encourageant un style de vie actif, et ce, sans se concentrer uniquement sur la perte de poids. Regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo et utiliser un ordinateur sont des passe-temps fréquents chez de nombreux enfants canadiens. En 2009-2010, ces derniers écoutaient en moyenne 22,4 heures de télévision par semaine (Centre d'études sur les médias, 2013), soit plus de trois heures de temps de loisir par jour qui ne sont pas consacrées à l'activité physique. C'est lorsque les parents s'impliquent en modifiant également leurs propres comportements que la prévention donne les meilleurs résultats (Kitzman *et al.*, 2010).

#### Image corporelle

Représentation que l'on se fait de son propre corps.



#### L'obésité infantile

Un enfant obèse a souvent de la difficulté à suivre ses pairs et il en résulte des répercussions importantes sur l'estime de soi.



## ENCADRÉ 7.1



## APPLICATION

### La poupée Barbie influence-t-elle l'image corporelle des filles ?

Barbie est la poupée-mannequin la plus vendue dans le monde. Bien que son fabricant la présente comme une « fille ordinaire », Barbie est bien loin de correspondre à la moyenne. Ses mensurations sont irréalistes, inatteignables et malsaines. Si elle était faite de chair et d'os, Barbie mesurerait 2,13 m, aurait un tour de taille de 45 cm et un tour de poitrine de 96 à 101 cm (Natenshon, 2006). Pourtant, les poupées Barbie sont des modèles pour les fillettes et elles leur transmettent un idéal de beauté. Les filles qui ne se sentent pas à la hauteur peuvent éprouver une insatisfaction face à leur corps et entretenir des idées négatives à son égard, ce qui risque de miner leur estime de soi. Des études montrent que dès l'âge de six ans, de nombreuses fillettes aimeraient être plus minces.

**Recherche :** Dittmar, H., Halliwell, E. et Ive, S. (2006)

**Sujets :** Des fillettes âgées de 5 ans et demi à 8 ans et demi

Les chercheurs ont lu des livres illustrés aux sujets, qui étaient divisés en trois groupes :

- groupe A (groupe expérimental) : lecture d'un livre illustré de Barbie
- groupe B (groupe contrôle) : lecture d'un livre illustré d'une poupée-mannequin de taille forte
- groupe C (groupe contrôle) : lecture d'un livre illustré sans personnage de poupée

Après la lecture, les fillettes devaient répondre à un questionnaire où elles devaient exprimer leur accord ou leur désaccord avec divers énoncés tels que « Je suis plutôt satisfaite de mon apparence » ou « Je suis satisfaite de mon poids ».



#### Résultats :

- Chez les fillettes âgées de 5 ans et demi à 6 ans et demi, une seule exposition au livre illustré de Barbie entraîne une baisse de l'estime de soi et augmente l'écart entre leur grosseur et la grosseur qu'elles jugent idéale. Par contre, on n'observe pas cet effet sur les fillettes des deux groupes contrôle.
- Chez les fillettes âgées de 6 ans et demi à 7 ans et demi exposées au livre illustré de Barbie, l'effet sur l'image corporelle est encore plus grand que chez les plus jeunes.
- Chez les fillettes âgées de 7 ans et demi à 8 ans et demi, les images de Barbie n'ont eu aucune influence directe sur l'image corporelle.

#### Conclusion :

Comment expliquer cette différence ? Selon les chercheurs, on peut penser que jusqu'à sept ans, les fillettes traversent une période sensible au cours de laquelle elles acquièrent des images idéalisées de la beauté. En vieillissant, elles peuvent intérioriser et intégrer l'idéal de minceur à leur identité naissante. Une fois cet idéal intériorisé, son pouvoir ne relève plus de l'exposition directe au modèle original (Dittmar, Halliwell et Ive, 2006).

Il se peut aussi que les filles aient tout simplement passé l'âge des Barbie. Dans une autre étude, les chercheurs ont fait parler des filles de 11 à 13 ans de leurs expériences d'enfance avec Barbie. Toutes les filles avaient eu au moins deux poupées Barbie et disaient ne plus jouer avec elles. En y repensant, certaines des filles voyaient Barbie comme un modèle peu réaliste qui donne une image fautive du corps (Kutner et McDonald, 2004).

Une recherche longitudinale contribuerait à déterminer si les poupées-mannequin comme Barbie ont une incidence durable sur l'image corporelle.

## 7.1.4 L'état de santé

Les maladies qui surviennent pendant l'enfance ont plutôt tendance à être brèves et leur fréquence est de six ou sept « épisodes » par année, incluant les rhumes, les diarrhées ou les virus. Les germes se propagent plus facilement parmi les enfants qui jouent ensemble ou qui se côtoient à l'école.

L'asthme, une maladie chronique débutant souvent dans l'enfance, est devenu de plus en plus commun et sa fréquence est en augmentation partout dans le monde. Selon Patrick Daigneault, chef du service de pneumologie pédiatrique au Centre Mère-Enfant du CHUQ, Université Laval, environ 15 % des enfants québécois sont affectés par l'asthme (Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC, 2013). Les causes de cette maladie respiratoire touchant davantage les garçons que les filles ne sont pas encore claires, mais elle pourrait être le fait d'une prédisposition génétique. Des chercheurs ont en effet découvert une mutation génétique qui augmente les risques de développer de l'asthme (Ober *et al.*, 2008). D'autres facteurs pourraient également être en cause, comme l'exposition à la fumée, les animaux domestiques, la pollution de l'air et les moisissures.



#### Un enfant atteint du cancer

La leucémie, une maladie des cellules du sang, est le cancer le plus fréquent chez les enfants. Heureusement, les traitements sont de plus en plus efficaces.

Le taux d'enfants atteints de cancer est demeuré stable au Canada ces dernières années. Toutefois, même si le cancer est la deuxième cause de décès par maladie chez les enfants de moins de 15 ans, on note une diminution considérable des décès liés à cette maladie. Cette diminution est principalement attribuable aux avancées réalisées dans le traitement de la leucémie, le cancer le plus fréquent chez les enfants. Ainsi, la proportion actuelle d'enfants qui reçoivent un diagnostic de cancer et qui y survivent au moins cinq ans est de 82 % (Agence de la santé publique du Canada, 2012).

Le diabète de type 1, une maladie liée à la production d'insuline, est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez les enfants et son incidence est en hausse partout dans le monde. Les chercheurs croient que cette maladie est le résultat d'interactions entre des facteurs génétiques et environnementaux (Vehik et Dabelea, 2011). On contrôle la maladie par l'administration d'insuline, qui régularise la glycémie, et en surveillant l'alimentation et l'activité physique de l'enfant atteint. Des épisodes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie peuvent avoir des conséquences graves, pouvant aller jusqu'à une invalidité permanente et au décès (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Au Québec, afin d'assurer aux enfants plus jeunes, ou à ceux dont le diagnostic est récent, une gestion sécuritaire de leurs injections d'insuline, un protocole d'intervention en milieu scolaire pour les élèves atteints de diabète de type 1 a été mis sur pied afin de préciser le rôle et les responsabilités des différents intervenants (Santé et Services sociaux Québec, 2011).

### 7.1.5 Le développement des habiletés motrices

Les jeux auxquels les enfants s'adonnent dans la cour de récréation sont souvent informels et s'organisent spontanément. Généralement, les garçons se livrent à des jeux physiques plus rudes, comme Jacob et Maxime qui se tiraillent, tandis que les filles préfèrent les jeux nécessitant une expression verbale comme le saut à la corde ou la marelle. De telles activités récréatives favorisent non seulement l'amélioration de l'agilité et de la coordination, mais aussi les compétences sociales et une meilleure adaptation à l'école.

#### La motricité globale et la motricité fine

Environ 10 % des jeux libres auxquels s'adonnent les élèves des premières années du primaire sont des jeux désordonnés et vigoureux, souvent accompagnés de rires et de cris, et qui impliquent du chamaillage, de la lutte, des coups de pied, des cascades, des assauts et parfois des poursuites. Ces jeux peuvent ressembler à des bagarres, mais ils se déroulent néanmoins dans un climat tout à fait amical. Ces jeux, qui favorisent le développement musculaire et squelettique, culminent dès le début de l'âge scolaire, soit vers 6 ans, puis diminuent vers l'âge de 11 ans.

Les compétences motrices continuent de s'améliorer au cours de l'enfance, avec toutefois certaines différences selon le sexe de l'enfant. Le tableau 7.1 présente quelques aspects du développement de la motricité globale de 6 à 11 ans.

Sur le plan de la motricité fine à l'âge scolaire, l'habileté dont l'amélioration est la plus évidente concerne la capacité d'écriture. Certes, le fait d'écrire relève d'un processus moteur, mais aussi très largement d'un processus cognitif. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, la capacité graphique évolue, avant l'âge de six ans, du gribouillage au dessin figuratif. À l'âge scolaire, l'enfant passe alors du dessin à l'écriture.

Le jeune enfant confond d'abord dessin et écriture. C'est lorsqu'il prend conscience que le dessin et l'écriture représentent deux moyens d'expression bien différents qu'il commence à utiliser des stratégies d'écriture qui vont se rapprocher de plus en plus de l'orthographe lisible (voir le tableau 7.2). Il prend aussi conscience du fait que l'écriture comporte une dimension spatiale: il y a une orientation et une direction à suivre, une grosseur et un agencement des caractères les uns par rapport aux autres

**TABLEAU 7.1** Quelques aspects du développement de la motricité globale des garçons et des filles de 6 à 11 ans

Âge	Comportements	
6 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fille fait preuve d'une plus grande précision de mouvement.</li> <li>Le garçon accomplit mieux les actions moins complexes qui demandent de la force.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant peut sauter à la corde.</li> <li>L'enfant peut lancer un objet en transférant correctement son poids d'un pied à l'autre.</li> </ul>
7 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant est capable de se tenir en équilibre sur un pied sans regarder.</li> <li>L'enfant peut marcher sur une poutre de 5 cm de largeur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant peut sauter et sautiller avec précision dans de petits carrés.</li> <li>L'enfant peut jouer à saute-mouton.</li> </ul>
8 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>La force de préhension permet à l'enfant d'exercer une pression constante de 5,5 kg.</li> <li>Les enfants des deux sexes participent à un grand nombre de jeux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant peut sauter d'un pied à l'autre sur un rythme 2-2, 2-3 ou 3-3.</li> <li>La fille peut lancer une petite balle jusqu'à une distance de 12 m.</li> </ul>
9 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le garçon peut courir à une vitesse de 5 m/s.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le garçon peut lancer une petite balle à une distance de 21 m.</li> </ul>
10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enfant peut juger de la trajectoire d'une petite balle lancée de loin et l'attraper.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fille peut courir à une vitesse de 5 m/s.</li> </ul>
11 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le garçon peut effectuer, sans élan, un saut en longueur de 1,5 m.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fille saute 15 cm de moins.</li> </ul>

Source: Adapté de Cratty, 1986.

à respecter. Il se rend compte également que des signes particuliers sont utilisés ; il trace alors ce qui commence à ressembler à des lettres. Par la suite, l'enfant comprend que les mots sont composés de syllabes et, une fois qu'il a associé les sons aux lettres, il commence à regrouper ces lettres pour former des **graphèmes**, à combiner des graphèmes pour former des syllabes et à combiner des syllabes pour former des mots. Finalement, au stade de l'orthographe, l'enfant est capable de combiner les lettres sans en ajouter ou en omettre et de respecter l'orthographe de sa langue (Noyer, 2005). Évidemment, tout ce processus se fait en même temps que l'enfant apprend à lire, ce dont nous parlerons un peu plus loin.



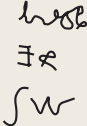
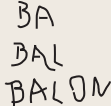
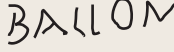
#### Graphème

Plus petite unité distinctive de l'écriture constituée d'une lettre ou d'une combinaison de lettres formant un son (ou phonème).

### L'activité physique et le sport

En 2011, de nouvelles lignes directrices concernant l'activité physique ont été définies par la Société canadienne de physiologie de l'exercice (2013) afin de décrire les formes et les niveaux d'activité physique qui procurent des bénéfices sur le plan de la santé. Pour les enfants de 5 à 11 ans, on recommande au moins une heure d'activité physique d'intensité modérée (par exemple, un jeu au parc) à élevée (par exemple, la natation) quotidiennement. Selon ces normes, seulement 7% des filles et 14% des garçons canadiens sont suffisamment actifs (Colley *et al.*, 2011).

**TABLEAU 7.2** L'évolution des différentes stratégies d'écriture

	Stratégie picturale	Stratégie spatiale	Stratégie sémiotique	Stratégie phonographique et alphabétique	Stratégie orthographique
Explication	Les premières « lettres » ressemblent à de petits dessins.	Respect de la direction, de l'orientation et de la taille (petits traits, tracé linéaire).	Utilisation de signes (lettres inventées, lettres inversées ou véritables lettres).	Utilisation de graphèmes pour former des syllabes et combinaisons de ces syllabes.	Mot correct, sans omission ou ajout de lettre.
Exemple					

Source: Adapté de Noyer, 2005.



Julie se questionne sur le rendement scolaire de Noah. Que pourriez-vous dire à Julie?



### Les habiletés motrices

Les activités sportives favorisent le développement de l'agilité et de la coordination. Elles contribuent aussi aux compétences sociales.

On note que les enfants participent généralement plus à un sport lorsque les parents s'y impliquent eux aussi, que ce soit à titre de participants ou de spectateurs. Le revenu familial et le niveau de scolarité des parents ont aussi une incidence sur leur participation. Le soccer est aujourd'hui le sport le plus pratiqué par les enfants canadiens, suivi par le hockey et la natation (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2011). Une étude ontarienne qui s'est déroulée sur une période de deux ans a montré que l'activité physique améliore le rendement scolaire. La moyenne des notes des enfants participant à cette étude a en effet augmenté de 36 % en lecture et de 24 % en mathématiques. L'exercice a par ailleurs un effet positif sur la mémoire, la concentration et la durée de l'attention (Guertin, 2007). Enfin, l'exercice influence autant la santé physique que la santé mentale, puisqu'il améliore la force et l'endurance, aide à contrôler le poids, réduit le stress et l'anxiété et augmente la confiance en soi.

Pourtant, certaines écoles ont encore tendance à supprimer l'activité physique pour la remplacer par des périodes de travail scolaire, alors que l'inverse serait plus efficace. En effet, même si l'on retranche du temps d'étude pour faire de la place à de l'activité physique, l'effet positif de l'exercice compense cette diminution du temps d'étude et les notes s'améliorent quand même (Trudeau et Shephard, 2008).



### FAITES LE POINT

1. Pendant l'enfance, d'importants changements se produisent dans la matière grise et la matière blanche du cerveau. Expliquez ces changements.
2. Comment l'obésité peut-elle influencer l'image de soi chez l'enfant?
3. Expliquez comment l'activité physique peut avoir une incidence sur le rendement scolaire des enfants.

## 7.2 Le développement cognitif

Au fil des années scolaires, le développement cognitif de l'enfant se poursuit au rythme de sa capacité grandissante de conceptualiser, de se concentrer, de résoudre des problèmes et de mémoriser. Il aurait été impensable de demander à des enfants de maternelle de construire une bande dessinée, mais pour des enfants de huit ou neuf ans, comme les élèves de Julie en troisième année, ce projet vient mettre à contribution plusieurs de leurs capacités cognitives.



### Stade des opérations concrètes

Selon Piaget, troisième stade du développement cognitif au cours duquel l'enfant accède à une pensée logique lui permettant de faire mentalement des opérations pour résoudre des problèmes concrets.

### Décentration

Capacité de considérer plusieurs points de vue à la fois.

### 7.2.1 Le stade des opérations concrètes de Piaget

Selon Piaget, l'enfant atteint entre cinq et sept ans le **stade des opérations concrètes**, stade ainsi nommé parce que l'enfant est désormais capable d'utiliser des opérations mentales pour résoudre des problèmes réels et concrets. Il peut en effet exécuter de nombreuses tâches cognitives d'un niveau largement supérieur à celui qu'il pouvait atteindre au stade préopératoire. Comme il est beaucoup moins égocentrique, l'enfant parvenu au stade des opérations concrètes est capable de **décentration**, c'est-à-dire qu'il peut tenir compte de plusieurs aspects d'une situation plutôt que de fixer son attention sur un seul aspect, comme c'était le cas au stade précédent. L'enfant comprend également le caractère réversible de la plupart des opérations physiques.

Enfin, la pensée de l'enfant est beaucoup plus logique. Celui-ci comprend mieux les notions d'espace et de temps, de causalité, de catégorisation, de raisonnement inductif et déductif et de conservation. Le tableau 7.3 donne une vue d'ensemble des concepts qui servent de points de comparaison entre les deux stades piagétiens.

**TABLEAU 7.3** La comparaison entre le stade préopératoire et le stade des opérations concrètes

Stade préopératoire	Stade des opérations concrètes
Égocentrisme	Plusieurs points de vue en même temps
Centration	Décentration
Non-conservation	Conservation
Irréversibilité	Réversibilité
Raisonnement transductif	Raisonnement inductif

### La conservation

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, la conservation est la capacité de comprendre que deux quantités égales restent égales, même si leur apparence est transformée. Au stade des opérations concrètes, l'enfant devient capable de résoudre mentalement certains types de problèmes de conservation, et ce, sans avoir à mesurer ou à peser les objets. Par exemple, si l'on donne à un enfant deux boules de pâte à modeler de même grosseur et que l'on façonne l'une des deux boules en forme de serpent, l'enfant qui a atteint le stade des opérations concrètes, contrairement à celui qui est encore au stade préopératoire (voir le tableau 5.4, à la page 156), est maintenant capable de dire que la boule et le serpent contiennent la même quantité de pâte à modeler. L'enfant comprend donc à la fois le **principe d'identité** (il sait que si rien n'a été ajouté ou enlevé, c'est la même boule de pâte à modeler), le **principe de réversibilité** (il sait qu'il pourrait redonner au serpent sa forme de boule) et le **principe de compensation** (le serpent est plus long, mais moins épais que la boule).

En général, l'enfant est capable de résoudre des problèmes de conservation de la substance semblables à celui de l'exemple précédent vers six ou sept ans, mais ce n'est que vers neuf ou dix ans qu'il est capable de maîtriser pleinement la conservation du poids (de savoir si, par exemple, la boule et le serpent ont le même poids). Quant à la conservation du volume (la boule et le serpent déplacent-ils la même quantité de liquide lorsqu'on les place dans un verre d'eau?), il est rare qu'un enfant la maîtrise correctement avant l'âge de 11 ou 12 ans.

Piaget nomme **décalage horizontal** cette inconséquence dans le développement des différents types de conservation. Avant 11 ou 12 ans, le raisonnement de l'enfant est tellement concret et étroitement lié à une situation particulière que celui-ci ne peut appliquer immédiatement à un autre type ce qu'il a appris à propos d'un type de conservation, même si les principes sous-jacents à chacun de ces types restent identiques. Si l'on reprend l'exemple précédent, un enfant pourrait donc répondre correctement à la question « Est-ce que la boule et le serpent ont la même quantité de pâte à modeler? », mais pas à la question « Si on les plaçait dans un verre d'eau, est-ce que la boule et le serpent déplaceraient autant d'eau? ».

Ainsi, avant de maîtriser parfaitement les différentes notions de conservation, l'enfant passe par un stade de transition durant lequel il distingue plus d'une dimension (la hauteur, la largeur, la longueur et l'épaisseur), mais sans voir le lien qui existe entre elles. C'est lorsque l'enfant comprend bien ces notions de conservation qu'il peut alors justifier logiquement ses réponses en faisant appel à l'identité, à la réversibilité ou à la compensation.

#### Principe d'identité

Compréhension du fait que l'identité d'un objet (sa substance, son poids, etc.) ne change pas si aucune opération (retrait ou ajout) n'est effectuée sur cet objet.

#### Principe de réversibilité

Compréhension du fait qu'une transformation peut se faire aussi en sens inverse.

#### Principe de compensation

Compréhension du fait qu'un ajout dans une dimension peut être compensé par un retrait sur une autre dimension.

#### Décalage horizontal

Selon Piaget, incapacité de l'enfant d'appliquer sa compréhension d'un type de conservation (en substance, en poids ou en volume) à un autre type. On le dit « horizontal » parce qu'il se produit à la même étape de développement et que l'action mentale n'est donc pas encore indépendante du contenu.

**Sérialiation**

Capacité d'ordonner des éléments selon une ou plusieurs dimensions.

**Inférence transitive**

Compréhension de la relation qui existe entre deux objets, basée sur la connaissance de la relation qu'entretient chaque objet avec un objet tiers.

**Inclusion de classe**

Compréhension de la relation qui existe entre un tout et ses différentes parties.

**Raisonnement inductif**

Type de raisonnement logique qui part d'observations précises sur des membres d'une classe pour les généraliser en une conclusion au sujet de cette classe.

**Raisonnement déductif**

Type de raisonnement logique qui part d'une prémisse générale au sujet d'une classe pour tirer une conclusion sur un membre ou des membres particuliers de cette classe.

**La classification**

La capacité de constituer des catégories aide l'enfant à penser de façon logique. La classification comprend des compétences aussi sophistiquées que la **sérialiation**, l'**inférence transitive** et l'**inclusion de classe**. L'enfant comprend le principe de sérialiation lorsqu'il est capable de classer une série d'objets suivant une ou plusieurs dimensions telles que le poids (du plus léger au plus lourd) ou la couleur (du plus clair au plus foncé), ce qu'il commençait à pouvoir faire vers la fin du stade préopératoire.

L'inférence transitive réfère quant à elle à la capacité de reconnaître une relation entre deux objets si l'on connaît la relation existante entre chacun d'eux et un troisième objet. Par exemple, si l'on montre trois bâtonnets à Catherine – un jaune, un vert et un bleu – et qu'on lui fait remarquer que le bâtonnet rouge est plus long que le vert et que le vert est plus long que le bleu, celle-ci sera capable d'en déduire, sans même comparer physiquement les bâtonnets rouge et bleu, que le bâtonnet rouge est plus long que le bleu (Chapman et Lindenberger, 1988).

L'inclusion de classe réfère enfin à la capacité de saisir la relation qui existe entre un tout et ses différentes parties. Selon Piaget (1964), si l'on montre un bouquet de dix fleurs – sept roses et trois œillets – à un enfant du stade préopératoire et qu'on lui demande si le bouquet compte plus de roses ou plus de fleurs, ce dernier risque fort de répondre qu'il a plus de roses, car il compare alors les roses et les œillets et non les roses et l'ensemble des fleurs du bouquet. Ce n'est qu'au stade des opérations concrètes que l'enfant peut réaliser que les roses représentent une sous-classe de fleurs et que, pour cette raison, il ne peut y avoir plus de roses que de fleurs dans le bouquet (Flavell, Miller et Miller, 2002). Cette compréhension de l'inclusion de classe est étroitement liée aux raisonnements inductif et déductif.

**Le raisonnement inductif et le raisonnement déductif**

Nous avons vu dans le chapitre 5 qu'au stade préopératoire, l'enfant utilisait un raisonnement transductif, c'est-à-dire un raisonnement qui n'était ni inductif, ni déductif. Selon Piaget, au stade des opérations concrètes, l'enfant utilise désormais un **raisonnement inductif** grâce auquel il peut, à partir d'observations sur certains membres d'une classe d'individus, d'animaux ou d'objets, tirer des conclusions générales sur l'ensemble de la classe (« Mon chien aboie. Le chien de Claude aboie aussi, ainsi que celui de Sarah. Il semble donc que tous les chiens aboient. »). Les conclusions inductives ne sont pas définitives, car il est toujours possible de recevoir une nouvelle information qui va à l'encontre de celles-ci (un chien qui n'aboie pas).

De son côté, le **raisonnement déductif** ne se développerait, selon Piaget, qu'à l'adolescence. Ce raisonnement se construit à partir d'une affirmation générale sur une classe (ou prémisse) appliquée ensuite à tous les membres de cette classe. Si la prémisse est vraie pour l'ensemble de la classe et que le raisonnement est sensé, alors la conclusion est aussi vraie (« Tous les chiens aboient. Frimousse est un chien, donc Frimousse aboie. »).

Des chercheurs ont donné à résoudre des problèmes inductifs et déductifs à des enfants de la maternelle à la sixième année. Ces problèmes étaient conçus de manière à ne pas faire référence à des connaissances du monde réel. Or, contrairement à ce qu'énonce la théorie de Piaget, les enfants de deuxième année (mais pas ceux de maternelle) ont été capables de résoudre correctement les deux types de problèmes et de justifier leurs réponses (Galotti, Komatsu et Voelz, 1997).

**Les relations spatiales**

Pourquoi un enfant de six ou sept ans peut-il reconnaître le trajet qu'il doit faire pour aller et revenir de l'école, alors qu'un enfant plus jeune en est incapable? L'une des raisons est que les enfants sont plus aptes à comprendre les relations spatiales lorsqu'ils atteignent le stade des opérations concrètes. L'enfant a alors une idée plus claire de la

distance qui sépare un endroit d'un autre (sa maison et celle d'un ami, par exemple) et du temps nécessaire pour parcourir cette distance. Il peut aussi se souvenir plus facilement du parcours et des points de repère qui le jalonnent. L'expérience joue également un rôle dans ce développement des relations spatiales. En effet, un enfant qui se rend à l'école à pied se familiarise plus facilement avec l'environnement qui entoure sa maison.

La capacité d'utiliser des cartes et des plans et celle de communiquer des informations spatiales augmentent par ailleurs avec l'âge. Ainsi, un enfant de six ans aura plus de difficulté à donner à quelqu'un des indications précises pour trouver un objet caché parce qu'il ne dispose pas encore de tout le vocabulaire approprié ou qu'il ne perçoit pas encore toute l'information dont son interlocuteur a besoin.

### Les nombres et les mathématiques

Vers six ou sept ans, la plupart des enfants sont capables de compter dans leur tête. Ils peuvent aussi compter « à partir de... ». Par exemple, pour additionner les nombres 5 et 3, ils peuvent commencer à compter à partir de 5 et additionner 3 en continuant de compter jusqu'à 8 (5, 6, 7 et 8). Deux ou trois ans de plus sont parfois nécessaires pour qu'ils parviennent ensuite à faire la même chose avec les soustractions, mais vers neuf ans, la plupart des enfants en sont capables.

Les enfants peuvent aussi devenir des champions dans la résolution de problèmes simples présentés sous forme d'histoire, du type: « Félix est allé au magasin du coin avec un billet de 5 \$ et il a dépensé 2 \$ en bonbons. Combien d'argent lui reste-t-il ? » Par contre, lorsque le même problème est présenté un peu différemment (« Félix est allé au magasin du coin et a dépensé 2 \$. Il lui reste 3 \$. Combien d'argent avait-il en arrivant ? »), la résolution devient plus difficile pour eux parce que l'opération qu'il leur faut faire (l'addition) n'est pas, cette fois, clairement indiquée. Peu d'enfants peuvent résoudre ce genre de problèmes avant l'âge de huit ou neuf ans (Resnick, 1989).

Des recherches portant sur des personnes peu scolarisées démontrent par ailleurs que la capacité de faire des opérations mentales se développe de manière quasi universelle, et souvent intuitivement, par l'entremise d'expériences concrètes liées au contexte culturel (Guberman, 1996). Ces procédures intuitives sont alors différentes de celles enseignées à l'école. Par exemple, si l'on demande à des enfants brésiliens de 9 à 15 ans qui vendent des melons dans la rue à 40 cruzeiros la pièce: « J'achète deux melons et je paie avec un billet de 500 cruzeiros. Combien me revient-il ? », les enfants sont capables de compter à partir de 80 ( $40 + 40$ ), de monter de dix en dix (80-90-100, etc.) et de rendre 420 cruzeiros. Toutefois, quand on présente à ces mêmes enfants des problèmes similaires en classe (« Combien font 500 moins 80 ? »), ils peuvent alors, en utilisant incorrectement une série d'étapes apprises à l'école, donner une mauvaise réponse. Ces résultats démontrent qu'il est plus efficace d'enseigner les mathématiques au moyen d'applications concrètes plutôt qu'à partir de règles abstraites.

Un résumé des compétences cognitives dont nous venons de parler est présenté dans le tableau 7.4 (voir la page suivante).

### Les influences du développement neurologique, de la culture et de la scolarisation

Piaget considérait que le passage de la pensée rigide et illogique des jeunes enfants à la pensée flexible et logique des enfants plus âgés dépendait à la fois de la maturation neurologique et de l'adaptation à l'environnement. Cette existence d'une influence neurologique a été démontrée par des mesures de l'activité du cerveau prises durant une tâche de conservation: les enfants qui avaient acquis la conservation du volume montraient des rythmes cérébraux différents de ceux qui ne l'avaient pas encore acquise, ce qui laisse penser qu'ils utilisaient différentes régions du cerveau pour accomplir la même tâche (Stauder, Molenaar et Van der Molen, 1993).



#### La résolution de problème

Des enfants peuvent résoudre certains problèmes mathématiques dans la vie de tous les jours, même s'ils ont de la difficulté à le faire dans un contexte scolaire.

**TABLEAU 7.4** Les compétences cognitives au stade des opérations concrètes (selon Piaget)

Compétence	Description	Exemple
Conservation	Capacité de comprendre que deux quantités égales restent égales, malgré leur transformation apparente.	À 7 ans, Philippe sait qu'une boule de pâte à modeler contient toujours la même quantité de pâte à modeler une fois roulée en serpent (conservation de la substance). À 9 ans, il sait que la boule et le serpent ont le même poids (conservation du poids). Toutefois, ce n'est que vers 11 ans qu'il comprendra que la boule et le serpent déplacent le même volume de liquide s'ils sont plongés dans l'eau (conservation du volume).
Classification	Capacité de classer une série d'objets selon une ou plusieurs dimensions et de constituer des catégories.	Noémie est capable de trier des objets par catégorie de forme, de couleur ou les deux. Elle sait qu'une sous-catégorie (les roses) compte moins d'éléments que la classe d'objets dont elle fait partie (les fleurs).
Inférence transitive	Capacité de reconnaître une relation entre deux objets si l'on connaît la relation entre chacun d'eux et un troisième élément.	Catherine sait que si un bâtonnet est plus long que le second et que le second bâtonnet est plus long que le troisième, alors le premier bâtonnet est forcément plus long que le troisième.
Raisonnement inductif	Capacité de faire des raisonnements de plus en plus logiques.	Gabrielle est capable de tirer des conclusions générales (les chats n'aiment pas l'eau) à partir de cas particuliers (son chat refuse d'aller dans la piscine et celui de Nathan contourne les flaques d'eau).
Pensée spatiale	Capacité de comprendre les relations spatiales, situer les objets les uns par rapport aux autres, évaluer les distances, penser aux étapes d'un parcours.	Danielle peut utiliser une carte ou un plan pour trouver un objet caché et elle peut aussi donner les indications nécessaires pour le trouver.
Opérations mathématiques	Capacité de résoudre des problèmes mathématiques.	Kevin peut compter dans sa tête ; il peut additionner en comptant à partir du chiffre le plus petit et il peut résoudre des problèmes simples formulés sous la forme d'histoires.

Des habiletés telles que la conservation peuvent également dépendre en partie de la familiarité que les enfants ont avec les matériaux manipulés. En effet, les enfants peuvent raisonner plus logiquement lorsqu'ils le font à partir d'objets qu'ils connaissent déjà. Ainsi, des enfants mexicains qui s'adonnent à la poterie depuis leur jeune âge comprennent qu'un rouleau d'argile façonné à partir d'une boule contient toujours la même quantité d'argile qu'au départ. Ces enfants montrent qu'ils maîtrisent la conservation de la substance plus tôt que les autres formes de conservation (Broude, 1995). Cette compréhension de la conservation ne viendrait donc pas uniquement de nouveaux modèles d'organisation mentale, mais elle pourrait dépendre aussi de l'expérience avec le monde physique.

### Le raisonnement moral

Pour saisir le raisonnement moral des enfants, Piaget (1932) leur racontait l'histoire suivante : « Il était une fois deux petits garçons. Un jour, Antoine remarque que l'encrier de son père est vide et décide de le remplir pour lui rendre service (à cette époque, un encrier était un objet courant). En ouvrant la bouteille, il la renverse et fait une grande tache d'encre sur la nappe. Julien, lui, joue avec l'encrier de son père, même en sachant que c'est interdit, et fait une petite tache sur la nappe. » Piaget demandait alors aux enfants : « Lequel des deux garçons est le plus désobéissant et pourquoi ? »

Jusqu'à l'âge de sept ans environ, l'enfant est porté à considérer qu'Antoine est le plus coupable des deux garçons, puisqu'il a fait la plus grande tache. Cependant, l'enfant plus âgé reconnaît l'intention louable derrière le geste d'Antoine et considère que la petite tache faite par Julien découle d'une action qu'il n'aurait pas dû faire. Pour Piaget, les jugements moraux immatures sont centrés sur un seul aspect, soit sur l'importance de la faute, et ils font donc preuve d'égoïsme. Par contre, les jugements plus matures tiennent compte de l'intention de celui qui pose l'action.

Selon Piaget, ce raisonnement moral se développe en trois stades (voir le tableau 7.5) et suit le développement cognitif (Piaget, 1932 ; Piaget et Inhelder, 1969), une idée qui



**TABEAU 7.5 L'évolution du raisonnement moral chez les enfants (selon Piaget)**

<b>Stade 1</b>	De 2 à 7 ans (stade préopérateur)	Basé sur l'obéissance à l'autorité	L'enfant croit que les règles sont dictées par une autorité adulte et que toute offense mérite une punition.
<b>Stade 2</b>	De 7 ou 8 ans à 10 ou 11 ans (stade des opérations concrètes)	Basé sur le respect et la coopération	L'enfant développe un code moral basé sur la justice et un traitement égal pour tous. Il prend en considération l'intentionnalité de l'acte.
<b>Stade 3</b>	Début vers 11 ou 13 ans avec le raisonnement formel	Basé sur l'équité	L'enfant remplace la notion d'égalité par la notion d'équité. Il prend en considération les circonstances particulières.

sera reprise par Kohlberg, comme nous le verrons dans le chapitre 9, lorsque nous aborderons sa théorie du jugement moral.

Le premier stade, qui s'étend environ de deux à sept ans (ce qui correspond au stade préopérateur), est basé sur l'obéissance stricte à l'autorité. Pour l'enfant, un comportement ne peut être que bon ou mauvais. Comme il est égocentrique, il ne peut concevoir qu'il y ait plus d'une façon de considérer une question morale. Il croit que les règles dictées par une autorité adulte ne peuvent être modifiées et que toute offense, quelle que soit l'intention de départ, mérite une punition.

Le deuxième stade, qui dure de l'âge de 7 ou 8 ans à 10 ou 11 ans environ (ce qui correspond à peu près au stade des opérations concrètes), se caractérise par une souplesse croissante dans le raisonnement moral. À mesure que l'enfant multiplie ses interactions avec ses pairs et les adultes de son entourage, il découvre un éventail de plus en plus large de points de vue et commence alors à penser de façon moins égocentrique. L'enfant en vient ainsi à rejeter peu à peu l'idée d'un code moral unique et absolu, et il commence à développer son propre sens de la justice, un sens fondé sur l'impartialité, c'est-à-dire sur un traitement égal pour tous. Parce qu'il peut maintenant considérer plus d'un aspect dans une même situation, il peut poser des jugements moraux plus subtils et prendre en considération l'intentionnalité de l'acte.

Le troisième stade commence lorsque l'enfant devient capable de raisonnement formel (sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 9), c'est-à-dire vers l'âge de 11 ou 12 ans. À ce stade, la notion d'égalité prend une signification différente pour l'enfant : la croyance que tous doivent être traités de façon égale est graduellement remplacée par la notion d'équité, et donc par la prise en compte de circonstances particulières. Ainsi, pour l'enfant plus âgé, un enfant de deux ans qui renverse de l'encre ne devrait pas être traité de la même façon qu'un enfant de dix ans qui agit de la même façon.

Les études de Piaget semblent soutenir l'idée que le raisonnement moral des enfants progresse généralement de cette façon. Toutefois, des recherches récentes suggèrent que le raisonnement moral des jeunes enfants est plus nuancé. Par exemple, la négligence – le fait que les gens prévoient ou non les conséquences de leurs actes – a une influence sur le blâme qu'un enfant va donner. Quand la négligence est prise en considération, les jeunes enfants sont plus susceptibles de considérer les intentions, et leur jugement à propos de la punition ressemble plus à celui des adultes (Nobes, Panagiotaki et Pawson, 2009).

## 7.2.2 La théorie du traitement de l'information : le développement de la mémoire

À mesure que les enfants avancent dans leur scolarité, ils réalisent des progrès constants quant à leur capacité de soutenir leur attention, de traiter et retenir l'information et de planifier et contrôler leur comportement. Tous ces progrès sont interreliés : ils font partie de la fonction exécutive, un système conscient de contrôle des pensées, des émotions et des actions permettant d'atteindre un but ou de résoudre des problèmes, comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre 5. Au fur et à mesure que leurs connaissances augmentent, les enfants d'âge scolaire deviennent donc plus

conscients du type d'information auquel il faut porter attention et qu'il faut retenir. De plus, ils comprennent mieux comment fonctionne la mémoire, ce qui les rend aptes à utiliser des stratégies qui peuvent les aider à se rappeler une information, comme nous le verrons un peu plus loin.

### Le développement de la fonction exécutive

De l'enfance à l'adolescence, le développement graduel de la fonction exécutive accompagne le développement du cerveau, en particulier celui du cortex préfrontal, la région qui permet la planification, le jugement et la prise de décision (Lamm, Zelazo et Lewis, 2006). À mesure que les synapses non utilisées sont éliminées et que les connexions sont myélinisées, la vitesse de traitement de l'information – habituellement mesurée par le temps de réaction – s'améliore significativement (Camarata et Woodcock, 2006). Ce traitement plus rapide et plus efficace augmente la quantité d'information que les enfants peuvent conserver dans leur mémoire de travail, et il permet une pensée plus complexe et mieux orientée vers un objectif.



#### L'attention sélective

Cet enfant peut rester concentré malgré le brouhaha de la rue.

La capacité de la mémoire de travail d'un enfant, nécessaire pour emmagasiner l'information, affecte directement sa réussite scolaire. Les enfants qui possèdent une faible mémoire de travail ont de la difficulté à suivre des activités d'apprentissage structurées et à comprendre de longues instructions. Une équipe de recherche britannique a développé un outil servant à mesurer la capacité de mémoire en classe et ils ont trouvé qu'au moins 10 % des enfants d'âge scolaire présentent une faible mémoire de travail (Alloway, Gathercole, Kirkwood et Elliot, 2009).

Les enfants d'âge scolaire développent également des habiletés de planification en prenant des décisions dans leurs activités quotidiennes, les pratiques parentales influençant le rythme auquel les enfants peuvent le faire. Une étude a ainsi montré que, entre la deuxième et la quatrième année scolaire, la responsabilité de planification des activités informelles des enfants, qui incombait aux parents, passait graduellement à l'enfant. À la suite de ce changement, les enfants manifestaient une meilleure planification de leur travail scolaire (Gauvain et Perez, 2005).

### L'attention sélective

À l'âge scolaire, l'enfant peut se concentrer plus longtemps qu'auparavant, en plus de pouvoir se centrer sur l'information dont il a besoin, en filtrant l'information non pertinente pour lui, comme Rose et Alicia, qui se concentrent sur leurs dessins malgré le brouhaha de la classe. C'est aussi grâce à l'attention sélective qu'un enfant peut inférer la signification approximative d'un mot qu'il lit et supprimer les autres significations qui ne sont pas appropriées au contexte. Ces progrès dans l'**attention sélective**, qui désigne l'habileté d'une personne à diriger consciemment son attention, pourraient dépendre du développement de la fonction exécutive, laquelle permet de supprimer volontairement les réponses indésirables (Luna, Garver, Urban, Lazar et Sweeney, 2004). Cette augmentation de l'attention sélective, qui est liée à la maturation neurologique, permet d'expliquer pourquoi la mémoire s'améliore durant la scolarité. En effet, les enfants plus vieux font moins d'erreurs de rappel que les plus jeunes; ils sont désormais capables de sélectionner ce qu'ils veulent retenir et ce qu'ils peuvent oublier (Lorsbach et Reimer, 1997).

### La métamémoire et les stratégies mnémoniques

De cinq à sept ans, les lobes frontaux subissent une réorganisation significative. Ces modifications rendent possible l'amélioration de la **métamémoire**, qui permet à l'enfant plus âgé d'utiliser des **stratégies mnémoniques** (Janowsky et Carper, 1996).

Les élèves de maternelle, comme ceux de première année, savent qu'on se souvient mieux d'une matière si on l'étudie plus longtemps. Ils savent aussi que les gens oublient des choses avec le temps, qu'il est plus facile de se rappeler un événement inattendu qu'un événement routinier et que certains petits trucs peuvent faciliter le

#### Attention sélective

Habilité à diriger consciemment son attention.

#### Métamémoire

Connaissance du fonctionnement de la mémoire.

#### Stratégie mnémonique

Truc pratique utilisé pour faciliter la mémorisation.

rappel. C'est pourquoi il n'est pas surprenant que, dans la mise en situation de ce chapitre, la petite Mélodie, qui est en troisième année, puisse utiliser des stratégies pour ne rien oublier. À cet âge, les enfants savent en effet que certaines personnes ont une meilleure mémoire que d'autres et qu'il est plus facile de se souvenir de certaines choses que d'autres.

La stratégie mnémotechnique la plus connue des enfants et des adultes s'appuie sur l'utilisation d'aide-mémoire externes. Noter un numéro de téléphone, faire une liste ou utiliser une minuterie sont des exemples d'aide-mémoire externes : le rappel vient ici d'une source autre que la personne elle-même. Les autres stratégies mnémotechniques les plus utilisées sont la **répétition**, l'**organisation** et l'**élaboration**.

La répétition consiste, par exemple, à réciter sans cesse un numéro de téléphone pour ne pas l'oublier, alors que l'organisation réfère au classement mental de l'information dans une catégorie précise (les animaux, les vêtements, les fruits, etc.) afin de la retracer plus rapidement. Enfin, l'élaboration revient à associer une information à d'autres éléments, par exemple en inventant une histoire. Pour se souvenir d'apporter sa brosse à dents, ses patins, son casque et son livre, un enfant pourrait s'imaginer en train de patiner avec un livre et une brosse à dents en équilibre sur son casque.

Le tableau 7.6 présente ces quelques stratégies mnémotechniques couramment utilisées par les enfants de 6 à 11 ans.



#### Répétition

Stratégie mnémotechnique qui consiste à redire sans cesse une information pour ne pas l'oublier.

#### Organisation

Stratégie mnémotechnique qui consiste à placer mentalement une information dans une catégorie.

#### Élaboration

Stratégie mnémotechnique qui consiste à associer à quelque chose les éléments à mémoriser.

**TABLEAU 7.6** Quelques stratégies de mémorisation utilisées de 6 à 11 ans

Stratégie	Définition	Place dans le développement	Exemple
Aide-mémoire externe	Utiliser une aide extérieure.	L'enfant de cinq ou six ans peut recourir à cette stratégie si on le guide, mais celui de huit ans peut penser à le faire par lui-même.	Jade note dans son agenda scolaire qu'elle doit apporter un jeu de cartes pour son cours de mathématiques du lendemain.
Répétition	Répéter de manière consciente.	L'enfant de six ans peut apprendre à l'utiliser et il le fera spontanément vers l'âge de sept ans.	Afin de mémoriser ses tables de multiplication, Zacharie les récite l'une après l'autre plusieurs fois.
Organisation	Regrouper par catégories.	La plupart des enfants ne l'utilisent pas avant l'âge de dix ans, mais on peut tout de même leur enseigner à le faire quand ils sont un peu plus jeunes.	En préparant ses bagages pour la semaine qu'elle passera chez son père, Alice pense aux activités qu'elle voudra sans doute faire : elle aura besoin de son matériel de peinture, de ses vêtements pour le soccer et de tout le matériel nécessaire pour la réalisation de son projet en sciences.
Élaboration	Associer à autre chose les éléments à retenir.	Les enfants plus âgés sont les plus susceptibles de recourir spontanément à cette stratégie et ils se rappellent d'ailleurs mieux lorsqu'ils font leur propre élaboration. Les plus jeunes, eux, se rappellent mieux lorsque quelqu'un le fait pour eux.	Lors d'une sortie au Jardin botanique, Johanna essaie de retenir le nom des fleurs qu'elle découvre en les associant aux noms de ses amies.

### Le traitement de l'information et les tâches de conservation de Piaget

Les améliorations dans le traitement de l'information peuvent expliquer les progrès réalisés par l'enfant au stade opératoire, tels que décrits par Piaget. En effet, comme on l'a vu, un enfant de neuf ans est, par exemple, plus en mesure de connaître son chemin pour aller et revenir de l'école parce qu'il peut embrasser toute une scène du regard, en relever les éléments importants et se souvenir dans l'ordre de certains détails pour s'en faire des points de repère (Allen et Ondracek, 1995).

Les progrès de la mémoire peuvent par ailleurs contribuer à la maîtrise des tâches de conservation. La mémoire de travail du jeune enfant est tellement limitée que, même s'il maîtrisait le concept de conservation, il pourrait être incapable de se souvenir de toute l'information pertinente. Il pourrait, par exemple, oublier que deux formes différentes en pâte à modeler étaient identiques au départ. Or, selon Robbie Case (1992), dès

l'instant où l'enfant parvient à appliquer un concept ou un schème de façon plus automatique, de l'espace serait libéré dans sa mémoire de travail, ce qui permettrait alors le traitement d'une nouvelle information. Ce processus expliquerait pourquoi les enfants ne maîtrisent pas tous les types de conservation en même temps : il faudrait d'abord que l'enfant soit suffisamment à l'aise avec un premier type de conservation (par exemple, la conservation de la substance) et capable de l'utiliser de façon automatique pour qu'il puisse ensuite étendre et adapter ce schème à d'autres types de conservation.

Ce sont tous ces progrès cognitifs qui vont aider l'enfant dans ses apprentissages scolaires et favoriser sa réussite. Plusieurs chercheurs se sont donc demandé si l'on pouvait réussir à prédire cette réussite scolaire des enfants. Cette interrogation a alors donné lieu à l'apparition des tests d'intelligence destinés à mesurer le quotient intellectuel (QI).

### 7.2.3 L'approche psychométrique : l'évaluation de l'intelligence

L'intelligence des enfants peut être mesurée par de nombreux tests qui sont validés par des mesures de connaissances semblables à celles utilisées pour les examens scolaires. Il existe notamment des tests individuels ou de groupe. Le test individuel pour les enfants le plus souvent utilisé au Québec, comme un peu partout dans le monde, est le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children). Ce test a été conçu pour les enfants de 6 à 16 ans et permet de mesurer des habiletés verbales et non verbales.

#### La controverse au sujet des tests d'intelligence

Les résultats obtenus à des tests d'intelligence ou de QI à l'âge scolaire sont de bons indicateurs de la réussite scolaire, surtout chez les enfants qui possèdent des aptitudes verbales très développées. On a en outre découvert que le score obtenu à un test d'intelligence effectué à 11 ans permettait de prévoir l'indépendance fonctionnelle durant la vieillesse et la présence ou l'absence de démence (Whalley et Deary, 2001).

Toutefois, l'utilisation de ces tests demeure très controversée. Plusieurs de leurs détracteurs prétendent qu'ils sous-estiment notamment le degré d'intelligence des enfants qui sont en mauvaise santé ou qui travaillent lentement, car la vitesse d'exécution est un élément important de la réussite du test (Sternberg, 2004). On reproche surtout à ces tests de ne pas mesurer directement l'habileté innée, mais de juger plutôt l'intelligence par rapport aux connaissances de l'enfant, c'est-à-dire principalement à partir de ce qu'il a appris à l'école ou dans son milieu culturel, sans tenir compte des autres caractéristiques importantes du comportement intelligent. En effet, d'autres habiletés comme le bon sens, l'intuition créatrice, les habiletés sociales ou la connaissance de soi ne sont pas mesurées par les tests d'intelligence, même si elles sont tout aussi importantes dans la vie et qu'elles peuvent même être considérées comme des formes différentes d'intelligence.

Par ailleurs, l'appartenance ethnique peut influencer le développement de l'intelligence. Ainsi, aux États-Unis, avant 1990, les résultats obtenus par les enfants noirs aux tests de QI étaient en moyenne de 15 points inférieurs à ceux des enfants blancs (Neisser *et al.*, 1996). Cet écart s'est depuis résorbé, puisqu'il n'est plus que de 4 à 7 points (Dickens et Flynn, 2006). Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences de résultats? Certains chercheurs ont avancé qu'un facteur génétique important pouvait être en cause (Jensen, 1969; Rushton et Jensen, 2005). Or, même s'il est devenu évident qu'une influence génétique peut expliquer les différences individuelles en matière d'intelligence, aucune preuve directe ne peut démontrer que l'hérédité joue un rôle dans les différences de QI relevées entre les groupes ethniques ou culturels (Gray et Thompson, 2004). Plusieurs recherches attribuent au contraire ces différences à des facteurs environnementaux tels que le revenu, l'alimentation, les conditions de vie, la santé, les pratiques parentales, les stimulations cognitives ou le niveau de scolarisation. D'autres facteurs sont aussi évoqués, comme les effets de la discrimination



#### La mesure de l'intelligence

L'utilisation des tests mesurant le quotient intellectuel est très controversée, même si les résultats obtenus à ces tests à l'âge scolaire sont de bons indices de la réussite scolaire future.

et de l'oppression, qui peuvent avoir une incidence sur l'estime de soi, la motivation et les performances scolaires. La diminution de l'écart observé chez les enfants noirs américains ces dernières années va d'ailleurs de pair avec une amélioration de leurs conditions de vie et d'éducation (Nisbett, 2005). D'autre part, les Américains d'origine asiatique, dont la réussite scolaire dépasse généralement celle des autres ethnies, ne présentent aucune différence significative dans leur QI. Encore là, leur succès scolaire proviendrait donc vraisemblablement d'autres facteurs culturels tels que le respect et l'obéissance aux aînés, la valorisation de l'éducation comme moyen d'ascension sociale, et l'application qu'ils mettent dans leurs devoirs et leurs leçons (Stevensen, 1995).

Le psychologue américain Robert Sternberg (2004) soutient que l'intelligence et la culture sont inextricablement liées. En effet, un comportement jugé intelligent dans une culture peut être considéré comme insensé dans une autre. De plus, la scolarisation offerte dans une culture peut préparer un enfant à bien réussir certaines tâches, mais pas d'autres. Par conséquent, les différences ethniques observées dans les QI seraient selon lui attribuables au **biais culturel**, c'est-à-dire à la tendance à inclure dans les tests des questions qui utilisent un vocabulaire particulier ou qui font appel à des situations ou des habiletés plus significatives pour un groupe culturel donné que pour un autre (Sternberg, 2004, 2005).

Une recherche comparant quatre cultures différentes a constaté que les avancées technologiques (par exemple, l'électricité et la télévision) ont mené à des changements dans les performances cognitives des enfants. La modernisation a amené, par exemple, des gains dans la mémoire et la complexité des jeux. Il est important de noter que les chercheurs n'affirment pas que la modernisation rend les enfants plus intelligents, mais plutôt qu'elle est associée à des expériences qui ont affecté les types d'habiletés évaluées dans des communautés plus « modernes » (Gauvain et Munroe, 2009).

### La théorie des intelligences multiples de Gardner

Un enfant qui démontre de l'habileté pour analyser des textes et faire des analogies est-il plus intelligent qu'un enfant capable de jouer un morceau de musique difficile au violon, qu'un enfant capable d'organiser un projet de groupe ou qu'un enfant qui réussit à marquer un but au soccer? Selon la **théorie des intelligences multiples** de Howard Gardner, la réponse est non (Gardner, 1993).

Gardner, neuropsychologue et chercheur en éducation de l'Université Harvard, a d'abord identifié sept types d'intelligence. Selon lui, les tests d'intelligence classiques ne couvrent que trois types d'intelligence: l'intelligence linguistique, l'intelligence logicomathématique et, jusqu'à un certain point, l'intelligence spatiale. Les quatre autres formes d'intelligence que Gardner a identifiées et qui ne sont pas mesurées par les tests sont l'intelligence musicale, l'intelligence kinesthésique, l'intelligence interpersonnelle et l'intelligence intrapersonnelle. Gardner a ensuite ajouté une huitième forme d'intelligence, soit l'intelligence naturaliste, en plus d'en évoquer une neuvième: l'intelligence existentialiste (Gardner, 1999). Le tableau 7.7 (voir la page suivante) présente chacune de ces formes d'intelligence identifiées par Gardner, ainsi que des exemples de leurs champs d'application.

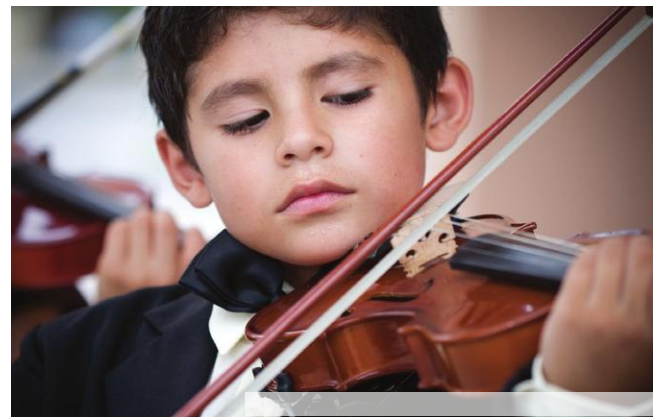
Être très intelligent dans un domaine ne signifie pas nécessairement qu'on l'est également dans un autre. Une personne peut donc avoir un QI peu élevé et être en même temps très douée en art (capacité spatiale), en précision de mouvement (kinesthésique), en relations sociales (interpersonnelle) ou en compréhension de soi (intrapersonnelle). Ainsi, dans la mise en situation, les enfants de la classe de Julie présentent différentes formes d'intelligence.

#### Biais culturel

Tendance à inclure dans un test d'intelligence des questions utilisant un vocabulaire faisant appel à des situations ou à des habiletés plus significatives pour un groupe culturel que pour un autre.

#### Théorie des intelligences multiples

Selon Gardner, théorie selon laquelle chaque personne possède différentes formes d'intelligence.



#### L'intelligence musicale

Cet enfant qui joue du violon doit maîtriser plusieurs aspects importants de son art. Cette capacité vient, selon Gardner, de l'intelligence musicale, un des huit types d'intelligences multiples.



Quelles sont les différentes formes d'intelligences multiples exprimées par les enfants de la classe de Julie?

TABLEAU 7.7 Les neuf intelligences (selon Gardner)

Forme d'intelligence	Définition	Champs d'application
Linguistique	Capacité d'utiliser et de comprendre les mots et les nuances de sens	Écriture, édition, traduction
Logicomathématique	Capacité de manipuler les nombres et de résoudre des problèmes logiques	Science, affaires, médecine
Musicale	Capacité de percevoir et de créer des modèles de mélodies et de rythmes	Composition et direction musicale
Spatiale	Capacité de trouver son chemin dans un environnement donné et d'établir des relations entre les objets dans l'espace	Architecture, menuiserie, urbanisme
Kinesthésique	Capacité de se mouvoir de façon précise	Danse, sport, chirurgie
Interpersonnelle	Capacité de comprendre les autres et de communiquer avec eux	Enseignement, théâtre, politique
Intrapersonnelle	Capacité de se comprendre soi-même	Counseling, psychiatrie, psychologie
Naturaliste	Capacité de distinguer les espèces	Chasse, pêche, agriculture, jardinage, cuisine
Existentialiste	Capacité de se questionner sur le sens des choses	Philosophie, direction spirituelle

Source : Adapté de Gardner, 1993, 1999.

### Théorie triarchique de l'intelligence

Selon Sternberg, théorie du développement de l'intelligence qui identifie trois éléments dans l'intelligence : le compositionnel, l'expérientiel et le contextuel.

#### Élément compositionnel

Aspect analytique de l'intelligence qui détermine l'efficacité du traitement de l'information.

#### Élément expérientiel

Aspect créatif de l'intelligence qui détermine la façon de réagir à la nouveauté.

#### Élément contextuel

Aspect pratique de l'intelligence qui détermine l'adaptation à son environnement.

### Savoir tacite

Connaissances qui ne sont pas enseignées formellement, mais qui sont néanmoins nécessaires pour avancer dans la vie.

### Évaluation dynamique

Procédure qui consiste à aider l'enfant lors de l'évaluation, de façon à déterminer ses capacités à tirer profit d'un entraînement.

## La théorie triarchique de l'intelligence de Sternberg

La **théorie triarchique de l'intelligence** établie par Sternberg identifie trois éléments dans l'intelligence : le compositionnel, l'expérientiel et le contextuel. Tout individu posséderait chacun de ces éléments, mais à différents degrés. L'**élément compositionnel** désigne l'aspect analytique de l'intelligence ; il détermine l'efficacité du traitement de l'information. Il permet de résoudre des problèmes, de trouver des solutions et d'évaluer les résultats. L'**élément expérientiel** correspond à l'aspect créatif ; il détermine la façon de réagir à la nouveauté. Il permet aux individus de comparer une nouvelle information avec ce qu'ils connaissent déjà et de trouver de nouvelles manières d'envisager les choses. En d'autres termes, il permet d'avoir une pensée originale. Enfin, l'**élément contextuel** désigne l'aspect pratique ; il détermine l'adaptation d'un individu à son environnement. Il permet d'évaluer une situation et d'y réagir, que ce soit en s'adaptant, en changeant la situation ou en l'évitant.

Les tests d'intelligence traditionnels mesurent surtout l'élément compositionnel. Étant donné que cet élément correspond aux habiletés exigées dans les tâches scolaires, il n'est donc pas étonnant que ces tests soient de bons prédicteurs de la réussite scolaire. Cependant, le fait que ces tests ne tiennent pas compte de l'élément expérientiel (créatif) et de l'élément contextuel (pratique) pourrait expliquer, selon Sternberg, pourquoi ils sont moins utiles pour prédire le succès dans la vie de tous les jours. Selon des études menées au Kenya et en Alaska, le **savoir tacite** des enfants de certaines communautés dans des domaines aussi pratiques que la chasse, la pêche et l'utilisation d'herbes médicinales – un savoir glané de façon informelle et non enseigné de manière explicite – ne présente d'ailleurs aucune corrélation avec les mesures traditionnelles de l'intelligence (Sternberg, 2004).

## Les autres mesures de l'intelligence

Nous avons jusqu'à présent surtout parlé des tests de QI, mais il existe d'autres tests individuels qui ont été conçus pour évaluer les habiletés cognitives des enfants ayant des besoins spéciaux (par exemple, ceux souffrant d'autisme ou présentant un trouble auditif ou langagier) et celles des enfants qui proviennent de milieux culturels et linguistiques différents. Le plus connu est le K-ABC-II (*Kaufman Assessment Battery for Children*), qui s'adresse aux enfants de 3 à 18 ans. Ce test rassemble plusieurs sous-tests destinés à minimiser les instructions et les réponses verbales, ainsi que des éléments présentant un contenu culturel restreint (Kaufman et Kaufman, 1983, 2003).

Par ailleurs, l'**évaluation dynamique**, basée sur les théories de Vygotsky, met l'accent sur le potentiel de l'enfant plutôt que sur ses acquis, comme le font les tests

traditionnels. Cette forme d'évaluation cherche à saisir la nature dynamique de l'intelligence en proposant des éléments qui dépassent le niveau de compétence courant de l'enfant et en mesurant directement le processus d'apprentissage sans passer par ce que l'enfant a déjà appris (Sternberg, 2004). Lorsque cela s'avère nécessaire, l'évaluateur aide l'enfant à accomplir la tâche par des questions dirigées, des exemples ou des démonstrations, et ce, en lui offrant une rétroaction. Le test devient alors lui-même une situation d'apprentissage, et la différence entre les éléments auxquels l'enfant est capable de répondre seul et ceux pour lesquels il doit être aidé constitue la zone proximale de développement. En identifiant ce que l'enfant est prêt à apprendre et l'importance de l'aide dont il a besoin, le test dynamique peut donc procurer plus de renseignements utiles aux enseignants que les tests psychométriques et les guider dans leurs interventions pour aider les enfants à atteindre leur plein potentiel.



### FAITES LE POINT

4. Décrivez les trois stades de raisonnement moral définis par Piaget.
  5. Précisez comment les améliorations dans le traitement de l'information peuvent aider l'enfant dans les tâches de conservation décrites par Piaget.
  6. Expliquez la controverse soulevée au sujet des tests de quotient intellectuel.
7. Tommy a quatre ans et sa grande sœur Karina en a huit. Selon Piaget, Karina se trouve au stade des opérations concrètes. Sur le plan cognitif, qu'est-ce qui distingue Karina de son frère ?

## 7.3 L'évolution du langage : la communication

Le langage évolue considérablement au cours de cette période de l'enfance qui s'étend de 6 à 11 ans. En effet, l'enfant comprend et interprète mieux les messages, et il réussit davantage à se faire comprendre, ce qui améliore considérablement ses habiletés de communication.

### 7.3.1 Le vocabulaire, la grammaire et la syntaxe

À mesure que le vocabulaire s'accroît, les enfants d'âge scolaire utilisent des termes de plus en plus précis. Ils apprennent, par exemple, qu'un verbe comme «poser» peut avoir plusieurs significations (poser une question, poser pour une affiche, poser un décor, poser son colis, se poser sur la piste, etc.), en plus d'être capables, d'après le contexte, de savoir laquelle de ces significations s'applique. Les figures de style comme les comparaisons ou les métaphores sont de plus en plus utilisées. Néanmoins, même si l'enfant de six ans peut déjà manier une grammaire assez complexe, il utilise encore rarement des phrases à la forme passive («j'ai été conduit à l'école par grand-papa») et des tournures conditionnelles («si j'étais plus grand, je pourrais entrer»).

La compréhension des règles de syntaxe (l'organisation des mots dans la phrase) se raffine avec l'âge. Ainsi, la plupart des enfants de six ans croient par exemple que les phrases «Jean a promis à Gilles d'aller au garage.» et «Jean a dit à Gilles d'aller au garage.» veulent toutes les deux dire que Gilles ira au garage. Ils n'ont donc pas encore maîtrisé les constructions grammaticales utilisant un verbe comme «promettre» tel qu'employé dans la première phrase, même s'ils savent ce qu'est une promesse, et qu'ils sont capables d'utiliser ce mot et de le comprendre correctement dans d'autres phrases. En revanche, à huit ans, la plupart des enfants interprètent correctement les deux phrases. Ils parviennent maintenant à considérer la **sémantique** d'une phrase (le sens des mots) comme un tout, au lieu de se concentrer sur les mots les uns après les autres. Les enfants plus âgés utilisent aussi davantage de propositions subordonnées («Le garçon qui livre les journaux a frappé à la porte.»). Toutefois, ce n'est qu'au début

#### Sémantique

Compréhension de la signification des mots et des phrases.

de l'adolescence, au moment où les progrès cognitifs permettront de faire des raisonnements plus complexes, qu'ils utiliseront régulièrement des constructions de phrase commençant par « cependant », « quoique » ou « toutefois » (Owens, 1996).

### 7.3.2 La pragmatique : la capacité de communiquer

#### Pragmatique

Ensemble des règles linguistiques qui régissent l'utilisation du langage pour la communication.



#### La pragmatique

Cette fillette est capable d'ajuster son langage en fonction de son interlocuteur.

Le domaine dans lequel les enfants progressent le plus à l'âge scolaire est la **pragmatique**, c'est-à-dire l'utilisation du langage pour communiquer, qui inclut aussi les habiletés de conversation et les habiletés de narration.

Un bon communicateur décèle facilement un problème de communication et fait de son mieux pour y remédier. Sur ce plan, il existe de grandes différences individuelles, puisque certains enfants de sept ans ont une meilleure conversation que certains adultes (Anderson, Clark et Mullin, 1994). On note aussi des différences selon le genre. Ainsi, dans une étude où des garçons et des filles devaient travailler ensemble pour résoudre des problèmes mathématiques, les garçons avaient tendance à utiliser plus d'affirmations autoritaires et à provoquer plus d'interruptions négatives, alors que les filles formulaient leurs remarques de manière plus conciliante. De plus, la communication entre les enfants avait tendance à être plus marquée par la collaboration lorsqu'ils travaillaient avec un partenaire du même sexe (Leman, Ahmed et Ozarow, 2005).

Lorsque les enfants de six ou sept ans racontent des histoires, ils rapportent souvent une expérience personnelle. La plupart d'entre eux peuvent répéter l'intrigue d'une courte histoire ou d'un film et faire des liens entre les motifs d'une action, l'action et ses conséquences, comme devront le faire les élèves du Julie dans leur bande dessinée. Vers sept ou huit ans, l'enfant raconte des histoires plus longues et plus complexes, mais ses récits ont encore souvent un début et une fin classiques (du type « Il était une fois... » et « Ils vécurent heureux... » ou tout simplement « Fin »). Le vocabulaire utilisé est plus varié qu'auparavant, mais les personnages ne grandissent pas et ne changent pas vraiment, et les intrigues ne sont pas encore complètement développées. L'enfant plus âgé, lui, situe généralement la scène en décrivant le décor et en présentant les personnages, et il indique clairement les changements de temps et de lieux pendant l'histoire. Il construit aussi des épisodes plus complexes que l'enfant plus jeune, mais contenant moins de détails superflus. Il se concentre enfin davantage sur les motifs et les pensées des personnages, et réfléchit à la manière de résoudre les problèmes dans l'intrigue.



Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les habiletés de communication de l'enfant d'âge scolaire sont mises à profit dans ses relations avec les autres et ont une incidence réelle sur sa popularité auprès de ses pairs.

### 7.3.3 La littératie

Le fait d'apprendre à lire et à écrire, qui demeure l'un des principaux objectifs du programme scolaire, libère les enfants des contraintes de la communication en face à face en leur donnant accès aux idées et à l'imagination de personnes vivant dans des pays éloignés ou venant d'une autre époque.

#### L'identification des mots

L'enfant peut identifier un mot écrit de deux façons différentes. La première est appelée le « décodage » : l'enfant « prononce » le mot en traduisant oralement ce qu'il voit. Pour ce faire, l'enfant doit maîtriser le code phonétique, qui détermine quel son correspond aux lettres écrites. La deuxième est la reconnaissance visuelle : l'enfant regarde simplement le mot et se le remémore.

Ces deux méthodes ont inspiré des approches différentes dans l'apprentissage de la lecture. L'approche qui met l'accent sur le décodage est appelée **approche phonétique**,

#### Approche phonétique

Approche d'enseignement de la lecture qui met l'accent sur le décodage de mots inconnus (aussi appelée « méthode syllabique »).



tandis que celle qui met l'accent sur la reconnaissance visuelle et l'utilisation d'indices contextuels est appelée **approche globale**. Cette dernière approche est basée sur la croyance que les enfants peuvent apprendre à lire et à écrire naturellement, de la même manière qu'ils apprennent à utiliser le langage. Les partisans de cette approche affirment que l'enfant apprend à lire avec une meilleure compréhension et avec plus de satisfaction lorsqu'il perçoit la langue écrite comme une façon d'obtenir de l'information et d'exprimer des idées et des sentiments, au lieu de la voir comme un système de sons et de syllabes isolés qui doivent être appris par cœur.

Malgré la popularité de l'approche globale, les recherches appuient toutefois peu ces affirmations. On reproche en effet à la méthode globale d'encourager l'enfant à lire le texte en diagonale, à deviner les mots et leur signification et à négliger la correction de ses erreurs de lecture ou d'orthographe. Selon les détracteurs de cette méthode, la lecture est une compétence qui doit être enseignée, le cerveau n'étant pas programmé pour l'acquérir sans apprentissage. La **conscience phonologique**, conscience des différentes unités sonores de la langue orale, est l'élément essentiel d'un bon apprentissage de la lecture. Elle comprend, par exemple, la compréhension que les mots se divisent selon différentes unités (syllabe, début ou rime, phonème) et la capacité à faire des rimes (Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation, 2009).

De nombreux experts recommandent à l'heure actuelle de combiner les points forts des deux approches afin de permettre à l'enfant d'apprendre à la fois les compétences phonétiques et les stratégies qui lui permettront de comprendre ce qu'il lit. Étant donné que les habiletés de lecture résultent de plusieurs fonctions situées dans différentes régions du cerveau, un enseignement basé uniquement sur une sous-compétence particulière (phonétique ou compréhension) présente sans doute moins de chance de réussite (Byrnes et Fox, 1998). Les enfants qui peuvent recourir selon le cas à la méthode visuelle et à celle basée sur la phonétique (et utiliser alors à la fois la remémoration visuelle pour les mots familiers et le décodage phonétique pour les mots nouveaux) deviennent d'ailleurs des lecteurs plus chevronnés et plus polyvalents (Siegler, 1998).

### La compréhension de textes

Les processus sous-jacents à la compréhension de textes écrits sont identiques à ceux qui régissent la mémoire. Ainsi, plus l'identification des mots devient automatique, plus la capacité de la mémoire de travail augmente, et plus l'enfant est capable de se concentrer sur le sens de ce qu'il lit; sa fluidité en lecture s'améliore (Kirby, 2007). De nouvelles stratégies, plus sophistiquées, permettent également à l'enfant d'ajuster sa vitesse de lecture et son attention en fonction de l'importance et du degré de difficulté de ce qu'il lit. Ainsi, la **métacognition**, soit la conscience de la façon dont son esprit fonctionne, permet à l'enfant de contrôler la compréhension de ce qu'il lit et de développer des stratégies adaptées, telles que relire les passages difficiles, lire plus lentement, essayer de visualiser ce qui est décrit ou retenir des exemples.

Toutefois, certains enfants apprennent à lire plus facilement que d'autres, et ce, quelle que soit la méthode utilisée. Ces différences individuelles proviennent de facteurs génétiques; elles ont tendance à demeurer stables tout au long des études primaires, même si l'environnement continue d'exercer son influence (Harlaar, Dale et Plomin, 2007). Néanmoins, les enfants qui ont des difficultés de lecture dès le départ ne sont pas nécessairement condamnés à l'analphabétisme. En effet, une étude longitudinale qui a suivi des enfants de première année ayant de faibles résultats en lecture a montré qu'environ 30% d'entre eux avaient progressé vers des résultats situés dans la moyenne entre la deuxième et la quatrième année. Les enfants qui s'étaient le plus améliorés étaient ceux qui, dès la maternelle, avaient un meilleur comportement en classe, ce qui leur permettait d'être plus attentifs et de profiter davantage de l'enseignement (Spira, Bracken et Fischel, 2005).

#### Approche globale

Approche d'enseignement de la lecture qui met l'accent sur la reconnaissance visuelle et sur l'utilisation d'indices contextuels.

#### Conscience phonologique

Conscience des différentes unités sonores de la langue orale.

#### Métacognition

Compréhension du fonctionnement de ses propres processus mentaux.

Selon l'OCDE (2010), dans tous les pays, les garçons lisent moins que les filles et leurs résultats en compréhension de l'écrit, à 15 ans, sont tels qu'ils équivalent à une année de moins que ceux des filles.



### L'apprentissage de la lecture et de l'écriture

Les enfants apprennent à exprimer des idées et des pensées par l'écriture, de la même façon qu'ils apprennent à traduire ces codes écrits par la lecture.

### L'écriture

L'acquisition de l'écriture va de pair avec l'apprentissage de la lecture et nécessite que l'enfant maîtrise la calligraphie, l'orthographe et la rédaction de textes. De la même façon dont l'enfant apprend à traduire le mot écrit en parole, il apprend également à utiliser des mots écrits pour exprimer des idées, des pensées et des sentiments. Comme nous l'avons vu lorsque nous avons abordé la question de la motricité fine, l'enfant parvient à faire la distinction entre dessiner et écrire lorsqu'il prend conscience du fait que l'écriture comporte des signes graphiques aux formes précises et que ces signes sont agencés d'une certaine façon dans l'espace (Levin et Bus, 2003). Il prend conscience en même temps que les mots peuvent se diviser en segments (les syllabes) et qu'il est possible de coder les sons de ces syllabes avec des lettres. Les apprentissages scolaires visent justement à lui faire connaître ces règles de codage.

Nous avons vu comment l'enfant franchit, vers l'âge de six ans, une transition importante en quittant le stade préopératoire pour celui des opérations concrètes. Ce n'est donc pas sans raison si l'âge de l'entrée en première année est fixé à six ans au 30 septembre. En effet, c'est généralement à partir de cet âge que les progrès cognitifs de l'enfant vont lui permettre de réaliser les apprentissages requis par l'école.



Le tableau 7.1W présente quelques repères dans les étapes du développement de la lecture et de l'écriture.



### FAITES LE POINT

8. Expliquez comment évoluent les habiletés de communication chez l'enfant d'âge scolaire.
9. Comparez les deux principales approches dans l'apprentissage de la lecture.

## 7.4 La scolarisation

L'entrée à l'école représente une transition majeure dans la vie de l'enfant et les premières expériences qu'il y vit sont souvent décisives pour la mise en place des bases nécessaires à ses futurs succès ou échecs scolaires. Voyons comment l'entourage familial et le milieu scolaire vont influencer le cheminement de l'enfant.

### 7.4.1 L'écologie de la réussite scolaire

Selon le modèle bioécologique de Bronfenbrenner, chaque niveau d'influence a des répercussions sur la réussite scolaire de l'enfant. Ce dernier arrive en effet à l'école avec un bagage accumulé depuis la petite enfance, qui inclut son tempérament, ses habiletés interpersonnelles, son estime de soi, ses habiletés cognitives et son attitude à l'égard des expériences nouvelles. Muni de ce bagage, il va devoir évoluer dans un cadre d'apprentissage particulier, dans un contexte où il reçoit certains messages de ses pairs, par exemple « ce n'est pas cool d'être intelligent », et de son milieu culturel élargi. Or, l'ensemble de ces facteurs va jouer un rôle significatif dans sa réussite scolaire.

#### La confiance en soi de l'enfant

Les élèves qui éprouvent un sentiment d'efficacité personnelle élevé se croient capables de maîtriser le travail scolaire et de contrôler leurs propres apprentissages.

Ils sont aussi plus susceptibles de réussir à l'école que ceux qui doutent de leurs capacités (Bandura, Barbaranelli, Caprara et Pastorelli, 1996). Les élèves qui font preuve d'autorégulation se fixent des objectifs stimulants et utilisent les stratégies appropriées pour les atteindre. Ils travaillent fort, persistent malgré les difficultés et demandent de l'aide lorsque c'est nécessaire. À l'inverse, les élèves qui ne croient pas en leurs capacités tendent à devenir frustrés et déprimés, ce qui rend leur réussite scolaire encore plus improbable. Peut-être est-ce le cas de Dimitri, qui semble avoir une faible estime de soi à cause de son obésité et qui a de la difficulté dans ses études.



Dès la maternelle, le comportement d'un enfant en classe peut donner un aperçu du développement des compétences axées sur le travail. Une étude publiée par Linda Pagani, chercheuse à l'Université de Montréal et au Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine, a observé la capacité d'attention d'un millier d'élèves de maternelle. Par la suite, tout au long du primaire, les enseignants ont évalué la qualité du travail de ces enfants, leur niveau de contrôle de soi et de confiance en soi et leur habileté à suivre les directives. La recherche a montré qu'un niveau d'attention élevé en maternelle est associé au fait d'avoir une participation plus élevée en classe dans les années primaires et un cheminement scolaire plus productif (Pagani, Fitzpatrick et Parent, 2012).



### Le sexe de l'enfant

Les filles ont tendance à mieux réussir à l'école que les garçons et elles ont, en moyenne, de meilleurs résultats qu'eux dans toutes les matières, sauf en sciences. Elles sont moins susceptibles de redoubler et connaissent moins de problèmes à l'école (Halpern *et al.*, 2007). Même si les différences individuelles demeurent beaucoup plus importantes et plus nombreuses que les différences entre les genres, on constate que les filles ont tendance à attribuer davantage leurs succès à l'effort fourni, tandis que les garçons ont plutôt tendance à penser qu'ils sont une conséquence de leur habileté ou de leur intelligence, et ce, particulièrement en mathématiques (Chouinard et Roy, 2008). Cet écart est présent aussi bien aux États-Unis qu'au Canada ou au Québec.

Selon des chercheurs de l'Université de Montréal, environ 15 % des enfants de 12 ans sont identifiés comme à risque de décrocher au secondaire (Institut de la statistique du Québec, 2013). Ce phénomène touche beaucoup plus de garçons que de filles puisque le taux de décrochage se situe à 10,3 % chez les garçons et à 6,6 % chez les filles (Réseau d'information pour la réussite scolaire [RIRE], 2010).

Comment se fait-il que les écarts entre les garçons et les filles soient si grands? Certains attribuent ces écarts à la «féminisation» d'un monde scolaire où les femmes sont les plus nombreuses et où l'enseignement est basé sur des valeurs dites féminines. Le processus d'identification des garçons au genre masculin les amènerait ainsi à repousser les valeurs associées à la réussite scolaire (comme la persévérance), parce qu'ils les considèrent comme des valeurs féminines (Bouchard, 2003). Bien qu'elle ne soit pas totalement fautive, cette explication est cependant insuffisante. On sait, par exemple, que les garçons ont besoin de bouger davantage et d'être plus actifs dans leurs apprentissages que les filles, ce qui pourrait alors mettre en cause les méthodes pédagogiques qu'on utilise avec eux.

Depuis une dizaine d'années, le problème de la réussite scolaire des garçons interpelle de nombreux acteurs de la société québécoise, qui se questionnent sur différentes stratégies à mettre en place. La fin de la mixité, l'ajout d'activités sportives sur l'heure du midi ainsi que des interventions psychosociales visant à modifier la perception négative que les garçons ont de l'école sont autant de pistes de solutions qui sont avancées (Saint-Amant, 2004). La pédagogie par projet, implantée depuis

### La confiance en soi

La confiance en soi est un facteur important de la réussite scolaire.



L'encadré 7.1W présente les pour et les contre des devoirs à la maison.



#### Le rôle des parents

L'implication des parents est un facteur important de la réussite scolaire des enfants.

quelques années au Québec, suscitera peut-être davantage l'intérêt des garçons que ne le font les méthodes plus classiques, avec lesquelles l'enfant doit apprendre de façon passive.

#### Le rôle de la famille

Les parents des enfants qui réussissent le mieux savent créer un environnement propice à l'apprentissage (une place pour étudier, un horaire faisant place aux devoirs, des heures de télévision réduites, etc.). Ils démontrent aussi de l'intérêt pour la vie scolaire de l'enfant et s'impliquent dans les activités de l'école (Hill et Taylor, 2004). Enfin, ils demeurent disponibles pour offrir un accompagnement à l'enfant dans ses devoirs à la maison.

Pour encourager leurs enfants, certains parents ont recours à la motivation extrinsèque (basée sur des ressources externes) : ils offrent de l'argent ou des cadeaux en récompense pour les bonnes notes et ils punissent pour les mauvaises. D'autres encouragent plutôt leurs enfants à développer une motivation intrinsèque (basée sur des ressources internes) en les félicitant pour leur travail et en valorisant leurs efforts, ce qui s'avère en réalité beaucoup plus efficace que le recours aux moyens extrinsèques. Les enfants développent ainsi le plaisir de travailler et le sentiment de leur efficacité personnelle.

Le style éducatif des parents peut également influencer la motivation de l'enfant et, par conséquent, son succès scolaire. Une étude a montré que les enfants qui ont des parents démocratiques sont ceux qui réussissent le mieux à l'école. Ces enfants sont curieux et désireux d'apprendre ; ils aiment les tâches qui représentent un défi et ils prennent plaisir à résoudre des problèmes par eux-mêmes. Les parents de style autoritaire qui surveillent de près leurs enfants afin qu'ils fassent leurs devoirs, qui les supervisent et qui utilisent des motivations extrinsèques ont tendance à avoir au contraire des enfants qui réussissent moins bien. C'est aussi le cas des parents permissifs qui ne semblent pas se préoccuper de ce que l'enfant fait à l'école (Ginsburg et Bronstein, 1993).

La participation du parent à la vie scolaire diminue également les problèmes de comportements des enfants et augmente à la fois leur perception positive de l'école et leurs résultats scolaires. Plus les parents font confiance à l'enseignant, plus ils ont l'occasion de parler avec lui des progrès de leur enfant ou de leurs préoccupations à son sujet, plus l'enfant se sent à l'aise à l'école et plus il s'ajuste à son environnement. La communication entre la famille et l'école est primordiale, mais l'implication de toute la communauté est aussi un avantage pour tous. Quand la communauté participe à la réalisation de projets scolaires, les enseignants ont une attitude plus favorable envers leur école et leur enseignement, les parents deviennent plus actifs, les élèves, plus assidus et toute la communauté en bénéficie (Deslandes, 2010).

#### Le niveau socioéconomique

Le niveau socioéconomique de la famille est un autre facteur important de la réussite scolaire. Son influence s'exerce par l'entremise de l'ambiance familiale, du voisinage, de la qualité des écoles disponibles, des attentes des parents ainsi que la façon dont ces derniers élèvent leurs enfants. L'écart entre les enfants avantagés et désavantagés a tendance à s'accroître avec les années. Les élèves qui proviennent des milieux les moins favorisés sont trois fois plus nombreux à présenter un retard dans leur cheminement scolaire que ceux qui viennent d'un milieu favorisé (Santé et Services sociaux Québec, 2007). Les enfants de familles à faible revenu ne récupèrent donc jamais leur retard, lequel se poursuit jusqu'au secondaire et même jusqu'à la fin des études collégiales (Alexander, Entwisle et Olson, 2007). Dans plusieurs écoles du Québec, on a implanté le Club des petits déjeuners afin de minimiser ces différences (voir l'encadré 7.2).

ENCADRÉ 7.2  APPROFONDISSEMENT**Le Club des petits déjeuners du Québec : un projet communautaire de lutte contre la pauvreté**

Le Club des petits déjeuners a été fondé en 1994 par Daniel Germain, afin de venir en aide aux enfants de milieux défavorisés. Ce projet a débuté dans une école primaire d'un secteur défavorisé de Longueuil. Il visait à permettre à des enfants qui ne déjeunaient pas ou qui prenaient un repas peu nutritif de commencer leur journée par un déjeuner nutritif, ceci afin d'améliorer leur bien-être et d'augmenter leurs chances de réussite scolaire. Depuis, le Club des petits déjeuners s'est étendu à toutes les régions du Québec, et sert actuellement environ 18 000 enfants répartis dans 297 écoles primaires et secondaires (Club des petits déjeuners, 2012).

Des milliers de bénévoles, dont 60 % sont des parents ou des personnes âgées, donnent leur temps et leur énergie afin de permettre aux enfants de bien grandir et de mieux fonctionner à l'école. Le Club peut aussi compter sur diverses subventions provenant de plusieurs partenaires ou organismes sociaux. Pour qu'une école soit sélectionnée, elle doit être située sur un territoire qui a un indice de « défavorisation » établi par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Il faut ensuite qu'un nombre minimum de parents inscrivent leurs enfants au Club de l'école qui, elle, fournit le local et les installations matérielles. Une fois qu'une école est sélectionnée, tous les enfants de cette école peuvent faire partie du Club, peu importe la situation financière des parents, et cela afin d'éviter la discrimination envers les moins nantis.

Selon une étude réalisée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS, 2007), les taux de satisfaction des parents concernant l'aspect nutritif, la qualité de la nourriture et la variété des menus dépassent les 95 % dans tous les cas. De leur côté, les enseignants notent une meilleure concentration chez les enfants, une plus grande réceptivité et une



énergie accrue dans leur travail scolaire. On a aussi remarqué des effets positifs de ce programme sur le moral des enfants, leur sociabilité et sur leur comportement général.

En 2000, le volet JeunEstime s'est ajouté aux petits déjeuners afin de nourrir aussi les rêves des enfants. Diverses activités aident les jeunes à découvrir leurs habiletés et à prendre conscience de leur valeur. Les activités proposées sont variées et touchent toutes les sphères du développement : par exemple, on organise des camps de leadership, des cours de journalisme,

des sorties au musée, des ateliers de musique et des concerts, des camps sportifs et bien d'autres. « Les responsables de camps rencontrés mentionnent que leurs effets sur les jeunes sont visibles, même physiquement. Certains enfants adoptent une posture différente, plus assurée. D'un point de vue psychologique, les jeunes qui participent aux camps trouvent un climat d'entraide, une attention spéciale et ils peuvent s'ouvrir en confiance, ce qui leur apporte apaisement et réconfort. » (MESS, 2007) Le personnel et les bénévoles reçoivent une formation pour les aider à développer l'estime de soi des enfants qui fréquentent le Club, au moyen d'une attitude attentionnée et valorisante.

Le succès du Club des petits déjeuners dépasse les frontières du Québec puisque ses activités se sont étendues à l'ensemble du Canada, où a été fondé le Club des petits déjeuners du Canada. Il commence aussi à s'étendre à l'échelle mondiale. Par exemple, au Cameroun, le Club Africain de Petits Déjeuners veut appuyer les efforts des populations démunies et lutter contre la pauvreté en offrant le petit déjeuner aux enfants des écoles de milieux défavorisés. On a observé immédiatement une réduction du taux d'absentéisme (Club Africain de Petits Déjeuners, 2012).

Le Club des petits déjeuners a un effet positif sur les enfants qui va au-delà de l'apport nutritionnel ; il réduit l'inégalité des chances de réussite scolaire et, conséquemment, favorise les chances de réussite dans la vie.

Il est important de souligner que plusieurs enfants provenant de milieux défavorisés réussissent tout de même bien à l'école. En effet, ce qui fait la différence, c'est le **capital social**, c'est-à-dire les ressources familiales et communautaires sur lesquelles ces enfants peuvent compter. Ainsi, dans le cadre d'une recherche expérimentale américaine qui s'est échelonnée sur trois ans, on a augmenté le salaire des parents de manière à ce que leurs revenus se situent au-dessus du seuil de pauvreté et on leur a offert également un montant d'argent supplémentaire destiné aux soins de santé des enfants. Ces parents ont alors manifesté moins de stress et plus d'optimisme que le groupe témoin, et leurs enfants d'âge scolaire ont amélioré à la fois leur comportement et leur rendement scolaire. Deux ans après la fin du programme, son incidence sur la réussite scolaire et sur la motivation des enfants s'était maintenue (Huston *et al.*, 2005).

**L'influence du groupe de pairs**

Le groupe de pairs tend également à avoir une influence sur la performance de l'enfant. En effet, lorsque celui-ci valorise la réussite scolaire, on note un effet d'entraînement chez l'enfant qui, en voulant s'identifier à son groupe, va valoriser à son tour

**Capital social**

Ressources familiales et communautaires sur lesquelles les enfants peuvent compter.



### Un ordinateur pour tous ?

S'il est bien utilisé, l'ordinateur peut favoriser l'apprentissage et stimuler la motivation.

la participation à l'école. En outre, puisque les enfants ont tendance à se regrouper avec ceux qui ont des performances scolaires similaires, les apprentissages nécessaires à la réussite scolaire tels que la persévérance, la détermination ou le dynamisme peuvent être imités par les enfants d'un même groupe (Gagnon, 1999).

### Les pratiques pédagogiques

Comment l'école peut-elle favoriser le développement de l'enfant ? Tout au long du xx<sup>e</sup> siècle, plusieurs philosophies de l'éducation contradictoires se sont succédé, allant de l'apprentissage par cœur aux modèles sociocognitifs, en passant par la pédagogie ouverte et de nombreuses autres théories éducatives.

De nombreux éducateurs recommandent aujourd'hui d'intégrer à l'enseignement donné aux enfants des projets liés à leurs champs d'intérêt et à leurs talents naturels. Selon ces éducateurs, il faut favoriser les projets coopératifs et la résolution de problèmes pratiques, car les élèves apprennent mieux lorsqu'on utilise différents moyens d'apprentissage et qu'on met l'accent sur la créativité et les habiletés pratiques autant que sur la mémorisation et l'esprit critique (Sternberg et Horvath, 1998).

L'utilisation des ordinateurs et la possibilité de naviguer sur Internet à l'école ouvrent de nouvelles avenues : apprentissage individualisé, communications élargies et développement précoce des habiletés de recherche. Toutefois, ces nouveaux outils représentent aussi un danger. Au-delà du risque d'être exposé à de l'information pernicieuse ou inappropriée, les jeunes doivent donc apprendre à exercer leur esprit critique afin d'évaluer la qualité de l'information trouvée et trier les faits des opinions ou des publicités. L'encadré 7.3 fait le point sur le sujet.

Le PISA 2012 a évalué des élèves de 15 ans provenant de 65 pays. Si l'on se fie aux résultats de cette enquête, le système d'éducation au Canada se classe dans les premiers rangs en ce qui concerne l'efficacité et l'excellence puisqu'on observe des performances élevées et une grande égalité dans les possibilités d'apprentissage (OCDE, 2013).

## 7.4.2 Les besoins d'éducation particuliers

Si les écoles s'adaptent de plus en plus aux enfants provenant de divers milieux et cultures, elles doivent aussi tenir compte des enfants qui ont des besoins d'éducation particuliers, tels que les enfants qui présentent des problèmes d'apprentissage ou ceux qui sont plus doués que la moyenne.

### La déficience intellectuelle

Traditionnellement, la **déficience intellectuelle** est définie comme étant un fonctionnement intellectuel situé bien en deçà de la moyenne, c'est-à-dire un QI de 70 ou moins. Selon le DSM-V, le QI de 70 ou moins n'est plus le critère formel du diagnostic, puisqu'il faut aussi prendre en considération les problèmes d'adaptation liés à l'indépendance personnelle et la responsabilité sociale. On parle désormais de déficience légère, modérée, sévère ou profonde (APA, 2013). La déficience intellectuelle apparaît avant l'âge de 18 ans ; elle touche moins de 1 % des enfants américains et sensiblement le même nombre d'enfants au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2006a). Dans près de la moitié des cas, sa cause reste inconnue. Les causes connues, elles, sont liées à des troubles génétiques (trisomie 21), à des problèmes lors du développement de l'embryon (syndrome d'alcoolisation fœtale, par exemple), à des complications durant la grossesse et l'accouchement (malnutrition du fœtus, manque d'oxygène à la naissance, etc.) ou à des troubles physiques survenus dans l'enfance (traumatisme, empoisonnement au plomb, etc.).

Lorsque la déficience intellectuelle est faible ou modérée, les enfants déficients peuvent habituellement bénéficier d'une scolarisation. Un milieu favorable et stimulant dès les premières années et un encadrement soutenu favorisent le développement de ces

### Déficience intellectuelle

Fonctionnement intellectuel situé bien en deçà de la moyenne et accompagné d'importantes lacunes sur le plan de la communication et de la socialisation.

## ENCADRÉ 7.3

## PAROLES D'EXPERT

**Thierry Karsenti**

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les technologies en éducation et professeur titulaire à l'Université de Montréal

**Un ordinateur pour chaque élève ?**

Selon Karsenti, les technologies de l'information et de la communication (TIC) viennent bouleverser l'enseignement traditionnel et la Chaire de recherche qu'il dirige cherche à définir leur incidence sur le monde de l'éducation. Les TIC sont de plus en plus présentes dans les écoles du

Québec. Selon Thierry Karsenti, les technologies ont un immense potentiel, mais il faut que les enseignants sachent les utiliser en contexte d'apprentissage pour développer des compétences, et non seulement pour un usage ludique, ce qui est le cas actuellement dans la majorité des établissements. À l'école, il faut s'éloigner des jeux; les enfants en utilisent suffisamment à la maison.

Les avantages de l'utilisation judicieuse des outils technologiques sont nombreux. Lorsque les élèves peuvent travailler à l'ordinateur plutôt que dans un livre, leur motivation augmente, et plusieurs recherches démontrent qu'ils peuvent rester concentrés plus longtemps lorsqu'ils travaillent à l'ordinateur plutôt que dans un cahier d'exercices. Sur Internet, ils ont accès à des connaissances illimitées et à de nombreuses ressources éducatives, mais le rôle de l'enseignant est essentiel pour guider les élèves et orienter l'apprentissage (Depover, Karsenti et Komis, 2007).

Si les jeunes savent utiliser les fonctions des logiciels de traitement de texte, ils en tirent avantage pour la qualité de la langue. Lorsqu'ils écrivent un texte, le logiciel corrige l'orthographe et la grammaire et ils ont une rétroaction immédiate – comme avec les jeux vidéo – au fur et à mesure qu'ils écrivent, ce qu'un enseignant ne peut pas faire. Cela permet ainsi à l'enseignant de se concentrer sur le contenu et la structure du texte. Les résultats se font sentir à long terme puisqu'à force de se faire corriger, ils apprennent à écrire correctement (Grégoire et Karsenti, 2013).

Au Québec, la Commission scolaire Eastern Township, qui accueille une grande clientèle défavorisée en milieu rural, est la première commission scolaire à avoir donné, en 2003, un ordinateur portable à chaque élève. Après dix ans, on constate que le taux de décrochage a considérablement diminué dans cette commission scolaire, alors qu'il varie très peu, partout ailleurs au Québec. Selon les enseignants, les principaux avantages de l'utilisation des technologies en classe sont les suivants :

- Le soutien à la motivation des élèves;
- La facilité d'accès à l'information et aux ressources éducatives, tant pour les élèves que pour les enseignants;
- Le soutien au développement de l'habileté à écrire des élèves;
- Le soutien au développement de méthodes de travail efficaces des élèves;
- Le soutien au sentiment de compétence des élèves;
- Le soutien à l'apprentissage différencié;
- L'apport à la qualité des travaux réalisés par les élèves;
- Le soutien à la communication et au travail d'équipe;
- Le fait de pouvoir mieux préparer les jeunes pour la suite de leur avenir socioprofessionnel;
- Le soutien à la créativité des élèves. (Karsenti et al., 2012)

Par ailleurs, les nouvelles technologies présentent aussi des effets secondaires indésirables, et leur utilité est limitée aux usages qu'on en fait. Avant d'implanter un tel système dans toutes les écoles, il faut s'assurer que les enseignants maîtrisent bien les outils et qu'ils sauront en faire un usage judicieux. Quant à l'utilisation des tablettes, qui sont à portée de main continuellement, elles possèdent un pouvoir de déconcentration ou de distraction immense et peuvent divertir plutôt qu'inciter les élèves à écouter l'enseignant.

enfants. La plupart d'entre eux peuvent donc aller à l'école jusqu'au secondaire, occuper ensuite un emploi, vivre dans leur communauté et fonctionner relativement bien en société. Toutefois, les enfants qui souffrent d'une déficience plus profonde nécessitent des soins constants, lesquels sont généralement prodigués en institution ou dans des centres consacrés à ce type de soins.

**Les troubles spécifiques des apprentissages**

Les **troubles spécifiques des apprentissages** ne sont pas une autre forme de déficience intellectuelle: ce sont des troubles qui interfèrent avec des aspects spécifiques de l'apprentissage et qui nuisent à la réussite scolaire. Ils affectent l'acquisition, l'organisation, la rétention, la compréhension ou le traitement de l'information verbale ou non verbale. On estime qu'en 2016, environ 10 % des enfants de 5 à 14 ans présenteront des troubles d'apprentissage (Burke, 2010). Les enfants qui souffrent de ces troubles ont souvent une intelligence qui se situe dans la moyenne, voire au-dessus, mais ils semblent néanmoins avoir de la difficulté à traiter l'information sensorielle. Ils sont moins orientés vers la tâche, et donc plus facilement distraits que les autres enfants, ce qui peut donner l'impression, à tort, qu'ils sont paresseux. Bien sûr, ce ne sont pas

**Troubles spécifiques des apprentissages**

Troubles qui interfèrent avec l'acquisition d'au moins une des habiletés suivantes: le langage oral, la lecture, le langage écrit, les mathématiques, et qui nuisent à la réussite scolaire.

tous les enfants qui ont des difficultés en lecture ou en mathématiques, ou dans une autre matière, qui ont des troubles d'apprentissages. Certains sont anxieux, ont des difficultés à comprendre des consignes, ont des problèmes de vision ou d'audition, manquent de motivation ou d'intérêt, n'ont pas eu un bon enseignement ou ont un retard de développement. Tous ces facteurs peuvent disparaître. Les troubles d'apprentissage, eux, ne disparaissent pas, mais avec un dépistage précoce et une éducation appropriée, un enfant peut s'adapter et avoir une vie tout à fait normale. Le tableau 7.8 définit quelques-uns des troubles d'apprentissage.

**TABLEAU 7.8** Quelques troubles d'apprentissage

Fonction touchée	Trouble	Symptômes et exemple
Traitement du langage	Dyslexie	Difficulté à lire ou à épeler, voire à parler correctement Ex. : Inversion de lettres, erreurs de prononciation des mots
Concepts mathématiques	Dyscalculie	Difficulté avec le calcul, la notion du temps, l'argent, les concepts mathématiques Ex. : Difficulté à apprendre à compter par 2, 3, 4
Expression écrite	Dysgraphie	Difficulté à exprimer des idées sur papier Ex. : Écriture illisible, difficultés à structurer des idées
Règles d'écriture	Dysorthographe	Difficulté à écrire sans faute d'orthographe ou de grammaire

**Note :** Avec le DSM-V, paru en mai 2013, on ne pourra plus recourir à ces appellations. On définit plutôt le trouble par les difficultés qu'il engendre, sans y apposer d'étiquette.

**Source :** Adapté de l'Association canadienne des troubles d'apprentissage (ACTA), 2013.



### Dyslexie

Trouble d'apprentissage qui rend la lecture et la rédaction difficiles ou impossibles.

Savez-vous ce qu'ont en commun l'acteur Tom Cruise, le joueur de baseball Nolan Ryan, le cinéaste Steven Spielberg, l'inventeur du téléphone Alexander Graham Bell et le savant Albert Einstein ? Ils sont tous des personnes célèbres qui, plus jeunes, comme Rose dans la mise en situation, ont souffert de **dyslexie**, le type de trouble d'apprentissage le plus souvent diagnostiqué. Les enfants dyslexiques présentent des déficiences subtiles du langage : ils confondent souvent le haut et le bas, la gauche et la droite, ils peuvent lire « lion » au lieu de « loin ». Les études utilisant l'imagerie cérébrale ont montré que la dyslexie résulte d'un défaut neurologique qui perturbe le traitement des sons (Shaywitz, Mody et Shaywitz, 2006). Avec un entraînement systématique, la dyslexie peut être maîtrisée et il est possible d'apprendre à lire à un enfant dyslexique.

Enfin, même si certains facteurs environnementaux tels que des complications durant la grossesse ou à la naissance, des accidents ou une sous-alimentation peuvent être pointés du doigt, les recherches en génétique concluent que les troubles d'apprentissage seraient majoritairement causés par la présence de certains gènes (Plomin et Kovas, 2005).

### Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

#### Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Syndrome caractérisé par une inattention persistante dans des situations inappropriées, accompagnée ou non d'hyperactivité et d'impulsivité.

Le **trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)** est un syndrome caractérisé par l'inattention persistante, l'impulsivité, une faible tolérance à la frustration et une activité supérieure à la normale au mauvais moment et au mauvais endroit. Les enfants qui présentent un TDAH ont tendance à vite oublier leurs responsabilités, à penser à voix haute plutôt que dans leur tête, à être facilement frustrés ou fâchés et à abandonner rapidement devant un problème qu'ils ne parviennent pas à résoudre. Même si, jusqu'à un certain degré, ces comportements sont propres à tous les enfants, ils sont parfois tellement prononcés qu'ils nuisent à la vie scolaire et à plusieurs aspects de la vie quotidienne.



On estime que de 3 % à 11 % des individus sont affectés par le TDAH. Ce taux varie grandement selon le genre, l'ethnie, la région géographique et certains facteurs contextuels, et pourrait également être partiellement lié aux pressions exercées sur les enfants pour qu'ils réussissent à l'école (Schneider et Eisenberg, 2006). Si ces symptômes ont tendance à diminuer avec l'âge, le TDAH peut toutefois persister jusqu'à l'adolescence ou à l'âge adulte. Le musicien John Lennon, le sénateur Robert Kennedy et les acteurs Robin Williams et Jim Carrey sont quelques-unes des personnalités connues à avoir présenté ce trouble.

Des études basées sur l'imagerie médicale révèlent que le cerveau des enfants qui souffrent du TDAH croît normalement : ses différentes régions épaississent puis amincissent à des moments différents de son développement. Toutefois, ce processus est retardé d'environ trois ans dans certaines parties du cerveau, et plus particulièrement dans les lobes frontaux. Or, ce sont ces régions frontales qui permettent à une personne de contrôler ses mouvements, de supprimer les pensées et les actions inappropriées, de concentrer son attention, de se souvenir d'un moment et de poursuivre un but. C'est la raison pour laquelle ces fonctions sont souvent perturbées chez les enfants présentant un TDAH. Le cortex moteur est la seule région qui se développe chez eux plus vite que la normale, une disparité qui pourrait expliquer l'impatience et l'agitation caractéristiques des enfants atteints par ce trouble (Shaw, Krause, Liang et Bennett, 2007).

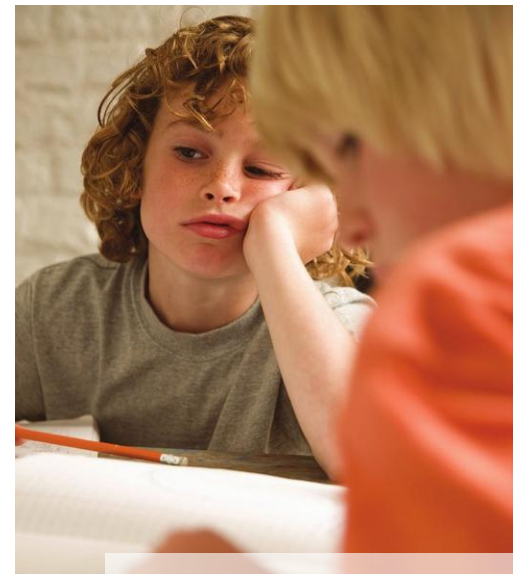
Avec près de 80 % d'héritabilité, le TDAH possède une base génétique importante (Acosta, Arcos-Burgos et Muenke, 2004). Les chercheurs ont en effet identifié la présence d'une variation dans un gène lié à la dopamine, un neurotransmetteur essentiel dans l'attention et la cognition, et dont la carence semble ainsi associée au TDAH (Volkow *et al.*, 2007). Par ailleurs, il est possible de mettre en place des mesures d'aide, comme le font Julie et les parents de Jacob dans la mise en situation. Par exemple, on peut fractionner davantage leurs tâches en courtes séquences, faire de fréquents rappels sur les consignes et le temps à respecter et leur offrir des renforcements immédiats pour les accomplissements les plus modestes.

Le TDAH est souvent contrôlé avec des médicaments comme le Ritalin ou le Concerta, qu'on combine parfois à une thérapie comportementale, un entraînement aux habiletés sociales ou un placement en classe spéciale. Une étude comparant les traitements médicaux aux traitements non médicaux (suppléments alimentaires) relève l'efficacité supérieure des médicaments dans le contrôle des symptômes du TDAH (Cooper, 2012). Toutefois, des effets secondaires sont associés à ces médicaments, comme des difficultés de sommeil et une réduction de l'appétit, qui peuvent se traduire par un léger retard de croissance (Joober et Grizenko, 2008). Il est donc impérieux de s'assurer d'avoir un bon diagnostic avant de recourir aux médicaments. Si les effets à long terme des médicaments restent encore inconnus, on sait toutefois qu'un TDAH non maîtrisé peut avoir des conséquences dévastatrices, tant pour la santé mentale de l'enfant que pour son bulletin scolaire, puisque le comportement perturbateur influence grandement l'estime de soi de ces enfants.

Il ne faut pas confondre TDAH et EHDAA (enfants handicapés en difficulté d'adaptation et d'apprentissage). Cette dernière appellation concerne les enfants handicapés qui ne progressent pas suffisamment dans le système scolaire, malgré des mesures mises en place par l'enseignant ou par d'autres intervenants. Les enfants présentant un TDAH peuvent en faire partie ou non.

### Les enfants doués

La **douance** tend traditionnellement à être associée à une intelligence générale élevée, identifiée par un QI de 130 ou plus. Cette définition semble toutefois exclure les enfants très créatifs (ceux dont les réponses inhabituelles font souvent baisser leurs résultats), les enfants de groupes minoritaires (ceux dont les habiletés ne se développeraient pas



#### Le TDAH

Le TDAH, qui aurait une forte composante génétique, est un trouble qui se manifeste par une inattention persistante, une grande impulsivité et une faible tolérance à la frustration.

#### Douance

Intelligence générale élevée, identifiée par un QI de 130 ou plus.

correctement, malgré la présence d'un potentiel) et les enfants ayant des aptitudes particulières (ceux qui sont seulement dans la moyenne dans d'autres domaines ou qui peuvent même parfois présenter certains problèmes d'apprentissage). Or, tous ces enfants doués qui se retrouvent souvent en situation d'échec ont besoin de services éducatifs particuliers qui leur permettent de développer efficacement leurs habiletés.

Les enfants doués ont tendance à provenir d'un milieu familial enrichi qui leur procure beaucoup de stimulations intellectuelles et artistiques et qui leur accorde un degré d'indépendance inhabituel. Les parents d'enfants doués ont des attentes généralement élevées envers leurs enfants, dont ils reconnaissent les capacités. Ils sont souvent eux-mêmes de grands travailleurs qui réussissent ce qu'ils entreprennent.

Les psychologues qui ont étudié la vie de personnages aux grandes réalisations ont trouvé que des niveaux de performance élevés requièrent une forte motivation intrinsèque et des années de travail rigoureux. Toutefois, la motivation et le travail ne produisent pas la douance si un enfant n'est pas né avec des habiletés particulières. Inversement, les enfants doués ont peu de chances de réussir exceptionnellement sans motivation et sans travail (Achter et Lubinski, 2003). Ainsi, les parents peuvent encourager le développement des dons présents chez leur enfant, mais ils ne peuvent en aucun cas les créer. Les recherches laissent en effet entendre que l'enfant surdoué a un fonctionnement cérébral différent puisqu'il utilise des réseaux neuronaux plus étendus et qu'il active des zones corticales supplémentaires. Il traite donc l'information globalement et simultanément, avec une grande rapidité de la pensée (Bleandonu et Revol, 2010).

Les programmes destinés aux enfants doués se concentrent généralement sur l'enrichissement ou sur l'accélération. Les programmes enrichis approfondissent les connaissances et les habiletés de l'enfant au moyen d'activités parascolaires, de projets de recherche, d'excursions ou d'un encadrement spécialisé. Les autres programmes qui sont parfois recommandés pour les enfants extrêmement doués misent quant à eux sur l'accélération de la scolarisation, que ce soit par une entrée précoce à l'école, par le saut d'une année, par le placement dans une classe au rythme plus rapide ou par des cours plus avancés. Une accélération modérée de la scolarisation ne semble pas nuire à l'ajustement social de ces enfants, du moins à long terme. En effet, une étude de 30 ans portant sur près de 4000 jeunes ayant suivi des cours d'un niveau avancé au secondaire a montré qu'ils étaient plus satisfaits de leur expérience scolaire et qu'ils réussissaient mieux que d'autres jeunes aussi doués qu'eux et qui n'avaient pas suivi de cours avancés (Bleske-Rechek, Lubinski, et Benbow, 2004).


Il est difficile d'établir une marge claire entre le fait d'être doué ou non. Tous les enfants profitent en effet du fait d'être encouragés dans leurs domaines d'intérêt et d'habileté. Ce qu'on apprend en encourageant les enfants talentueux peut donc aussi aider tous les autres enfants à atteindre le maximum de leur potentiel. La mesure dans laquelle ils peuvent le faire influencera alors leur estime de soi ainsi que d'autres aspects de leur personnalité, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.



Comment le projet de bande dessinée, dans la classe de Julie, peut-il répondre aux besoins d'un enfant doué ?



### FAITES LE POINT

10. Comment le niveau socioéconomique d'un enfant peut-il avoir un impact sur sa réussite scolaire ?
  11. Quelles sont les principales causes attribuées au déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ?
-  Dans le cadre de vos études universitaires en enseignement au primaire, vous vous apprêtez à faire un stage dans une classe de deuxième année. Avant de commencer votre stage, vous révisez vos notions sur les facteurs qui favorisent la réussite scolaire d'un enfant. Quels sont les aspects importants que vous devez retenir ?

## Résumé

### Le développement physique

- De 5 à 11 ans, la myélinisation du cerveau se poursuit et des changements dans l'épaisseur du cortex sont liés au développement de l'intelligence.
- À cet âge, de plus en plus d'enfants présentent un surplus de poids, ce qui peut avoir de sérieuses répercussions sur leur santé et sur leur fonctionnement affectif et social.
- La capacité d'écrire, qui passe du dessin à l'orthographe lisible, représente un progrès important lié au développement de la motricité fine.
- L'activité physique a des effets positifs considérables sur la santé physique et mentale des enfants ainsi que sur leurs performances à l'école.

### Le développement cognitif

- Au stade des opérations concrètes, l'enfant peut utiliser des opérations mentales pour résoudre des problèmes concrets.
- À ce stade, l'enfant est aussi moins égocentrique et sa pensée devient de plus en plus logique. L'enfant maîtrise maintenant les notions de conservation parce qu'il comprend le principe d'identité, le principe de réversibilité et qu'il est capable de décentration. Cependant, certains types de conservation sont acquis plus tardivement que d'autres, parce que l'action mentale de l'enfant n'est pas indépendante du contenu traité.
- Selon Piaget, le raisonnement moral suit le développement cognitif. Ce n'est qu'au stade opératoire que l'enfant commence à prendre en considération l'intention derrière l'action et qu'il acquiert le sens de l'équité.
- L'enfant d'âge scolaire fait des progrès sur les plans de la fonction exécutive et de la vitesse de traitement de l'information. Il commence aussi à utiliser des stratégies mnémoriques et parvient mieux à canaliser son attention sur l'information pertinente dans une situation donnée.
- Même si les tests d'intelligence permettent de prédire la réussite scolaire, on leur reproche toutefois de mesurer surtout des connaissances acquises plutôt que des habiletés innées. De plus, les biais culturels qu'ils comportent sont difficiles à éviter.

- Gardner considère qu'il existerait huit ou neuf types d'intelligence, qui ne sont pas tous mesurés par les tests.
- Selon la théorie triarchique de Sternberg, trois éléments se combinent à différents degrés pour former l'intelligence : l'élément compositionnel, l'élément expérientiel et l'élément contextuel.

### L'évolution du langage : la communication

- À l'âge scolaire, l'enfant a acquis une bonne maîtrise du langage. Il peut manier une grammaire complexe et utiliser un vocabulaire assez étendu. Même s'il a parfois encore de la difficulté à saisir toutes les subtilités de la syntaxe, cela lui permet de progresser rapidement dans ses habiletés de communication.
- L'apprentissage de la lecture peut combiner une approche phonétique, basée sur un décodage des syllabes et des mots, et une approche plus globale mettant l'accent sur la reconnaissance visuelle. Plus la reconnaissance des mots devient automatique, plus l'enfant peut se concentrer sur le sens de ce qu'il lit.
- L'apprentissage de l'écriture fait appel à la motricité fine et impose à l'enfant un certain nombre de contraintes comme l'orthographe, la ponctuation et la grammaire, ainsi que la nécessité de vérifier si ses textes sont compris par les autres.

### La scolarisation

- Selon le modèle écologique de Bronfenbrenner, plusieurs facteurs jouent un rôle dans la réussite scolaire de l'enfant : la confiance en ses capacités, l'appartenance à un sexe donné, l'implication des parents auprès de l'enfant et de l'école ainsi que leur style d'éducation, le niveau socioéconomique de la famille, la valorisation de la part des pairs et des pratiques pédagogiques stimulantes.
- L'école doit tenir compte des enfants ayant des besoins particuliers, comme ceux qui présentent une déficience intellectuelle, des troubles spécifiques d'apprentissage ou un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.
- Les programmes scolaires destinés aux enfants doués, caractérisés par un QI de 130 ou plus, se concentrent surtout sur l'enrichissement et le rythme d'apprentissage.



# Le développement affectif et social de l'enfant de six à onze ans

## PLAN DU CHAPITRE

### **8.1 Le soi en développement**

- 8.1.1 La représentation de soi
- 8.1.2 Le développement émotionnel

### **8.2 Le développement de la personnalité de 6 à 11 ans: les approches théoriques**

- 8.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud
- 8.2.2 La théorie psychosociale d'Erikson

### **8.3 L'enfant et sa famille**

- 8.3.1 Les relations familiales
- 8.3.2 La structure familiale

### **8.4 L'enfant d'âge scolaire et son groupe de pairs**

- 8.4.1 L'influence des pairs sur l'enfant
- 8.4.2 La popularité
- 8.4.3 L'amitié à l'âge scolaire
- 8.4.4 Les agressions et l'intimidation

### **8.5 La santé mentale des enfants**

- 8.5.1 Les facteurs de risque
- 8.5.2 Les principaux troubles émotionnels dans l'enfance
- 8.5.3 L'intervention en santé mentale infantile
- 8.5.4 Le stress et la résilience chez les enfants

Les nouvelles capacités cognitives permettent à l'enfant d'âge scolaire de développer un concept de soi plus réaliste et plus complet. L'entrée à l'école apporte aussi un changement majeur dans sa vie affective et sociale, puisqu'il passe maintenant de nombreuses heures en dehors de sa famille. Ainsi, même si les relations familiales sont toujours d'une importance fondamentale, l'univers de l'enfant d'âge scolaire s'élargit considérablement, ce qui l'amène à se créer une vie de plus en plus autonome et indépendante. La présence des parents demeure d'une importance capitale pour assurer l'encadrement nécessaire au désir d'autonomie croissant de l'enfant. Néanmoins, certains problèmes soulevés par la conciliation travail-famille rendent parfois cet encadrement difficile. En outre, les interactions avec les pairs, qui sont de plus en plus présents dans la vie de l'enfant, lui ouvrent de nouvelles perspectives, l'aident à mieux se connaître et lui procurent les joies de l'amitié.

## Mise en situation

Dans le cadre d'un cours d'expression écrite, l'enseignante de quatrième année a mis sur pied un projet de correspondance par courriel avec des élèves du même âge en Belgique. Voici donc la première lettre que Charlotte, 10 ans, écrit à sa nouvelle correspondante, Delphine.

Bonjour Delphine,

Je suis heureuse de pouvoir t'écrire et j'ai hâte de savoir comment ça se passe dans ton pays. Aujourd'hui, je vais te parler de moi, de ma famille et de mes amis. Je m'appelle Charlotte, j'ai 10 ans, j'ai les cheveux châtain, longs, et les yeux bruns. J'habite Montréal et je suis en quatrième année B. Dans ma classe, on est 26 élèves. Ma meilleure amie s'appelle Florence et quand on se dispute, je suis un peu fâchée, mais je continue quand même de jouer avec elle parce que je sais qu'on a presque toujours les mêmes goûts.

À l'école, je suis très bonne en lecture et en dictée, mais pas très bonne en anglais. La plupart de mes amis sont bien meilleurs que moi, mais je veux quand même apprendre l'anglais pour aller visiter d'autres pays et pouvoir parler avec les gens. Les mathématiques, c'est ma matière préférée. Hier, j'ai réussi à résoudre tous les problèmes et Valérie, mon enseignante, m'a demandé ensuite d'aider ceux qui n'avaient pas compris. J'aime beaucoup aider les autres à l'école, même Frédéric. Il est tout le temps trop gêné et personne ne veut jouer avec lui. Il y a même des grands de sixième année qui lui volent des choses et il ne dit rien.


Je vais te présenter ma famille, mais tu vas voir, c'est un peu compliqué. Pendant la semaine, je vis avec ma mère qui s'appelle Diane, mon beau-père Greg et mon frère William, qui a trois ans. Je l'aime beaucoup, même si des fois il dessine dans mes cahiers d'école. Le matin, c'est moi qui prépare ses céréales et qui l'aide à s'habiller

**« J'aime beaucoup aider les autres à l'école, même Frédéric. Il est tout le temps trop gêné et personne ne veut jouer avec lui. »**

Julie et moi, on joue ensemble, mais je la trouve un peu bébé des fois. Sinon, l'autre fin de semaine, c'est Jonathan, le fils de Greg, qui vient vivre avec nous. Il a 13 ans et il fait surtout des activités avec son père. Sinon, il joue tout le temps à des jeux vidéo, mais des fois, il accepte de me laisser jouer un peu. As-tu deux familles toi aussi?

J'ai hâte de recevoir ta lettre et de te connaître un peu plus.

Charlotte

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



## 8.1 Le soi en développement

Les progrès de l'enfant d'âge scolaire sur le plan cognitif lui permettent désormais de développer une image de soi beaucoup plus complexe et réaliste. Or, cette transition favorise l'approfondissement du développement de l'enfant sur le plan émotionnel.

### 8.1.1 La représentation de soi

La lettre écrite par Charlotte, présentée dans la mise en situation, montre bien comment l'enfant d'âge scolaire est désormais capable de parler de lui plus facilement que dans la période précédente. En effet, les nouvelles capacités cognitives de l'enfant qui a atteint l'âge de sept ou huit ans l'amènent à développer un concept de soi beaucoup plus nuancé qu'auparavant. Les jugements qu'il porte sur lui-même deviennent plus complets et plus réalistes puisqu'ils peuvent maintenant inclure à la fois des éléments positifs et négatifs.

La description que Charlotte fait d'elle-même le démontre: elle peut décrire plusieurs aspects différents de sa personne, et elle le fait en apportant des nuances. Elle se décrit ainsi comme une élève bonne dans certaines matières et moins bonne dans d'autres. De plus, sa description inclut des jugements concernant ses propres valeurs ou préférences: «J'aime bien aider les autres.» Enfin, Charlotte peut se définir en se comparant à d'autres enfants de son âge, ce qui contribue au développement de son estime de soi.

Comme nous l'avons vu au chapitre 6, le concept de soi d'un enfant évolue avec l'âge. Vers sept ou huit ans, les jugements qu'on porte sur soi-même deviennent plus réalistes et plus nuancés.

### Le soi réel et le soi idéal

Durant la période préscolaire, la conception de soi de l'enfant était relativement simple: les enfants se décrivaient en termes concrets et selon un seul point de vue. À l'âge scolaire apparaissent les notions du **soi réel**, qui représente ce qu'une personne est vraiment, et du **soi idéal**, qui correspond à ce que la personne voudrait être. Lorsque l'enfant acquiert la nuance entre ces deux notions, il est davantage en mesure de prendre conscience de la distance qui le sépare de son idéal ou de son objectif, à la manière de ce que fait Charlotte lorsqu'elle évoque ses performances en anglais.

Un écart important entre le soi réel et le soi idéal est habituellement un signe de maturité (Maccoby, 1980). En effet, en évaluant la différence entre le soi réel et le soi idéal, l'enfant peut se fixer des objectifs plus élevés qui le feront alors évoluer; il contribue par le fait même à son propre développement. Le soi idéal, qui fait partie intégrante du concept de soi, est nettement influencé par les standards de la société. En effet, les jugements que les enfants portent sur eux-mêmes se basent sur les normes véhiculées dans leur société. Par exemple, la réussite scolaire est généralement favorisée, mais dans certains milieux, cela est tout à fait secondaire, surtout pour les filles.

### L'évolution de l'estime de soi et le soutien social

Le soutien social que l'enfant reçoit de ses parents, de ses copains de classe et de ses professeurs lui fournit des messages importants. Les gens de son entourage sont-ils attentifs à lui? Le traitent-ils comme une personne qui a de la valeur à leurs yeux, qui a des choses intéressantes à dire? Si l'enfant ressent qu'il occupe une place bien à lui dans l'esprit des personnes qui sont importantes dans sa vie, il se sent alors valorisé. De fait, un enfant qui n'est pas soutenu dans ses perceptions par les messages de son entourage ne pourra pas entretenir une estime de soi élevée. Par contre, la présence de ce soutien accentue alors son estime de soi qui, comme nous l'avons déjà mentionné, représente sur plusieurs plans, et notamment sur le plan émotionnel, un gage de développement sain pour l'enfant (Duclos, 2000).

## 8.1.2 Le développement émotionnel

Plus les enfants vieillissent, plus ils sont conscients de leurs émotions et de celles des autres. Ils peuvent donc adapter leurs réactions émotionnelles aux situations dans lesquelles ils se trouvent et, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, ils peuvent expérimenter des émotions plus complexes comme la fierté, la honte et la culpabilité. Vers l'âge de sept ou huit ans, cette perception devient particulièrement aiguë, les enfants de cet âge faisant très bien la distinction entre la culpabilité et la honte. Cet âge est également marqué par une plus grande aptitude de l'enfant à verbaliser des émotions contradictoires, ce qui représente une nouvelle habileté émotionnelle. Dans la mise en situation, on voit en effet que Charlotte parvient à nuancer ses émotions lorsqu'elle parle de son amie Florence. Harter (1996) identifie



#### Soi réel

Idée qu'une personne se fait de ce qu'elle est vraiment.

#### Soi idéal

Idée qu'une personne se fait de ce qu'elle aimerait être.



Dans la mise en situation, comment l'enseignante aide-t-elle Charlotte à développer une bonne estime de soi?



#### L'importance des pairs dans l'estime de soi

La valorisation des pairs est importante pour l'estime de soi à l'âge scolaire.

ainsi chez l'enfant plusieurs niveaux de compréhension des émotions contradictoires (voir le tableau 8.1).

**TABLEAU 8.1** Les niveaux de compréhension des émotions contradictoires chez les enfants (selon Harter)

Niveau (âge)	Ce que l'enfant comprend	Ce que l'enfant pourrait dire
Niveau 0 (3-6 ans)	Les enfants ne peuvent comprendre l'existence d'émotions contradictoires. Ils ne peuvent même pas concevoir que deux émotions telles que la colère et la tristesse puissent coexister.	«Tu ne peux pas avoir deux émotions en même temps, parce que tu n'as qu'un seul cœur.»
Niveau 1 (6-7 ans)	Les enfants catégorisent les émotions en émotions positives ou négatives. Ils peuvent reconnaître l'existence de deux émotions simultanées, mais seulement lorsque les émotions sont similaires et qu'elles concernent une même situation.	«Si mon frère me frappait, je serais triste et en colère.»
Niveau 2 (7-8 ans)	Les enfants peuvent reconnaître la coexistence de deux émotions similaires se rapportant à des situations différentes. Toutefois, ils ne comprennent pas encore la coexistence de deux émotions contradictoires.	«J'étais très excité d'aller rendre visite à mes grands-parents au Mexique. Je n'avais pas peur de prendre l'avion. Je ne pourrais pas avoir peur et être content en même temps.»
Niveau 3 (8-10 ans)	Les enfants peuvent comprendre que l'on peut avoir des émotions contradictoires, mais seulement si elles se rapportent à des objets différents.	«J'étais fâchée contre mon frère, alors je l'ai pincé, mais je suis contente parce que mon père ne s'est pas fâché contre moi.»
Niveau 4 (11 ans)	Les enfants peuvent décrire des émotions contradictoires dirigées vers une même situation.	«Je suis contente de fréquenter ma nouvelle école, mais j'ai aussi un peu peur.»

Le contrôle des émotions négatives est une autre dimension du développement émotionnel. Les enfants d'âge scolaire sont de plus en plus en mesure de comprendre ce qui les met en colère, les rend tristes et leur fait peur, ainsi que la façon dont les autres réagissent à ces émotions. Ils font aussi la différence entre ressentir une émotion et l'exprimer, et en prenant conscience des normes culturelles qui régissent l'expression des émotions, ils apprennent à se comporter selon les attentes de leur milieu (Cole, Bruschi et Tamang, 2002).



#### Les comportements prosociaux

Les comportements prosociaux sont plus fréquents chez les enfants qui ont une estime de soi élevée.

L'autorégulation émotionnelle implique une volonté et un effort pour contrôler ses émotions, son attention et son comportement. Les enfants qui ont une faible volonté de contrôle ont tendance à se mettre visible-ment en colère et à être frustrés lorsqu'on les interrompt ou qu'on les empêche de faire ce qu'ils veulent. Au contraire, ceux qui ont une bonne volonté de contrôle peuvent réprimer leur impulsion de manifester une émotion négative dans un moment inapproprié. Cette capacité de contrôler ses émotions, qui influe sur l'adaptation de l'enfant à l'école, peut être liée au tempérament, mais elle augmente généralement avec l'âge. Une faible volonté de contrôle peut aussi indiquer des problèmes de comportement ultérieurs (Eisenberg *et al.*, 2004).

Les comportements prosociaux apparaissent à l'âge préscolaire et se renforcent à la période scolaire, alors que les enfants deviennent encore plus enclins à l'empathie. Il semble que l'empathie soit «programmée» dans le cerveau des enfants normaux. Une étude de l'activité cérébrale chez des enfants de 7 à 12 ans a montré que la région préfrontale était activée lorsqu'on leur montrait des images de personnes souffrantes (Decety *et al.*, 2009).

Les comportements prosociaux sont le signe d'une bonne adaptation émotionnelle de l'enfant, qui aura tendance à agir correctement dans une situation sociale, à manifester peu d'émotions négatives et à gérer les problèmes de manière constructive. Les enfants qui possèdent une estime de soi élevée semblent plus portés à offrir spontanément leur aide à ceux qui ont moins de chance qu'eux, ce qui, en retour, renforce leur estime de soi, comme le fait Charlotte avec Frédéric dans la mise en situation (Karafantis et Levy, 2004).





**FAITES LE POINT**

1. Expliquez pourquoi l'enfant d'âge scolaire est capable de faire une description de lui-même plus juste qu'auparavant.
2. Faites la distinction entre le soi réel et le soi idéal.
3. Quel lien peut-on faire entre l'estime de soi et les comportements prosociaux ?

## 8.2 Le développement de la personnalité de 6 à 11 ans : les approches théoriques

Comme ce fut le cas pour les périodes d'âge précédentes, nous allons examiner l'évolution de la personnalité de l'enfant de 6 à 11 ans selon les théories de Freud et d'Erikson.

### 8.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud

Selon Freud, après la « tempête » provoquée par le complexe d'Œdipe décrite dans le chapitre 6, au cours de laquelle l'enfant vit beaucoup d'anxiété et d'émotions intenses, survient la **période de latence**. Cette période se distingue par l'absence d'investissement de l'enfant dans une zone érogène particulière, d'où son nom de « période » plutôt que de « stade ». Pour Freud, il s'agit d'une période de repos pendant laquelle l'enfant se détourne des préoccupations d'ordre sexuel. Si l'enfant a résolu son complexe d'Œdipe en s'identifiant au parent de même sexe, il bénéficie maintenant d'un surmoi qui le rend plus conscient des règles sociales, règles qu'il choisit désormais de suivre volontairement. Ainsi, la présence du surmoi facilite son respect des règlements et de la discipline inhérents à la vie scolaire (Golse, 2001). L'identification peut en outre favoriser la motivation scolaire de l'enfant, puisque celui-ci voudra alors, par son entrée à l'école, suivre les traces de ses parents. La période de latence se caractérise par le développement de compétences intellectuelles et d'habiletés sociales largement présentes dans le contexte scolaire.

C'est aussi à cette étape du développement de sa personnalité que l'enfant commence à utiliser plus fréquemment les mécanismes de défense dont nous avons mentionné l'existence dans le chapitre 1. Dans la théorie freudienne, un mécanisme de défense est une stratégie inconsciente mise en place par le moi et qui tente de diminuer l'angoisse provenant généralement d'un conflit psychique entre une pulsion et les règles morales imposées par la société. C'est donc un moyen souvent irrationnel de réagir à l'anxiété en niant ou en déformant la réalité. Le tableau 8.2 (*voir la page suivante*) présente les principaux mécanismes de défense du moi.

### 8.2.2 La théorie psychosociale d'Erikson

Comme Freud, Erikson considère les années scolaires comme une période plus calme sur le plan affectif. En parallèle avec la période de latence, il met l'accent sur la maîtrise d'habiletés qui serviront à l'enfant dans un contexte scolaire. La quatrième crise, qui survient de 6 à 11 ans, est celle qu'Erikson appelle **travail versus infériorité**. À cet âge, l'enfant doit faire l'apprentissage des habiletés et des tâches qui sont requises dans sa société d'appartenance et doit fournir un travail productif. C'est l'âge où les enfants inuits apprennent à chasser et à pêcher, et où les garçons arapesh de Nouvelle-Guinée apprennent à fabriquer des arcs et des flèches et à poser des pièges, tandis que les filles apprennent à semer, à désherber et à récolter. Les enfants des pays industrialisés apprennent pour leur part à lire, à écrire, à compter et à utiliser

#### Période de latence

Selon Freud : quatrième étape du développement psychosexuel caractérisée par le refoulement des pulsions sexuelles causé par la présence du surmoi et par leur sublimation dans des activités scolaires, sociales et culturelles.

#### Travail versus infériorité

Selon Erikson : quatrième crise dans la théorie du développement psychosocial, au cours de laquelle l'enfant doit faire l'apprentissage de certaines habiletés favorisées par la culture. Il doit aussi être conscient de ses limites, sans développer un sentiment d'infériorité.

**TABLEAU 8.2** Les mécanismes de défense du moi (selon Freud)

Mécanisme de défense	Description	Exemple
Le déni ou la négation	Nier la réalité d'une situation angoissante.	Vincent a perdu son père dans un accident de travail, mais il continue de parler de son père à ses camarades de classe comme si celui-ci était toujours vivant.
Le déplacement	Déplacer une réaction sur une autre cible que celle sur laquelle elle est réellement dirigée.	Maya, qui vient d'être grondée par son père, s'emporte contre son frère qui veut lui emprunter son jeu vidéo.
La formation réactionnelle	Exprimer des émotions ou agir de façon contraire à ce qu'on ressent réellement.	Carl aimerait être choisi pour représenter sa classe aux olympiades de mathématiques, mais comme il a peu de chances d'être élu, il clame haut et fort que ces olympiades ne sont qu'une perte de temps et que cela ne l'intéresse pas.
La projection	Prêter à l'autre des intentions, des désirs et des besoins (généralement négatifs) qui sont inconsciemment les nôtres.	Maryse joue à un jeu de société et meurt d'envie de tricher, mais se retient. Cependant, elle accuse constamment les autres d'essayer de tricher.
Le refoulement	Reléguer dans l'inconscient un souvenir ou une représentation qui suscite trop d'angoisse.	Caroline a subi des attouchements sexuels de la part de son beau-père lorsqu'elle avait cinq ans, mais elle n'en garde aucun souvenir conscient.
La régression	Retourner à des modes d'expression ou à des conduites caractéristiques d'un stade antérieur.	Depuis la séparation de ses parents, Justin, cinq ans, recommence à mouiller son lit la nuit.
La sublimation	Canaliser dans une activité socialement acceptable une pulsion qui ne l'est pas.	Marco manifestait des problèmes d'agressivité. Il s'est inscrit à un club de boxe, ce qui l'aide à canaliser cette agressivité.



l'ordinateur. Ils apprennent aussi à jouer en équipe et peuvent développer des talents artistiques. Par ailleurs, comme Charlotte qui s'occupe de son frère plus jeune, tous les enfants apprennent à participer aux rouages de la vie en société.



#### Les habiletés culturelles

Selon Erikson, en s'initiant à la préparation du repas, cette jeune fille apprend le fonctionnement de la société dans laquelle elle vit et la signification d'un travail correctement effectué.

Selon Erikson, si l'enfant résout cette crise, il développe une force adaptative particulière: la compétence, c'est-à-dire le sentiment de pouvoir maîtriser et accomplir les tâches qui lui incombent. En comparant ses propres compétences à celles de ses pairs, l'enfant va alors acquérir une meilleure connaissance de lui-même et de ses limites. Toutefois, la comparaison sociale inhérente à cette période qui s'étend de 6 à 11 ans peut aussi amener l'enfant à développer un sentiment d'infériorité vis-à-vis de ses pairs. Comme dans les crises précédentes, c'est un juste équilibre entre les deux pôles (travail et infériorité) qui va favoriser le développement d'une saine personnalité. Ainsi, l'enfant doit être conscient de la possibilité de l'échec. Le sentiment d'infériorité ressenti par l'enfant ne s'avère donc pas obligatoirement négatif, car il l'aide à développer un concept de soi plus réaliste. Cependant, si l'enfant est constamment écrasé par un sentiment d'infériorité, il tend alors à être incompetent et à perdre toute motivation pour le travail et l'apprentissage. L'enfant peut même régresser à une crise antérieure et perdre alors le sens de l'initiative. À l'opposé, un enfant trop axé sur la performance et la perfection peut devenir un bourreau de travail ou ne pas tolérer l'échec. Pour Erikson (1982), la résolution de cette crise est donc déterminante pour l'estime de soi de l'enfant.

Les parents influencent fortement le sentiment de compétence d'un enfant. Dans une étude longitudinale portant sur 514 enfants américains de classe moyenne, les croyances des parents au sujet des compétences de leurs enfants en mathématiques et en sports étaient fortement associées aux croyances des enfants sur leurs propres compétences (Fredericks et Eccles, 2002).



## FAITES LE POINT

4. Décrivez ce qui se passe, selon Freud, au cours de la quatrième étape du développement psychosexuel.
5. Selon l'approche psychanalytique, qu'est-ce qu'un mécanisme de défense ? Décrivez-en trois.
6. Jérémie, neuf ans, a trouvé un petit chien abandonné et il aimerait bien le garder. Ses parents hésitent, puis ils finissent par accepter à la condition que ce soit Jérémie qui s'en occupe. Ils considèrent que leur fils est maintenant capable d'assumer certaines responsabilités. Selon Erikson, comment la responsabilité de l'animal et l'attitude des parents de Jérémie contribuent-elles à son développement ?

## 8.3 L'enfant et sa famille

L'enfant d'âge scolaire consacre désormais plus de temps qu'auparavant à l'école et aux activités organisées : il possède donc maintenant une vie bien à lui. Malgré cela, ses relations familiales demeurent une partie très importante de sa vie. Ainsi, pour comprendre ce qu'il vit, il faut examiner le climat et la structure particulière de son environnement familial et garder en tête que cet environnement est aussi influencé par ce qui se passe en dehors des murs de la maison. En effet, selon la théorie de Bronfenbrenner que nous avons abordée dans le chapitre 1, de nombreux éléments (tels que les revenus des parents, leur scolarité, le quartier qu'ils habitent, la qualité des services qui y sont offerts, etc.) situés à différents niveaux systémiques ont une incidence sur la famille et, par conséquent, sur le développement des enfants qui grandissent en son sein. La culture définit également le rythme de la vie familiale ainsi que les rôles tenus par ses membres. C'est pourquoi il importe de jeter un œil attentif sur l'environnement familial, en gardant à l'esprit que celui-ci est toujours influencé par des forces extérieures.

### 8.3.1 Les relations familiales

Le climat familial exerce une influence prédominante sur le développement de l'enfant. Est-il chaleureux et aidant ou est-il plutôt conflictuel ? Une étude portant sur 226 familles d'origines ethniques différentes a montré que les conflits conjugaux étaient systématiquement associés à une éducation parentale inappropriée et que les enfants exposés à un tel climat présentaient généralement des problèmes de comportement associés à de la crainte, à de l'anxiété, à de la désobéissance ou à de l'agressivité (Kaczynski *et al.*, 2006).

La relation parent-enfant n'est pas à sens unique ; elle résulte de l'interaction entre le tempérament de l'enfant et le style parental. Par exemple, certains enfants sont plus sensibles aux influences parentales que d'autres, en particulier les enfants au tempérament difficile qui répondent à la fois mieux à de bons parents et plus négativement à des parents moins outillés. Dans une étude, des enfants au tempérament difficile ont mieux répondu aux qualités parentales – telles que mesurées par les compétences scolaires, les habiletés sociales et les relations avec les autres – que ceux avec des tempéraments faciles. En d'autres mots, les enfants au tempérament difficile étaient pires que les enfants faciles quand les qualités parentales étaient de piètre qualité, mais mieux que les enfants faciles quand les pratiques parentales étaient de haute qualité (Stright *et al.*, 2008).

#### La corégulation et la discipline

Un des changements typiques affectant les relations parent-enfant à l'âge scolaire est le fait que la fonction du contrôle des comportements passe graduellement des parents à l'enfant. La **corégulation** représente ce mécanisme par lequel les parents

#### Corégulation

Stade transitionnel dans le contrôle du comportement de l'enfant durant lequel les parents supervisent l'enfant de façon moins intense qu'auparavant, en lui laissant plus de possibilités d'utiliser l'autorégulation.

et l'enfant partagent désormais le pouvoir : les parents supervisent le comportement général de l'enfant et ce dernier fait montre d'autorégulation. Les interventions des parents peuvent alors devenir de moins en moins fréquentes, l'enfant étant apte à exercer un meilleur contrôle sur lui-même. Celui-ci peut donc choisir ses propres vêtements, l'heure à laquelle il fait ses devoirs, les activités parascolaires auxquelles il s'inscrit, etc. Ainsi, les parents ne devraient intervenir de manière directe que lorsque c'est nécessaire, puisque la maturité de l'enfant sera davantage favorisée si les parents lui permettent de réfléchir par lui-même et d'exercer son jugement. Par exemple, dans les conflits avec les pairs, les parents n'interviennent plus directement, mais ils réagissent en discutant avec leur enfant (Parke et Buriel, 1998). Les enfants sont plus enclins à se conformer aux désirs de leurs parents lorsqu'ils se rendent compte que leurs parents sont équitables et qu'ils se préoccupent de leur bien-être.

Le passage à la corégulation agit sur la façon dont les parents disciplinent leurs enfants. La plupart des parents d'enfants d'âge scolaire ont en effet tendance à recourir plus souvent à des techniques de persuasion qu'à des stratégies de punition. Par exemple, ils peuvent montrer à l'enfant comment ses actions affectent les autres (« rire d'un autre enfant va le rendre triste »), faire appel à son estime de soi (« qu'est-il arrivé au petit garçon d'hier soir, si serviable ? »), recourir à des valeurs morales (« un grand garçon comme toi devrait laisser une chance à un plus petit ») ou lui laisser subir les conséquences de ses actes (« tu as manqué ton autobus parce que tu t'es couché trop tard hier soir ; tu devras donc marcher pour te rendre à l'école »). Par ailleurs, la façon dont parents et enfants gèrent leurs conflits peut être plus importante que leur résolution elle-même. En effet, un conflit familial peut s'avérer constructif s'il aide l'enfant à apprendre quelles sont les stratégies efficaces pour résoudre un problème, et à comprendre que des règles sont nécessaires pour vivre en société (Eisenberg, 1996).

### Les relations avec les frères et sœurs

Dans certaines régions isolées d'Asie, d'Afrique, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, il est fréquent de voir des fillettes plus âgées prendre soin de trois ou quatre frères et sœurs plus jeunes. Dans ces communautés, les aînés ont un rôle important, défini culturellement. Par exemple, ils doivent apprendre aux plus jeunes comment trouver du bois pour le feu, s'occuper des animaux et cultiver la terre. Ces jeunes intériorisent progressivement les valeurs de leur communauté : respecter les aînés et placer le bien-être collectif au-dessus du bien-être individuel. Par contre, dans les sociétés industrialisées, comme le Canada et les États-Unis, les parents essaient généralement de ne pas « embêter » leurs enfants plus vieux avec les soins quotidiens des plus jeunes. Les plus vieux transmettent quand même un savoir à leurs jeunes frères et sœurs, mais cela survient généralement d'une manière informelle, et non comme un élément établi du système social (Cicirelli, 1994).



#### Prendre soin de son frère

Dans les sociétés non industrialisées, on attend généralement des aînés qu'ils prennent soin de leurs frères et sœurs plus jeunes. C'est un rôle important, défini culturellement.

Le nombre de frères et sœurs dans une famille, leur espacement en âge, leur ordre de naissance ainsi que leur sexe déterminent souvent leurs rôles et leurs relations au sein de la famille. Dans les sociétés industrialisées, les frères et sœurs ont tendance à être peu nombreux et plus éloignés en âge, ce qui permet aux parents de consacrer plus d'attention et de ressources à chaque enfant (Cicirelli, 1994).

Les frères et sœurs s'influencent les uns les autres, non seulement directement, à travers leurs interactions quotidiennes, mais aussi indirectement, à travers leurs relations respectives avec leurs parents. Ainsi, l'expérience des parents avec un aîné influence les attentes et la façon dont ils vont traiter un enfant plus jeune (Brody *et al.*, 2004). Réciproquement, les modèles de comportement qu'un enfant établit avec

ses parents ont tendance à se répercuter dans les comportements qu'il établit avec ses frères et sœurs. Lors d'une étude sur des familles anglaises, on a ainsi montré que lorsque la relation parent-enfant était chaleureuse et affectueuse, les frères et sœurs avaient tendance à entretenir eux aussi des relations positives, alors que quand la relation parent-enfant était conflictuelle, les conflits entre les enfants étaient plus nombreux (Pike, Coldwell et Dunn, 2005).

Enfin, les relations entre frères et sœurs peuvent également être un laboratoire pour l'apprentissage de la résolution de conflits. En effet, les frères et sœurs sont plus motivés à se réconcilier après une querelle parce qu'ils savent qu'ils vont continuer de se côtoyer chaque jour. Ils apprennent ainsi qu'exprimer de la colère ne met pas fin à leur relation. On note par ailleurs que les enfants d'une même famille se disputent plus fréquemment lorsqu'ils sont de même sexe, et que deux frères se chamaillent davantage que n'importe quelle autre combinaison (Cicchirelli, 1995).

### La conciliation travail-famille

Les mères qui restent à la maison pour s'occuper des enfants, ce qui était autrefois la norme, sont devenues très rares. Actuellement, au Canada, 66 % des femmes ayant des enfants de moins de 6 ans occupent un emploi, et ce taux grimpe à 78 % pour celles dont l'enfant le plus jeune est âgé de 6 à 15 ans (Statistiques Canada, 2012). De plus, au fil des ans, on observe une augmentation du nombre de pères qui restent à la maison pendant que la mère travaille; ce taux est passé de 1 % en 1976 à 12 % en 2011, chez les familles comptant deux parents, avec au moins un enfant de moins de 16 ans (Institut Vanier de la famille, 2013).

La hausse de la participation des femmes au marché de l'emploi a ainsi fait émerger un nouvel enjeu : celui de l'effet du travail des mères sur le bien-être de leurs enfants, tant sur le plan de leur santé physique que sur celui de leur bien-être psychologique et social ou de leur réussite scolaire. Les répercussions du travail des mères sont liées à de nombreux facteurs, aussi divers que l'âge et le tempérament de l'enfant, les horaires de travail de la mère (temps plein ou partiel), le soutien qu'elle obtient de son conjoint ou son revenu et la qualité des services de garde dont elle dispose. Toutefois, d'après une vaste étude longitudinale ayant suivi plus de 1000 enfants de 0 à 7 ans, l'impact du travail de la mère sur le bien-être de l'enfant est neutre. On remarque certains points négatifs – résultats légèrement inférieurs aux tests cognitifs –, mais qui sont contrebalancés par le fait que les mères sont plus heureuses, qu'elles sont en meilleure situation financière et surtout qu'elles sont plus réceptives à leurs enfants que les mères au foyer (Brooks-Gunn et Waldfogel, 2010).

La participation des mères permet non seulement d'augmenter le revenu familial, mais elle offre à l'enfant des modèles positifs de productivité (Lefebvre et Merrigan, 2000). Les enfants d'âge scolaire dont la mère travaille vivent ainsi de manière plus structurée que ceux dont les mères restent à la maison. Ils sont plus encouragés à devenir indépendants et ils développent des attitudes plus égalitaires vis-à-vis des rôles sexuels (Parke et Buriel, 1998). Plusieurs études ont toutefois démontré que les enfants réussissent un peu mieux à l'école si leur mère travaille seulement à temps partiel (Goldberg et coll., 2008).

Au-delà du travail des mères, c'est l'organisation entière de la famille qui est susceptible d'influencer le développement de l'enfant. La **conciliation travail-famille** représente le processus par lequel des parents qui travaillent (aussi bien le père que la mère) arrivent à consacrer du temps et de l'énergie à la fois à leur travail et à leur famille. En général, ce sont les mères qui font le plus de compromis dans l'harmonisation de leurs responsabilités, en occupant des emplois atypiques, c'est-à-dire un emploi à temps partiel, un travail autonome ou une fonction qui comporte des horaires variés (Institut Vanier de la famille, 2007). Ces emplois atypiques sont



#### La conciliation travail-famille

Lorsque les parents travaillent, les enfants sont encouragés plus rapidement à devenir indépendants.

#### Conciliation travail-famille

Processus par lequel les parents tentent de répartir leurs énergies en fonction des exigences liées à la vie familiale et au monde du travail.

souvent associés à des conditions de travail plus difficiles caractérisées par de l'instabilité, un faible revenu et des heures qui s'agencent mal avec la vie familiale (Lefebvre et Merrigan, 2000). Ce sont donc les conditions de travail du parent, plus que le fait de travailler ou non, qui semblent avoir le plus d'impact sur le bien-être des enfants.

### La pauvreté et l'éducation des enfants

Un enfant canadien sur dix vit dans la pauvreté (Campagne 2000, 2011). Nous avons déjà vu combien la pauvreté peut nuire au développement général des enfants. De plus, elle peut avoir un impact sur l'état émotionnel des parents, sur leurs pratiques éducatives ainsi que sur le climat familial qui en résulte. En effet, les parents



#### Pauvres, mais heureux !

Les enfants qui vivent dans la pauvreté sont plus à risque, mais l'attitude des parents est un facteur primordial pour avoir des enfants socialement compétents.

qui vivent dans la pauvreté sont plus à risque d'être anxieux, dépressifs et irritables ; ils peuvent alors devenir moins attentionnés et moins affectueux envers leurs enfants et pratiquer une discipline plus incohérente, sévère et arbitraire (Evans, 2004).

Un comportement parental efficace peut protéger les enfants des effets négatifs de la pauvreté. En particulier, les interventions qui réduisent la colère et les conflits familiaux, et qui donc augmentent la cohésion et l'affection au sein de la famille, sont particulièrement bénéfiques.

Une étude effectuée sur une période de quatre ans portant sur 152 mères monoparentales a aussi démontré que les mères qui possèdent un bon équilibre émotionnel et qui sont dotées d'une estime de soi relativement élevée, en dépit du stress économique,

ont tendance à avoir des enfants socialement compétents et qui réussissent bien à l'école, ce qui renforce positivement leur comportement parental. Cette situation, à son tour, encourage les enfants à maintenir leurs succès scolaires et leurs comportements socialement désirables (Brody *et al.*, 2004).

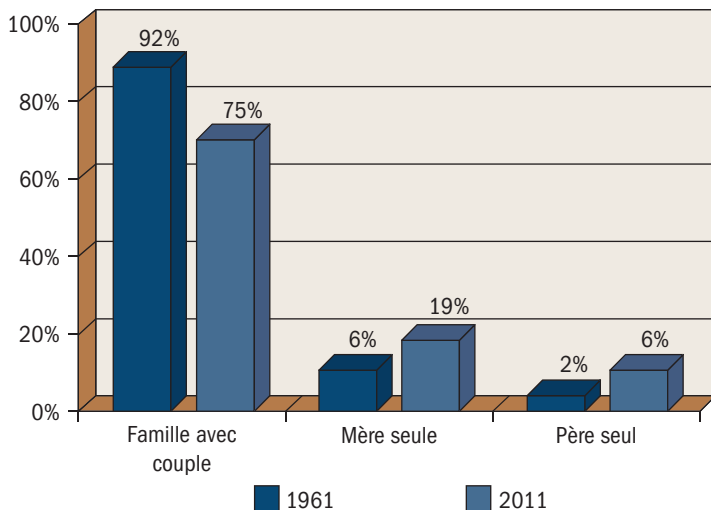
### 8.3.2 La structure familiale

La structure familiale a beaucoup changé ces dernières années, et ce, dans la plupart des pays industrialisés (voir la figure 8.1). Dans les générations précédentes, la grande majorité des enfants grandissaient dans des familles composées de deux parents mariés.

Aujourd'hui, la majorité des enfants vivent encore avec deux parents, mais ces derniers ne sont pas nécessairement mariés ni de sexes opposés. Plusieurs enfants vivent aussi avec des grands-parents ou dans des familles recomposées. Dans les pages qui suivent, nous allons d'ailleurs passer en revue quelques-unes de ces nouvelles structures familiales.

Dans des conditions similaires, les enfants ont tendance à mieux grandir dans des familles composées de leurs deux parents mariés, surtout si ceux-ci vivent en harmonie, plutôt qu'avec des parents conjoints de fait, divorcés ou monoparentaux (Brown, 2004). Ces enfants connaissent généralement une meilleure qualité de vie. Ils ont des parents plus compétents, une meilleure coopération parentale, des relations plus proches avec les deux parents (surtout avec les pères) et ils vivent moins de situations stressantes. Toutefois, la relation entre les parents, la qualité des soins qu'ils prodiguent aux enfants et leur capacité à créer une atmosphère familiale chaleureuse influencent bien plus l'adaptation de leurs enfants que leur état matrimonial (Amato, 2005).

**FIGURE 8.1** L'évolution de la situation familiale des enfants au Québec



Source : Institut de la statistique du Québec, 2013.

Par ailleurs, l'instabilité familiale peut être plus dommageable pour les enfants que le type de famille dans laquelle ils vivent. Les enfants qui vivent plusieurs transitions familiales sont en effet plus susceptibles de présenter des problèmes de comportement et de s'engager dans des activités délinquantes que les enfants qui vivent dans un foyer stable (Fomby et Cherlin, 2007).

### La séparation des parents

La séparation des parents touche des milliers d'enfants chaque année. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre 4, le divorce est une situation stressante, pour les enfants comme pour les parents. Toutefois, les problèmes affectifs et comportementaux des enfants peuvent aussi découler de l'intensité des conflits parentaux présents avant le divorce. Une étude longitudinale portant sur près de 11 000 enfants canadiens a en effet démontré que ceux dont les parents finissent par divorcer présentent plus d'anxiété, de dépression et de comportements antisociaux que ceux dont les parents restent mariés (Strohschein, 2005). Ainsi, si la discorde parentale est chronique, évidente ou destructrice durant la période qui précède le divorce, les enfants peuvent se porter aussi bien ou même mieux après celui-ci (Amato, 2005).

L'adaptation des enfants lors d'une séparation ou d'un divorce dépend en partie de leur âge, leur maturité, leur genre, leur tempérament et surtout leur ajustement psychosocial avant la séparation. Dans l'ensemble, les enfants dont les parents divorcent sont plus à risque de conséquences négatives; malgré tout, la plupart de ces enfants s'adaptent bien. Les enfants d'âge scolaire sont sensibles aux pressions parentales et aux conflits de loyauté et, comme les jeunes enfants, ils peuvent craindre d'être abandonnés ou rejetés. Les enfants les plus jeunes risquent de présenter des problèmes de comportement, tandis que chez les enfants plus vieux, ce sont surtout les résultats scolaires et les conditions sociales qui sont affectées. Ce qui est clair, toutefois, c'est que si un enfant présentait des difficultés d'adaptation sociale avant la séparation, à long terme, la situation va empirer (Lansford 2009).

Dans la plupart des divorces, même si la garde paternelle est en augmentation, c'est la mère qui obtient la garde des enfants. Or, plusieurs enfants affirment que la perte de contact avec leur père est l'une des conséquences les plus douloureuses du divorce de leurs parents (Fabricius, 2003). Toutefois, la fréquence des contacts avec le père n'est pas aussi importante que la qualité de la relation père-enfant. Ainsi, les enfants qui ont un père de type démocratique et qui se sentent proches de leur père, même s'il vit ailleurs, ont tendance à mieux réussir à l'école et à présenter moins de problèmes de conduite (Kelly et Emery, 2003).

Lors d'une séparation, la garde des enfants peut être partagée par les deux parents. Cette solution peut s'avérer avantageuse si les parents sont capables de coopérer, puisqu'ils peuvent ainsi continuer de s'impliquer tous les deux étroitement auprès de leurs enfants. Quand les parents ont la **garde conjointe**, ils partagent les devoirs et les responsabilités quant aux décisions à prendre pour le bien-être de l'enfant, et ce, indépendamment du temps que chacun d'eux passe avec lui. Dans les cas moins fréquents de **garde partagée** (on parle alors de garde physique partagée), l'enfant vit à mi-temps, ou presque, avec chacun des parents. Une analyse de plusieurs études a démontré que les enfants qui vivent en garde partagée ou en garde conjointe sont mieux adaptés: ils ont une meilleure estime de soi et de meilleures relations familiales que les enfants qui sont sous la garde d'un seul parent. Ils sont même aussi bien adaptés que les enfants de parents non divorcés (Bauserman, 2002). Il est probable, toutefois, que les couples qui choisissent la garde conjointe ou partagée soient aussi ceux qui ont eu le moins de conflits avant leur séparation.



#### L'importance du père

Plusieurs enfants affirment que la perte de contact avec leur père est l'une des conséquences les plus douloureuses du divorce.

#### Garde conjointe

Situation où la garde légale des enfants est partagée entre les deux parents, ceux-ci assumant conjointement les devoirs, les responsabilités et les décisions à prendre pour le bien-être de l'enfant.

#### Garde partagée

Situation où la garde physique des enfants est partagée entre les deux parents, l'enfant vivant à mi-temps, ou presque, avec chacun des parents.



Quel est le type de garde des parents de Charlotte dans la mise en situation ?

## La famille monoparentale

Les familles monoparentales résultent d'un divorce, d'une séparation, d'un parent célibataire ou d'un décès. Le taux des familles monoparentales est en hausse depuis les dernières années et, au Québec, il atteignait environ 25 % en 2011, ce qui est plus élevé que dans l'ensemble du Canada (Institut de la statistique du Québec, 2013). Néanmoins, plusieurs enfants qui vivent dans cette structure familiale cohabitent avec le nouveau conjoint du parent. Il est possible aussi qu'un enfant en garde partagée passe la moitié du temps dans une famille monoparentale et l'autre dans une famille recomposée. Ainsi, les statistiques surestiment généralement le nombre d'enfants qui vivent exclusivement avec un seul de leurs parents. Par ailleurs, les femmes sont majoritairement à la tête des familles monoparentales. Elles sont aussi généralement plus jeunes que les femmes mariées, moins scolarisées, plus pauvres et vivent souvent dans des quartiers plus défavorisés.

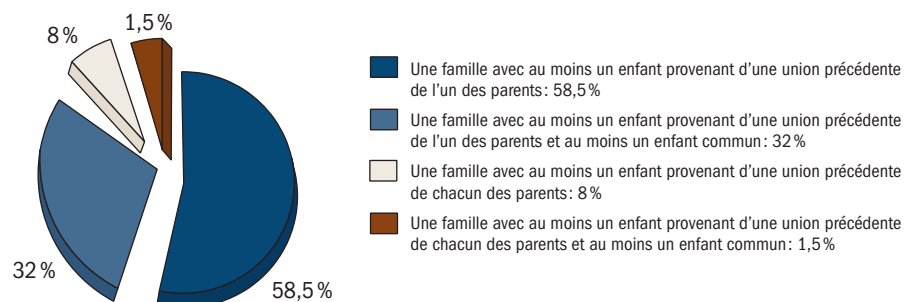
La structure de ces familles monoparentales est souvent sujette à des transitions et à des modifications. On dénombre en effet plusieurs cohabitations avec de nouveaux conjoints ou avec les grands-parents, une présence accrue de colocataires, etc. Pour toutes ces raisons, les familles monoparentales sont aussi plus susceptibles de déménager, ce qui suscite d'autres formes d'adaptation pour les enfants. Ainsi, les enfants qui grandissent dans une famille monoparentale connaissent souvent les mêmes conditions de vie que ceux qui vivent dans la pauvreté; ils risquent de présenter sensiblement les mêmes problèmes d'agressivité, de provocation, d'hyperactivité, d'échecs scolaires, de problèmes relationnels et de délinquance. Plus tard, ces jeunes risquent aussi davantage d'avoir un enfant hors mariage, en particulier pendant l'adolescence, d'être moins scolarisés, d'être plus pauvres, d'avoir un casier judiciaire, de connaître des problèmes conjugaux et de divorcer (Ambert, 2006). Les études sur le sujet n'ont pas encore suffisamment exploré les forces particulières que les enfants élevés dans de telles conditions peuvent développer. Aussi, même si le tableau peut paraître sombre, il faut savoir que plusieurs enfants s'en sortent très bien, comme nous le verrons un peu plus loin.

## La famille recomposée

La plupart des parents divorcés se remarient ou vivent avec un nouveau conjoint. Plusieurs mères ou pères non mariés s'unissent ainsi à des hommes ou à des femmes qui ne sont pas les pères ou mères de leurs enfants. Ils forment alors des familles recomposées. La figure 8.2 illustre les différents types de familles recomposées qui existent.

S'adapter à un beau-parent peut être stressant pour l'enfant, car sa loyauté envers le parent absent ou décédé peut interférer avec la formation des liens à créer avec cette nouvelle figure parentale. Toutefois, certaines études portant sur les enfants de mères monoparentales ont démontré que les garçons bénéficient tout de même

**FIGURE 8.2** Les différents types de familles recomposées au Canada



Source : Adapté de Statistique Canada, 2011.

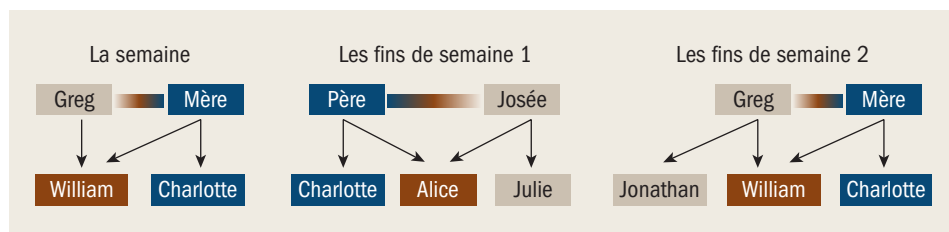


de la présence d'un beau-père. Les filles, par contre, peuvent davantage considérer un nouvel homme dans la maison comme une menace à leur indépendance et à la relation étroite qu'elles entretiennent avec leur mère (Hines, 1997).

Par ailleurs, vivre dans une famille recomposée n'équivaut pas seulement à vivre avec un beau-père ou une belle-mère ; la réalité est beaucoup plus complexe. En effet, les enfants doivent aussi souvent composer avec des demi-frères ou des demi-sœurs nés d'une union précédente ou de la nouvelle union d'un des parents. Au sein d'une famille, certains enfants peuvent donc vivre avec leurs deux parents biologiques, alors que ce n'est pas le cas pour les autres. Toutefois, la naissance d'un enfant commun, en créant un lien génétique, semble consolider les relations entre les membres d'une famille recomposée. Ces familles vont généralement demeurer ensemble plus longtemps que celles qui n'ont pas ce lien (Juby, 2004). Enfin, la complexité des familles recomposées vient aussi du fait que plusieurs ménages de ce type peuvent aussi être liés entre eux. Ainsi, dans notre mise en situation, Charlotte a un demi-frère et une demi-sœur biologiques ainsi qu'un demi-frère et une demi-sœur par alliance ne venant pas de la même famille. La figure 8.3, qui montre les multiples relations familiales de Charlotte, illustre la complexité que peuvent prendre ces nouvelles structures familiales recomposées.



**FIGURE 8.3** Les relations familiales de Charlotte



Note: Les flèches indiquent un lien biologique.

Il est irréaliste de croire que les relations entre les membres d'une famille recomposée se déroulent toujours dans l'harmonie, qu'un parent aime généralement ses enfants par alliance autant que ses propres enfants, qu'un enfant est habituellement aussi proche de sa belle-mère que de sa mère et qu'il aime son nouveau frère ou sa nouvelle petite sœur autant que la fratrie avec laquelle il a toujours vécu. Ainsi, les parents et les enfants dont les attentes sont idéalistes risquent de ressentir un fort sentiment de culpabilité. Il est plus réaliste, et donc préférable, de laisser le temps aux relations de se construire. Afin de solidifier les liens, on recommande de partager des tâches, d'établir des rituels et de vivre des expériences communes (Kelly, 2004).

### La famille homoparentale

Certains couples gais ou lesbiens élèvent des enfants nés d'une précédente union hétérosexuelle. D'autres décident de concevoir un enfant par des moyens artificiels, d'avoir recours à une mère porteuse ou d'adopter des enfants.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, un nombre considérable de recherches ont étudié le développement des enfants qui grandissent avec un couple homosexuel. Leur développement a été examiné sur les plans de la santé physique et émotionnelle, de l'intelligence, de l'adaptation, de l'identité, du jugement moral et du fonctionnement social et sexuel. Aucun élément particulier n'ayant été trouvé, il en ressort qu'il n'y a pas de différence significative entre les parents homosexuels

ou hétérosexuels concernant leurs attitudes ou leurs habiletés parentales. Les gais et les lesbiennes ont généralement des relations positives avec leurs enfants, et ces derniers n'ont pas plus de problèmes sociaux ou scolaires que les enfants élevés par des parents hétérosexuels (Pawelski *et al.*, 2006 ; APA, 2004 ; Gartrell *et al.*, 2005).

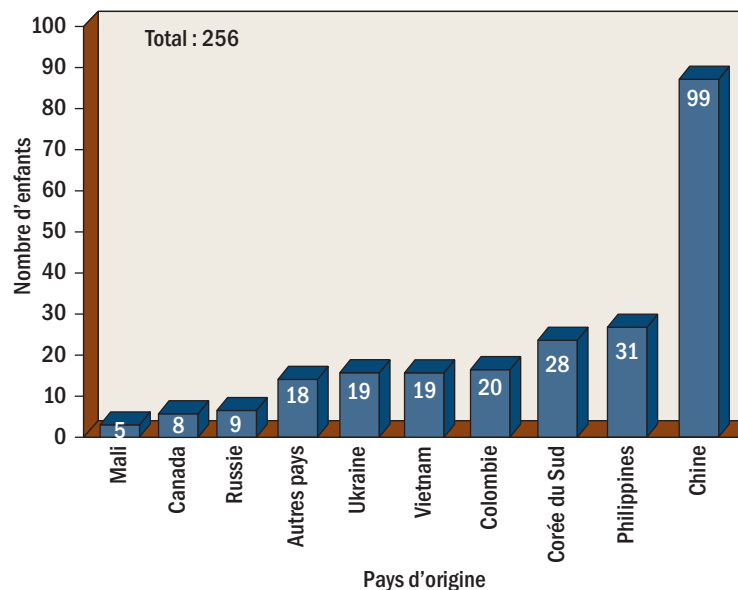
### La famille adoptive

L'adoption a fait partie de toutes les cultures, à travers l'histoire. Elle n'est pas réservée aux personnes infertiles ; des célibataires, des personnes plus âgées, des couples de gais ou de lesbiennes et des gens ayant déjà des enfants biologiques sont devenus des parents adoptifs.

Au Québec, une personne de plus de 18 ans peut faire une demande d'adoption, qu'elle soit célibataire ou mariée. Elle doit ensuite se soumettre à une évaluation psychosociale, et il y a en général une attente d'environ quatre à six ans avant de pouvoir adopter un enfant. Tout se fait sous la supervision des Centres jeunesse du Québec. Une mère qui désire donner son bébé en adoption n'a pas droit de regard sur les gens à qui elle voudrait confier son enfant, sauf dans le cas de sa famille immédiate. L'adoption internationale se fait à travers un organisme agréé qui sert de lien entre le pays d'origine de l'enfant et les parents adoptifs. La figure 8.4 présente les pays d'origine des enfants adoptés au Québec en 2012.

Est-ce que l'adoption d'enfants de pays étrangers entraîne des problèmes particuliers? Mis à part la possibilité de malnutrition ou d'autres conditions médicales sérieuses chez les enfants provenant de pays en développement, plusieurs études n'ont trouvé aucun problème significatif dans l'adaptation sociale de ces enfants, dans leurs performances scolaires, dans leur comportement à la maison ou dans leur façon de réagir au fait d'être adoptés (Levy-Shiff *et al.*, 1997). Les parents peuvent exposer leurs enfants adoptifs à des expériences qui les aident à connaître leur culture d'origine et discuter avec eux de racisme et de discrimination (Lee *et al.*, 2006).

**FIGURE 8.4** Les adoptions internationales selon le pays d'origine de l'enfant, Québec, 2012



Source : Secrétariat à l'adoption internationale du Québec, 2013.



## FAITES LE POINT

7. Lorsque les deux parents occupent un emploi, quelles sont les répercussions possibles sur le bien-être des enfants ?
8. On dit que la pauvreté peut avoir un effet négatif sur le développement des enfants. Expliquez pourquoi.
9. Quelles difficultés les familles recomposées sont-elles susceptibles d'éprouver ?

## 8.4 L'enfant d'âge scolaire et son groupe de pairs

Les groupes se forment naturellement entre les enfants qui habitent le même quartier ou qui fréquentent la même école. Les membres de ces groupes proviennent habituellement d'un milieu socioéconomique semblable, et ils sont souvent du même âge et de même sexe. Quelle influence le groupe a-t-il sur l'enfant ? Qu'est-ce qui détermine l'acceptation d'un enfant par ses pairs et sa capacité à se faire des amis ?

### 8.4.1 L'influence des pairs sur l'enfant

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, les enfants bénéficient de la présence de leurs pairs. En les côtoyant, l'enfant découvre en effet de nouvelles perspectives qui favorisent l'apparition chez lui de jugements indépendants de ceux de sa famille. Il peut alors confronter ses propres valeurs à celles de ses pairs et décider lesquelles sont les siennes. Cette comparaison avec d'autres enfants du même âge lui permet aussi de juger ses propres habiletés de manière plus réaliste et d'acquérir une perception plus claire de sa propre efficacité (Bandura, 1994). Le groupe de pairs représente donc en quelque sorte une minisociété dans laquelle les enfants apprennent à adapter leurs besoins et leurs désirs à ceux des autres, et à reconnaître les moments où ils doivent céder et ceux où ils doivent rester fermes. Le groupe offre aussi à l'enfant une sécurité émotionnelle, car il est rassurant pour un enfant de se rendre compte, par exemple, qu'il n'est pas le seul à nourrir des pensées qui pourraient choquer les adultes. En outre, les groupes de pairs de même sexe peuvent aider les enfants à apprendre les comportements appropriés à leur genre et à intégrer à leur concept de soi les rôles sexuels. Une recherche portant sur des enfants de 8 à 11 ans a ainsi démontré que la conviction d'être conforme à son genre et d'être satisfait de ce genre augmenterait l'estime de soi et le sentiment de bien-être (Yunger, Carver et Perry, 2004).

Toutefois, le groupe de pairs peut aussi avoir une influence négative. Par exemple, il peut renforcer les préjugés. Ainsi, le sentiment d'appartenance présent au sein d'un groupe d'enfants a parfois pour effet d'augmenter les attitudes négatives envers les personnes ne faisant pas partie de ce groupe. Ces préjugés peuvent être orientés vers des enfants d'origine ethnique différente de celle de la majorité et avoir, à long terme, des répercussions néfastes sur ceux qui en sont l'objet. On peut contrer l'apparition des préjugés et de la discrimination en organisant, par exemple, des activités de groupe dans lesquelles des enfants de différentes origines ou conditions poursuivent un but commun.

Bien que le groupe de pairs soit à l'origine d'actions constructives, les préadolescents se montrent particulièrement influençables par rapport à la pression de conformité que celui-ci exerce. Ainsi, c'est habituellement en compagnie de leurs camarades que les enfants commencent à fumer et à boire, à commettre des vols à l'étalage et à adopter d'autres comportements antisociaux. Évidemment, pour ces enfants, comme pour les adultes d'ailleurs,



#### L'importance des pairs

La présence de ses pairs ouvre à l'enfant de nouvelles perspectives et favorise notamment chez lui l'apparition de jugements indépendants de ceux de la famille.

une certaine conformité au groupe fait partie d'une saine adaptation et le conformisme n'est malsain que s'il devient destructif ou s'il entraîne l'enfant à aller à l'encontre de son propre jugement (Hartup, 1992).

### 8.4.2 La popularité

La popularité devient plus importante à l'âge scolaire, puisque l'enfant passe plus de temps avec ses pairs et que l'opinion de ces derniers peut avoir un impact considérable sur l'estime de soi. Ainsi, les enfants populaires et qui se sentent aimés par leurs pairs sont susceptibles d'être mieux adaptés une fois arrivés à l'adolescence. Par contre, ceux qui ne sont pas acceptés par leurs pairs ou qui sont trop agressifs risquent davantage de développer des problèmes psychologiques, de décrocher de l'école ou de devenir délinquants (Hartup, 1992).

#### Popularité sociométrique

Mesure de la popularité qui s'obtient en demandant aux enfants qui ils aiment le plus et qui ils aiment le moins dans leur groupe de pairs.

#### Popularité perçue

Mesure de la popularité qui s'obtient en demandant aux enfants quels sont les enfants les plus appréciés par leurs pairs.



#### Popularité et maturité

Les enfants immatures, hyperactifs ou renfermés, ont de la difficulté à se faire des amis.



#### Autoréalisation des prophéties

Phénomène par lequel des comportements engendrent une réponse particulière, laquelle, à son tour, confirme la justification des comportements de départ.

Étant donné qu'il est possible de mesurer la popularité de deux façons, les résultats peuvent différer. Les chercheurs mesurent la **popularité sociométrique** en demandant aux enfants quels sont les pairs qu'ils aiment le plus et ceux qu'ils aiment le moins. De telles études ont permis d'identifier cinq statuts dans le groupe de pairs : les enfants populaires, les enfants rejetés, les enfants négligés, les enfants controversés et les enfants dans la moyenne. Quant à la **popularité perçue**, elle est mesurée en demandant aux enfants quels sont ceux qui, selon eux, sont les plus appréciés par leurs pairs.

Selon les résultats de ces deux mesures de popularité, les enfants populaires montrent de bonnes habiletés sur le plan cognitif et ils réussissent bien : ils savent résoudre les problèmes d'ordre social, ils aident les autres et s'affirment sans être dérangeants ou agressifs. Ils sont sympathiques, fiables, coopératifs, loyaux, ils sont capables d'ouverture et ils peuvent offrir du soutien émotionnel à leurs pairs. Leurs habiletés sociales supérieures font donc en sorte que leurs camarades apprécient leur compagnie (Cillessen et Mayeux, 2004). Quant aux enfants qui ont une popularité perçue, c'est-à-dire un statut jugé élevé dans le groupe, ils ont tendance à présenter une apparence attrayante, des habiletés athlétiques et, dans une moindre mesure, des habiletés scolaires.

De leur côté, les enfants impopulaires (qu'ils soient rejetés ou négligés) le sont pour plusieurs raisons. Même si certains sont agressifs, d'autres sont hyperactifs, distraits ou renfermés ; d'autres encore sont immatures ou anxieux. Ces enfants sont souvent trop centrés sur eux-mêmes, ils se montrent insensibles aux émotions de leurs pairs et s'adaptent mal à des situations nouvelles (Bierman, Smoot et Aumiller, 1993). Parmi ces enfants impopulaires, certains ont une faible estime de soi et s'attendent à ne pas être aimés. Ils développent alors un sentiment d'impuissance (comme c'est peut-être le cas pour Frédéric dans la mise en situation de ce chapitre) et ne font plus d'efforts pour tenter de se faire accepter, ce qui vient confirmer leur perception d'être rejetés et impopulaires : c'est ce qu'on nomme le phénomène de l'**autoréalisation des prophéties**. Enfin, malgré le fait que les enfants agressifs soient souvent impopulaires durant les premières années scolaires, il faut savoir qu'ils sont de plus en plus acceptés par la suite parmi les enfants plus vieux et qu'ils peuvent même devenir populaires (Xie *et al.*, 2006).

Les caractéristiques liées à la popularité s'acquièrent d'abord au sein de la famille (Masten et Coatsworth, 1998). Ainsi, les parents démocratiques sont plus susceptibles d'avoir des enfants populaires que les parents autoritaires (*voir le chapitre 6*). En effet, les enfants qui sont punis et menacés par des parents autoritaires tendront à utiliser les mêmes stratégies auprès de leurs pairs, soit des comportements de menace ou d'agressivité directes qui, bien entendu, ne favorisent pas la popularité. Par contre, un style parental démocratique, axé sur le raisonnement de l'enfant, fournit à celui-ci des outils qu'il va pouvoir utiliser dans ses relations avec ses amis (Hart, Ladd et Burlison, 1990).

La culture a-t-elle une influence sur les critères de popularité? Certaines recherches ont démontré que la timidité et la sensibilité de l'enfant constituent des traits associés à la popularité en Chine, mais pas au Canada, où la popularité est davantage associée à l'affirmation de soi et à l'assurance. Toutefois, des recherches plus récentes montrent que les caractéristiques associées à la popularité en Chine ont évolué depuis, en même temps que le pays a connu ces dernières années des changements économiques et sociaux importants (Chen *et al.*, 2005).



Pour plus d'informations sur la notion de popularité, consultez l'encadré 8.1W

### 8.4.3 L'amitié à l'âge scolaire

L'amitié est différente de la popularité. Alors que la popularité résulte de l'opinion d'un groupe de pairs au sujet d'un enfant, l'amitié, pour sa part, est une voie à double sens. Elle est partagée par l'une et l'autre des parties. Comme Charlotte dans la mise en situation de ce chapitre, les enfants prennent surtout pour amis des enfants qui partagent les mêmes intérêts qu'eux et qui sont généralement du même âge, du même sexe et de la même ethnie. Les enfants impopulaires ont eux aussi des amis, mais en moins grande quantité que les enfants plus populaires. Ils choisissent également plus souvent des amis qui sont plus jeunes, qui ne font pas partie de leur classe ou qui ne fréquentent pas leur école (George et Hartmann, 1996).



Avec leurs amis, les enfants apprennent à communiquer et à coopérer. Cependant, les inévitables querelles leur permettent aussi d'apprendre à résoudre des conflits. En outre, un ami peut aussi offrir du soutien lors d'une période plus difficile, comme un changement d'école ou une séparation parentale. L'amitié semble donc aider l'enfant à se sentir bien avec lui-même, même s'il est aussi vrai qu'un enfant bien dans sa peau se fera plus facilement des amis. Du coup, un rejet par les pairs et un manque d'amis à l'âge scolaire peut entraîner des effets à long terme. Une étude longitudinale, à laquelle participaient des enfants de cinquième année qui n'avaient pas d'amis, a ainsi démontré que ces enfants étaient plus susceptibles d'avoir une faible estime de soi et d'afficher des symptômes de dépression une fois devenus de jeunes adultes (Bagwell, Newcomb et Bukowski, 1998).

La conception qu'ont les enfants de l'amitié, de même que la manière dont ils agissent avec leurs amis, change avec le temps. Ainsi, si les enfants d'âge préscolaire jouent volontiers ensemble, l'amitié devient plus profonde et durable à l'âge scolaire. Pour être et avoir un véritable ami, l'enfant doit en effet atteindre la maturité cognitive lui permettant de tenir compte du point de vue et des besoins de l'autre autant que des siens (Hartup et Steven, 1999).

En se fondant sur des entrevues réalisées auprès de quelque 250 personnes âgées de 3 à 45 ans, Robert Selman (1980) a relevé les changements intervenant dans la conceptualisation de l'amitié à travers le temps. Selon lui, la plupart des enfants d'âge scolaire se situent au stade de la coopération réciproque ou au stade de la relation mutuelle et intime (*voir le tableau 8.3, à la page suivante*). Ainsi, les enfants d'âge scolaire peuvent distinguer un « meilleur ami » d'un « bon ami » ou d'une « connaissance » en se basant sur l'intimité de leur relation et sur le temps qu'ils passent ensemble. La plupart des enfants de cet âge ont alors entre trois et cinq « meilleurs amis » avec lesquels ils passent le plus clair de leur temps en dyade ou en triade (Hartup et Stevens, 1999). Par ailleurs, les amitiés féminines diffèrent des amitiés masculines. Ainsi, les garçons ont plus d'amis, mais leurs relations sont moins caractérisées par l'intimité et par l'échange d'affection, qui sont plus typiques des amitiés féminines. Une étude québécoise confirme que ces différences sexuelles s'amorcent dès l'âge scolaire et se maintiennent jusqu'à l'âge adulte. En effet, l'amitié entre hommes est davantage caractérisée par des activités communes (sorties, activités sportives), tandis que l'amitié entre femmes est davantage fondée sur l'échange de confidences et sur le soutien mutuel (Devault, 1988).



#### L'amitié

Les amitiés féminines diffèrent des amitiés masculines. Elles sont surtout caractérisées par l'intimité et l'échange d'affection.

TABLEAU 8.3 Les stades de l'amitié (selon Selman)

Stade (âge)	Description	Exemples
Stade 0 (3-7 ans) Amitié momentanée	À ce niveau indifférencié d'amitié, les enfants sont égocentriques et ils ont de la difficulté à considérer le point de vue de l'autre. Ils ont tendance à ne penser qu'à leurs propres intérêts dans la relation. La plupart des enfants de cet âge définissent leur amitié selon la proximité géographique et attribuent de la valeur à des caractéristiques physiques ou matérielles.	« Mon amie habite dans ma rue. » « C'est mon ami parce qu'il a une piscine chez lui. »
Stade 1 (4-9 ans) Soutien unidirectionnel	À ce niveau unidirectionnel, un bon ami est celui qui fait ce qu'on veut qu'il fasse.	« Elle n'est plus mon amie parce qu'elle ne vient pas chez moi quand je veux qu'elle vienne jouer avec moi. » « Il est mon ami parce qu'il me prête toujours son jeu vidéo lorsque je lui demande. »
Stade 2 (6-12 ans) Coopération réciproque	Ce niveau de réciprocité coexiste avec le stade 1. Il inclut des échanges, mais les enfants sont encore centrés sur leurs propres intérêts.	« On est amis, on fait des choses l'un pour l'autre. » « Un ami est une personne qui joue avec toi quand tu n'as personne d'autre avec qui jouer. »
Stade 3 (9-15 ans) Relation mutuelle et intime	À ce niveau de relation mutuelle, les enfants perçoivent l'amitié comme une entité en soi. La relation, qui se développe avec le temps, demande un investissement et inclut le fait d'accomplir des choses l'un pour l'autre. Les amis deviennent possessifs et demandent l'exclusivité.	« Développer une réelle amitié prend beaucoup de temps. Donc, il n'est pas agréable d'apprendre que ton ami essaie de se faire d'autres amis que toi. »
Stade 4 (12 ans et plus) Interdépendance et autonomie	À ce stade d'interdépendance, les enfants respectent les besoins mutuels de dépendance et d'autonomie.	« Une amitié authentique demande un réel engagement. Il faut soutenir l'autre, lui faire confiance et être généreux, mais il faut aussi être capable de le laisser prendre une distance lorsqu'il en a besoin. »

### 8.4.4 Les agressions et l'intimidation

Au cours des années du primaire, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 6, les comportements agressifs diminuent graduellement et les enfants deviennent moins égocentriques, plus empathiques, plus coopératifs et plus aptes à communiquer. Cependant, un petit nombre d'enfants n'apprennent pas à contrôler leur agressivité. Qui sont donc ces enfants et quels sont les facteurs associés à l'agression ?

#### Les types d'agressivité

Chez les enfants qui continuent de manifester une forte propension à l'agression, le type d'agressivité change à l'âge scolaire. L'**agressivité hostile**, qui a pour objectif de blesser quelqu'un, remplace ainsi l'**agressivité instrumentale**, plus typique des enfants d'âge préscolaire et qui vise à atteindre un but. Toutefois, cette agressivité hostile prend souvent une forme verbale plutôt que physique.

Les garçons vont manifester plus de comportements agressifs directs que les filles. Toutefois, en ce qui concerne les agressions indirectes, on observe peu de différences entre les genres, ce qui contredit le portrait courant selon lequel l'agression indirecte est une forme d'agression à prédominance féminine (Card *et al.*, 2008).

Les enfants agressifs sont le plus souvent impopulaires, et ils ont tendance à avoir des problèmes psychologiques et interpersonnels. Leurs problèmes interpersonnels proviennent-ils de leur agressivité ou ces enfants deviennent-ils agressifs parce qu'ils ont des problèmes ? La réponse à cette question n'a pas encore été clarifiée. Les enfants très agressifs s'entraînent parfois les uns les autres à commettre des actes antisociaux. Par conséquent, les garçons d'âge scolaire qui sont physiquement agressifs peuvent sombrer dans la délinquance à l'adolescence (Broidy *et al.*, 2003). Toutefois,

#### Agressivité hostile

Comportement agressif dont le but recherché est de blesser l'autre.

#### Agressivité instrumentale

Comportement agressif qui vise à atteindre un but autre que blesser quelqu'un.

une étude longitudinale portant sur des enfants de 10 à 15 ans d'un milieu urbain multiethnique a révélé que l'agression physique était jugée moins défavorablement au fur et à mesure que les enfants arrivaient à l'adolescence, et que les agressions relationnelles (par exemple, parler dans le dos de quelqu'un ou l'exclure socialement) étaient de plus en plus renforcées par un statut élevé dans le groupe de pairs (Cillessen et Mayeux, 2004).

### L'évaluation cognitive de l'information et l'agressivité

Qu'est-ce qui peut pousser les enfants à agir agressivement ? Une explication pourrait provenir de la façon dont certains enfants traitent l'information sociale, c'est-à-dire à quelles caractéristiques de l'environnement ils portent attention et comment ils les interprètent.

Dans le cas de l'agressivité proactive (agressivité non provoquée ou agressivité instrumentale), les agresseurs considèrent la force et la coercition comme des moyens efficaces d'obtenir ce qu'ils désirent. Ils agissent délibérément, et non pas sous l'effet de la colère. Selon les termes de l'apprentissage social, ils sont donc agressifs parce qu'ils s'attendent à être récompensés pour cela. Aussi, en étant agressifs et en obtenant ce qu'ils désirent, ils renforcent leur croyance dans l'efficacité de l'agression (Crick et Dodge, 1996).

L'agressivité réactive (ou agressivité hostile) se manifeste, par exemple, lorsqu'un enfant placé en rang est poussé accidentellement par un autre, qu'il se retourne et pousse son camarade encore plus fort parce qu'il croit que la première poussée était volontaire. Cette réaction agressive est souvent typique des enfants qui présentent un **biais d'attribution hostile**, c'est-à-dire qui croient que les autres enfants leur veulent du mal et qui réagissent donc vivement en se défendant contre ces attaques. Ce biais d'attribution hostile devient plus fréquent de 6 à 12 ans. Les enfants qui veulent dominer et contrôler leur environnement sont particulièrement sensibles à tout ce qui peut menacer leur recherche de pouvoir. Ils attribuent ces menaces à un comportement hostile dirigé contre eux et réagissent alors par l'agressivité (de Castro *et al.*, 2002). Les enfants rejetés ou victimes d'une discipline exagérément autoritaire réagissent eux aussi souvent par ce biais d'attribution hostile (Coie et Dodge, 1998). Le problème ici est que la plupart des personnes sont portées à devenir hostiles lorsqu'elles se sentent agressées. Dès lors, celles qui ont un biais d'attribution hostile vont généralement voir leurs perceptions confirmées par l'attitude des autres à leur égard, ce qui vient renforcer encore plus leur tendance à l'agressivité hostile (de Castro *et al.*, 2002).

Les adultes peuvent aider ces enfants à freiner leur agressivité en les aidant à reconnaître les indices de la colère et en leur apprenant comment contrôler cette colère. Des enfants d'une école de New York ayant été soumis à un programme de résolution de conflits qui impliquait des discussions en groupe et des jeux de rôle ont démontré par la suite moins de biais d'attribution hostile, moins d'agressivité, moins de problèmes de comportement et plus de réponses efficaces aux situations sociales que les enfants qui n'avaient pas été impliqués dans un tel programme (Aber, Brown et Jones, 2003).

### La violence dans les médias

Puisque la télévision, les films, les jeux vidéo, les téléphones intelligents et les ordinateurs jouent un rôle de plus en plus grand dans la vie des enfants, il est important de comprendre l'impact des médias sur le comportement des jeunes. Les images qu'ils voient peuvent devenir leurs principales sources d'information et donc leurs principaux modèles quant à la façon de se comporter dans la vie. Plusieurs recherches menées depuis les 50 dernières années sur les effets de l'exposition à la violence ont



#### Discipline sévère et agressivité

Les enfants soumis à une discipline très sévère risquent de devenir des enfants agressifs.

#### Biais d'attribution hostile

Interprétation cognitive des comportements des autres dans un sens négatif et menaçant.

trouvé une relation de cause à effet entre la violence dans les médias et le comportement violent du spectateur (Huesmann, 2007).

Mais comment la violence dans les médias entraîne-t-elle, à long terme, l'agressivité? Des études longitudinales ont démontré que l'exposition des enfants à la violence augmente les risques d'effets à long terme fondés sur l'apprentissage par observation et sur la désensibilisation qui se produisent automatiquement chez les enfants. Si l'exposition à la violence conduit à l'agressivité, c'est possiblement parce qu'elle fournit une excitation viscérale sans présenter les coûts humains qui en découlent et qu'elle amène les enfants à considérer l'agression comme étant acceptable. Les enfants qui voient les héros ou les méchants atteindre leurs buts au moyen de la violence sont enclins à conclure que la force est une bonne façon de résoudre des problèmes ou des conflits. Ils voient donc la violence comme un mal nécessaire et ils sont moins susceptibles d'intervenir lorsqu'ils en sont témoins.



#### Les jeux violents

Les jeux vidéo placent l'enfant dans le rôle de l'agresseur et le récompensent pour ses actions violentes.

En outre, plus la violence présentée aux enfants semble réelle, plus elle est susceptible d'être acceptée. Ainsi, l'influence de la violence télévisée est encore plus forte si l'enfant croit que celle-ci est réelle, s'il s'identifie au personnage violent, s'il trouve le modèle attrayant ou s'il visionne ces scènes de violence sans la supervision ou l'intervention de ses parents. Les enfants qui sont déjà très agressifs sont plus fortement influencés par la violence télévisée que les enfants qui le sont moins (Anderson *et al.*, 2003). Par ailleurs, chaque heure passée à regarder une émission violente à la télévision réduit le temps passé avec les amis. Ainsi, l'enfant qui regarde souvent de telles émissions peut développer des comportements agressifs qui l'isolent socialement et l'amèneront à se réfugier encore davantage devant la télévision (Bickham et Rich, 2006).

Les recherches sur les effets des jeux vidéo suggèrent que l'augmentation à long terme des comportements violents pourrait être encore plus forte qu'avec la télévision ou le cinéma. Les joueurs de jeux violents sont des participants actifs qui reçoivent des renforcements positifs à leurs actions violentes (Huesmann, 2007).

En discutant avec l'enfant, les parents peuvent l'aider à faire la distinction entre le réel et la fiction et peuvent l'amener à dépasser la simple imitation de comportements violents.

#### L'intimidation et le taxage

L'agression devient de l'**intimidation** lorsqu'elle est délibérée et constamment dirigée vers une même cible qui, le plus souvent, est vulnérable, faible et sans défense. L'intimidation peut être physique (frapper, pousser, abîmer ou prendre des objets personnels), verbale (insulter ou menacer), relationnelle ou émotionnelle (isoler quelqu'un, l'humilier ou parler dans son dos). L'intimidation est proactive quand on l'utilise pour établir sa domination, exercer un pouvoir ou gagner de l'admiration, mais elle peut aussi être réactive lorsqu'elle répond à une attaque réelle ou imaginaire. Le **taxage** est une forme d'intimidation accompagnée d'un vol. La cyberintimidation – qui consiste à diffuser des commentaires négatifs ou des photos dénigrantes sur un site Internet – est devenue un phénomène de plus en plus courant. L'utilisation croissante des médias sociaux, messages texte et courriels a ouvert de nouvelles avenues pour les intimidateurs en leur donnant accès à des victimes hors de la protection de la famille et de la communauté (Huesmann, 2007).

L'intimidation est un problème fréquent dans les pays industrialisés. Ainsi, aux États-Unis, 34 % des écoles primaires rapportent que des élèves y exercent de l'intimidation ou du taxage au moins une fois par semaine (Guerino *et al.*, 2006). Au Québec, 1 jeune sur 10 affirme avoir déjà été victime d'intimidation ou de taxage, et 6 sur 10 en ont déjà été témoins (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2012).

L'intimidation peut résulter d'un penchant génétique envers l'agressivité, combiné à des influences environnementales telles des parents coercitifs et des amis

#### Intimidation

Utilisation de la force physique, de menaces ou de l'humiliation pour faire peur à quelqu'un, ou actes répétés afin de l'exclure socialement.

#### Taxage

Utilisation d'intimidation pour voler quelqu'un.



délinquants. Les intimidateurs, de même que les victimes, sont plus souvent des garçons, et ils ont tendance à utiliser une agression physique et directe, alors que l'intimidation féminine cible généralement d'autres filles en utilisant une agression relationnelle (Berger, 2007).

Les modèles d'intimidation et de victimisation peuvent s'établir aussi tôt qu'en maternelle: à mesure que les groupes de pairs commencent à se former, les agresseurs repèrent rapidement quels sont les enfants qui seront les meilleures cibles. Une étude longitudinale a démontré que les enfants qui n'étaient pas victimes d'intimidation à 10 ou 11 ans étaient peu susceptibles d'en être victimes plus tard. Par ailleurs, environ la moitié des enfants victimes d'intimidation à cet âge se disaient aussi victimes à un âge plus avancé. Les auteurs en concluent que certains enfants sont résilients, tandis que d'autres sont plus vulnérables à l'intimidation par les pairs (Beran, 2008). Nous reviendrons sur la résilience un peu plus loin.

Alors que les jeunes enfants rejettent un enfant agressif, comme nous l'avons vu précédemment, au début de l'adolescence, les intimidateurs sont souvent dominants, respectés, craints et même aimés (Berger, 2007). Les intimidateurs autant que les victimes présentent des lacunes sur le plan des habiletés sociales de résolution de problèmes, et ceux qui ont aussi des problèmes scolaires sont plus susceptibles d'être intimidateurs que victimes (Cook *et al.*, 2010).

Les facteurs de risque menant à l'intimidation semblent être les mêmes à travers les différentes cultures. En effet, les enfants victimes d'intimidation sont mésadaptés: certains ont tendance à être anxieux, dépressifs, prudents, tranquilles et soumis ainsi qu'à pleurer facilement, alors que d'autres ont un penchant pour l'argumentation et la provocation. Ils ont peu d'amis, ils peuvent vivre dans des conditions difficiles et être issus d'un environnement familial punitif. En outre, les victimes ont souvent peu d'estime de soi, même s'il n'a pas été clairement établi que cette faible estime de soi précède l'intimidation ou qu'elle la suit (Veenstra *et al.*, 2005; Nansel *et al.*, 2001). Dans la mise en situation de ce chapitre, Frédéric est victime de taxage, ce qui risque d'entraîner des conséquences à long terme néfastes pour lui. En effet, les victimes d'intimidation chronique ont tendance à développer des problèmes de comportement et à devenir elles-mêmes plus agressives ou dépressives (Veenstra *et al.*, 2005). De plus, la fréquence de l'intimidation nuit au climat de l'école. Chez les élèves, elle mène à des contre-performances généralisées, à de l'isolement, à une aversion envers l'école, à des maux de tête et d'estomac et à de fréquentes absences (Berger, 2007). Le tableau 8.4 (voir la page suivante) présente les conséquences de l'intimidation sur celui qui l'initie et sur les victimes.

Un programme introduit aux États-Unis auprès d'élèves de la troisième à la sixième année avait comme objectifs de sensibiliser le personnel et les responsables de l'école à l'intimidation, d'enseigner aux élèves certaines habiletés sociales et émotionnelles et de promouvoir enfin des comportements socialement responsables. Une étude contrôlée a relevé une réduction de l'intimidation dans les cours d'école et une augmentation des interactions harmonieuses chez les enfants ayant participé au programme (Frey *et al.*, 2005). Toutefois, une analyse des recherches faites sur une grande variété de ces programmes d'intervention a indiqué que l'impact sur les comportements d'intimidation est minime malgré le fait qu'ils augmentent les compétences sociales des élèves et leur estime de soi (Merrell *et al.*, 2008).

En juin 2012, l'Assemblée générale du Québec a adopté la *Loi visant à prévenir et combattre l'intimidation et la violence à l'école*. On y définit l'intimidation, la violence et la cyberintimidation et on cible particulièrement des problèmes comme l'homophobie et les troubles de l'identité sexuelle. Toutes les écoles du Québec devront se doter



Quelles pourraient être les conséquences à long terme de l'intimidation dont Frédéric est victime ?



### L'intimidation

La plupart des cas d'intimidation impliquent des garçons, comme intimidateurs et comme victimes.

**TABLEAU 8.4** Les conséquences de l'intimidation

Pour les intimidateurs	Pour les victimes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le comportement antisocial persiste au-delà de l'école, possiblement toute la vie.</li> <li>Peut conduire à la délinquance et aux activités de gangs de rue.</li> <li>Est associée à la violence dans les relations amoureuses.</li> <li>Est associée à des troubles psychologiques à l'âge adulte : troubles de conduite, tendances agressives, symptômes de dépression.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes physiques : maux de tête, maux d'estomac, problèmes de sommeil.</li> <li>Perte d'estime de soi.</li> <li>Symptômes de dépression : tristesse et perte d'intérêt dans les activités.</li> <li>Symptômes d'anxiété : tensions, peurs et craintes, qui peuvent conduire à l'absentéisme et à la phobie de l'école.</li> <li>Dans les cas extrêmes, peut conduire au suicide.</li> <li>Conséquences psychologiques à long terme : détresse permanente, peurs, sentiment de culpabilité, dépression.</li> </ul>

d'un plan d'action contre la violence et l'intimidation, en plus d'un code de vie interne, et les mesures mises en place pourront aller jusqu'à l'expulsion d'un élève harceleur.



### FAITES LE POINT

- Quelles sont les caractéristiques des enfants qui sont les moins populaires dans un groupe de pairs ?
- La violence présentée dans les médias peut-elle encourager les comportements violents chez les enfants ? Expliquez.
- Quels sont les facteurs de risque concernant l'intimidation ?
- À cause des problèmes de santé d'Arnaud, sa mère, qui a une formation en enseignement, lui a fait faire sa maternelle et sa première année à la maison. Toutefois, comme Arnaud est timide et renfermé, ses parents ont décidé de l'envoyer faire sa deuxième année à l'école du quartier. Quels effets bénéfiques la présence régulière de pairs peut-elle avoir et quels sont les écueils auxquels Arnaud risque de devoir faire face à cause de sa timidité ?

## 8.5 La santé mentale des enfants

Un enfant ou un adolescent sur dix présente un trouble mental diagnostiqué suffisamment important pour lui causer des problèmes (Leslie *et al.*, 2005). Certes, si un enfant mange ses selles, se mutilé ou commet un meurtre, il est relativement aisé de conclure à un problème grave. Cependant, la plupart des problèmes vécus par les enfants ne sont pas aussi spectaculaires et se rapprochent en réalité de la « normalité ». C'est donc souvent le degré d'intensité des problèmes qui va permettre de conclure à la présence d'un trouble réel. Pour faciliter le diagnostic, on utilise les critères suivants : on regarde si l'enfant ressent de la détresse ou est affecté dans au moins deux secteurs de fonctionnement (la famille, l'école, le groupe de pairs, etc.), si ses comportements ou ses émotions ne sont pas appropriés à son âge ou à sa culture, si ses problèmes affectent ses habiletés scolaires, sociales ou personnelles, si ses comportements sont inhabituels pour un enfant de son âge, si ses difficultés persistent même lorsqu'il obtient de l'aide et s'il présente plusieurs problèmes simultanément (APA, 1994). Il est particulièrement important de dépister la présence de troubles de santé mentale chez l'enfant, car ces derniers peuvent conduire à de graves problèmes psychiatriques à l'âge adulte.

### 8.5.1 Les facteurs de risque

Les problèmes de santé mentale sont complexes et aucune théorie n'est encore parvenue à expliquer totalement leur origine. L'approche psychanalytique suggère la présence de conflits inconscients et non résolus qui seraient apparus durant l'enfance, les théoriciens de l'apprentissage social évoquent plutôt l'imitation de comportements inadaptés, et l'approche écologique fait appel à une multiplicité de facteurs pour expliquer l'apparition d'un trouble.

Quoi qu'il en soit, les facteurs génétiques sont généralement les premiers à envisager. En effet, des troubles comme la déficience intellectuelle, l'autisme et la schizophrénie ont tous des origines génétiques. Quant aux troubles comportementaux, ils pourraient aussi être en partie expliqués par les gènes.

Le tempérament de l'enfant constitue un autre facteur de risque à prendre en considération, puisqu'il influence les réactions de l'enfant à son environnement. Par exemple, la mère dépressive d'un enfant au tempérament difficile peut réagir par le rejet ou l'indifférence. Or, il est probable que cette réponse ne rende pas le tempérament de l'enfant plus facile; au contraire, les interactions subséquentes entre elle et l'enfant pourront avoir pour effet d'aggraver le problème.

Enfin, les familles qui connaissent des conflits nombreux ou des épisodes récurrents de colère et d'agressivité, tout comme les parents froids ou négligents, représentent des facteurs de risque pour leurs enfants. À long terme, ces derniers peuvent en effet présenter des comportements antisociaux ou délinquants, de l'anxiété et de la dépression, ce qui peut même aller jusqu'au suicide. Ces facteurs de risque sont par ailleurs aggravés lorsque les familles vivent dans un milieu pauvre, violent ou stressant, car les enfants qui grandissent au sein de ces familles présentent souvent des lacunes dans le contrôle et l'expression de leurs émotions ainsi que dans leurs compétences sociales (Repetti, Taylor et Seeman, 2002).

### 8.5.2 Les principaux troubles émotionnels dans l'enfance

Les principaux troubles émotionnels dans l'enfance concernent les comportements perturbateurs, les troubles de la conduite (agression, trouble de l'opposition, comportement antisocial) et les troubles d'anxiété ou de l'humeur (tristesse, dépression, nervosité, frayeurs et solitude).

#### Les comportements perturbateurs

Les crises de colère, la provocation et les comportements délibérément hostiles ou agaçants – qui sont fréquents à l'âge de quatre ou cinq ans – disparaissent généralement d'eux-mêmes à l'âge scolaire. Toutefois, lorsque de tels comportements persistent jusqu'à l'âge de huit ans, on peut alors souvent diagnostiquer chez l'enfant un **trouble oppositionnel avec provocation**. Ce trouble, plus fréquent chez les garçons que chez les filles, se manifeste entre autres par une attitude de défiance, d'argumentation, d'hostilité et de non-respect des règles et des figures d'autorité. Ce comportement doit durer depuis plus de six mois et dépasser les limites d'un comportement acceptable pour un enfant de cet âge. Ainsi, les enfants qui présentent un trouble d'opposition argumentent constamment, manquent de contrôle, blâment les autres, ressentent de la colère et du ressentiment; ils ont peu d'amis, sont toujours en situation problématique à l'école et testent constamment les limites et la patience des adultes. Certains enfants qui présentent un trouble oppositionnel avec provocation vont voir leurs problèmes progresser vers des **troubles de la conduite**. Ces enfants sont agressifs envers les autres, amorcent des batailles, font du vandalisme, volent, mentent et ne se soumettent à aucune règle (Boileau, 2007).

Qu'est-ce qui détermine qu'un enfant présentant des tendances antisociales deviendra ou non plus tard un être antisocial chronique? Une déficience neurobiologique telle

#### Trouble oppositionnel avec provocation

Problème de comportement qui se manifeste entre autres par une attitude de défiance, d'argumentation, d'hostilité et de non-respect des règles et des figures d'autorité.

#### Trouble de la conduite

Problème de comportement qui se manifeste par des conduites antisociales répétitives.

qu'une faiblesse des mécanismes régulateurs du stress peut rendre l'enfant incapable de réfréner ses comportements dangereux ou risqués. De telles déficiences peuvent être d'origine génétique ou être provoquées par un environnement défavorable, par exemple une éducation parentale hostile, des conflits familiaux ou un mélange des deux (van Goozen *et al.*, 2007). Par exemple, lors d'une étude portant sur 1300 mères et enfants, les chercheurs ont observé une relation entre la sévérité parentale et le tempérament difficile d'un enfant. Les enfants qui, bébés, étaient considérés comme difficiles étaient plus à risque de développer des comportements externalisés (comme les troubles de la conduite), mais seulement si leur mère utilisait des techniques d'éducation très sévères (Miner et Clarke-Stewart, 2009).

### La phobie scolaire et les autres troubles anxieux

Il est normal de ressentir de l'anxiété, c'est-à-dire une sensation de détresse, de malaise ou de peur, dans certaines situations susceptibles de causer un danger. L'anxiété fait même partie du développement normal, comme dans le cas de la peur des étrangers, qui apparaît vers l'âge de 6 mois. Toutefois, lorsque cette anxiété devient envahissante au point de nuire au fonctionnement normal, on parle de troubles anxieux. Voici quelques-uns des troubles anxieux qui peuvent se manifester chez des enfants d'âge scolaire.

#### Phobie scolaire

Peur irrationnelle d'aller à l'école.

#### Trouble d'anxiété de séparation

Trouble caractérisé par l'anxiété extrême et prolongée liée au fait de se séparer de ses parents ou de quitter la maison.

#### Phobie sociale

Peur irrationnelle des situations sociales et désir intense de les éviter.

#### Trouble d'anxiété généralisée

Trouble caractérisé par une anxiété permanente non dirigée vers une situation particulière.

#### Trouble obsessionnel compulsif

Trouble caractérisé par la présence de pensées intrusives constantes et de comportements répétitifs visant la disparition des obsessions.

Les enfants qui présentent une **phobie scolaire** éprouvent une crainte irrationnelle d'aller à l'école. Certains enfants ont de bonnes raisons de ne pas vouloir aller à l'école: un enseignant dénigrant, une surcharge de travail ou le fait d'être victime d'intimidation. Dans ces circonstances, c'est l'environnement qui nécessite des changements, et non l'enfant lui-même. Par contre, la vraie phobie scolaire représente probablement une forme de **trouble d'anxiété de séparation**, lequel touche environ 4 % des enfants ou des jeunes adolescents et peut persister jusqu'à l'enseignement collégial. Ce trouble peut apparaître à la suite d'un événement traumatisant tel que la mort d'un animal de compagnie, une maladie ou un changement d'école. Les enfants qui en sont atteints proviennent souvent d'une famille unie où les liens sont très étroits (Harvard Medical School, 2004).

La phobie scolaire peut également être associée à une forme de **phobie sociale** (ou anxiété sociale), qui se traduit par une peur extrême de se retrouver en contexte social et par un désir intense d'éviter tout contexte de ce type. Les enfants qui souffrent de phobie sociale sont si anxieux qu'ils rougissent intensément, transpirent abondamment ou ont des palpitations lorsqu'on leur demande, par exemple, de parler en classe. Ce trouble n'est toutefois pas à confondre avec l'éreutophobie, qui consiste à avoir peur de rougir en public et qui a pour incidence d'accentuer au contraire le rougissement. La phobie sociale affecte environ 1 jeune sur 20 et pourrait avoir une composante génétique assez marquée. Contrairement à l'anxiété de séparation, elle a tendance à augmenter avec l'âge (eSantéMmentale.ca, 2012).

Certains enfants souffrent d'un **trouble d'anxiété généralisée**, qui se caractérise par une anxiété permanente non liée à un contexte particulier comme l'école ou les relations sociales. Ces enfants manifestent de l'anxiété à propos de tout: leur performance scolaire, les blessures, les orages, les tremblements de terre, etc. Ce sont généralement des enfants perfectionnistes, conformistes, qui doutent d'eux-mêmes, qui cherchent l'approbation et qui ressentent le besoin constant d'être rassurés. Toutefois, leurs inquiétudes semblent indépendantes de leurs performances ou de la façon dont les autres les perçoivent (Harvard Medical School, 2004).

Enfin, le **trouble obsessionnel compulsif**, ou TOC, est beaucoup moins fréquent. Les enfants affectés par ce trouble sont obsédés par des images ou des pensées répétitives, parfois par des peurs irrationnelles, dont ils sont incapables de se défaire. Dans le but de faire disparaître cette pensée obsessionnelle, ils adoptent un certain comportement de façon répétée, par compulsions. Par exemple, un enfant qui souffre de trouble obsessionnel compulsif pourrait être obsédé par la saleté et, dans une tentative de

faire cesser ces pensées anxiogènes, se laver constamment les mains de manière à éliminer les microbes. Comme le fait de se laver les mains ne fera pas disparaître son obsession, il se lavera alors les mains encore plus souvent.

Dans la population générale, les troubles anxieux sont plus fréquents que tout autre trouble de santé mentale et ils sont aussi en forte augmentation. En outre, les troubles anxieux sont deux fois plus présents chez les filles que chez les garçons, et cette plus grande vulnérabilité des filles à l'anxiété peut se manifester dès l'âge de six ans. Comme la dépression à laquelle elle est d'ailleurs souvent associée, l'anxiété peut avoir des causes neurologiques, mais elle peut aussi provenir d'un attachement insécurisant, d'un contact avec un parent anxieux ou déprimé ou d'autres expériences qui éveillent, chez l'enfant, le sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce qui se passe autour de lui (Harvard Medical School, 2004).

### La dépression chez l'enfant

On estime que la **dépression**, un trouble psychologique qui va au-delà d'une tristesse normale et temporaire, survient chez environ 2% des enfants d'âge préscolaire et jusqu'à 2,8% chez les enfants de moins de 13 ans (Costello *et al.*, 2006). La dépression est plus difficile à déceler chez l'enfant que chez l'adulte, parce que les symptômes sont variables et que la dépression est généralement accompagnée chez l'enfant d'une autre forme de problème, souvent de type anxieux.

La dépression apparaît souvent lors du passage à l'âge scolaire, et elle peut être liée à des pressions scolaires plus exigeantes et à un faible sentiment d'efficacité personnelle (Rudolph *et al.*, 2001). La dépression infantile peut être l'indice d'un problème récurrent qui risque de persister jusqu'à l'âge adulte.

Les symptômes de la dépression infantile peuvent se manifester de la façon suivante :

- Premièrement, la présence importante d'émotions négatives, en particulier la tristesse, s'exprime soit verbalement, soit par les pleurs, soit par l'absence d'expressions émotionnelles joyeuses. Bien entendu, tous les enfants affichent de la tristesse à l'occasion. Toutefois, chez les enfants dépressifs, ces périodes de tristesse sont plus longues, plus intenses et plus fréquentes. Ces signes s'accompagnent aussi parfois d'irritabilité et de colère. Les crises de colère, les hurlements ou les coups qui apparaissent à la suite d'une petite frustration constituent parfois les seuls signes susceptibles d'alerter les parents.
- Deuxièmement, des symptômes d'ordre cognitif apparaissent, tels que de la difficulté à se concentrer ou à fournir un effort intellectuel.
- Troisièmement, une diminution du plaisir et de l'intérêt survient. L'enfant perd alors toute motivation à aller à l'école et même à jouer. Il n'a envie de rien, il s'ennuie. Il se retire et peut formuler une certaine absence d'espoir en l'avenir.
- Quatrièmement, une diminution de l'estime de soi et, parfois, des sentiments de culpabilité apparaissent. L'enfant s'évalue négativement dans plusieurs situations et se sent toujours responsable des événements, même de ceux qui lui sont étrangers. Une échelle d'évaluation de la dépression infantile utilise l'assertion suivante : « Tout ce qui ne va pas est de ma faute. » Les deux tiers des enfants dépressifs répondent en effet affirmativement à cette assertion. Enfin, certains enfants craignent la mort imminente des membres de leur famille ou les séparations qu'ils considèrent comme permanentes. Et, même si l'on pense souvent que les enfants ne songent pas au suicide, les deux tiers des enfants déprimés auraient en réalité des idées suicidaires.

#### Dépression

Trouble psychologique qui, lorsqu'il est présent chez l'enfant, se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, y compris le jeu. La capacité de concentration est aussi diminuée, de même que l'estime de soi.



#### La dépression chez l'enfant

Une dépression non traitée chez les enfants peut conduire à des problèmes dépressifs récurrents à l'âge adulte.

Les causes exactes de la dépression chez l'enfant sont inconnues, mais les enfants dépressifs ont tendance à provenir de familles qui présentent déjà des niveaux élevés de dépression parentale, de l'anxiété, des problèmes de toxicomanie ou des comportements antisociaux (Cicchetti et Toth, 1998). Les chercheurs ont par ailleurs identifié plusieurs gènes spécifiques liés à la dépression. L'un d'eux, qui aide à contrôler la sérotonine dans le cerveau, affecte l'humeur. Une étude longitudinale réalisée en Nouvelle-Zélande a révélé en effet que les personnes nées avec deux variations courtes de ce gène étaient plus susceptibles de devenir dépressives que celles qui en avaient deux variations longues (Caspi *et al.*, 2003). Enfin, la variation d'un autre gène contrôlant également la sérotonine est aussi associée à une hypertrophie du pulvinar – l'un des noyaux du thalamus –, une région du cerveau impliquée dans les émotions négatives (Young *et al.*, 2007). La dépression devient plus fréquente à l'adolescence, comme nous le verrons dans le chapitre 9.

### 8.5.3 L'intervention en santé mentale infantile

#### Psychothérapie

Processus interactionnel structuré, fondé sur un diagnostic, qui vise le traitement d'un trouble de santé mentale à l'aide de méthodes psychologiques reconnues par la communauté scientifique.



#### La thérapie par le jeu

Dans la thérapie par le jeu, le thérapeute observe comment l'enfant exprime ses problèmes émotionnels à travers des objets, par exemple des poupées.

Le traitement psychologique des enfants dépressifs ou anxieux passe par la **psychothérapie**, où le thérapeute rencontre l'enfant et l'aide à prendre conscience de ses émotions et de ses relations interpersonnelles. Ce type de thérapie individuelle peut être salutaire pour un enfant qui traverse une période difficile, comme la séparation de ses parents ou la mort de l'un d'eux. La psychothérapie peut faire appel à différentes techniques telles que la thérapie par le jeu. Des jouets, des marionnettes ou de la pâte à modeler sont alors utilisés pour aider l'enfant à verbaliser ce qu'il ressent. Selon les psychanalystes, les mises en scène élaborées par l'enfant dans un contexte de jeu sont en effet le reflet de son vécu émotionnel. La thérapie par le jeu a ainsi montré son efficacité dans diverses situations, incluant les problèmes d'ordre émotionnel et social (Bratton et Ray, 2002).

De son côté, la thérapie comportementale vise à modifier les comportements indésirables de l'enfant à l'aide de renforcements, alors que la thérapie cognitivo-comportementale cherche à modifier les pensées négatives. Cette dernière a donné les résultats les plus probants dans le traitement des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent (Harvard Medical School, 2004).

La thérapie familiale est une autre technique qui implique que le psychologue rencontre en même temps l'enfant et toute sa famille. Il examine alors les interactions entre les divers membres de la famille et détermine les façons de faire qui sont favorables au bien-être de la famille et celles qui lui sont nuisibles. L'identification par les parents de leurs propres difficultés est souvent la première étape vers la résolution des problèmes de l'enfant.

Enfin, le recours à la thérapie pharmacologique passe par la prescription d'antidépresseurs, de stimulants, de tranquillisants ou d'antipsychotiques. Le nombre d'enfants présentant des troubles émotionnels qui sont traités par des médicaments a plus que doublé depuis une dizaine d'années (Olfson *et al.*, 2010). Leur utilisation demeure toutefois controversée. En effet, même si certaines recherches ne relèvent pas de risque additionnel significatif, d'autres ont identifié des risques modérés de pensées suicidaires chez les enfants et adolescents prenant des antidépresseurs (Hammad, Laughren et Racoosin, 2006 ; Simon *et al.*, 2006). Une analyse de 27 études aléatoires utilisant des placebos comme mesures de contrôle montre toutefois que les bénéfices des antidépresseurs l'emportent sur les risques (Bridge *et al.*, 2007).

### 8.5.4 Le stress et la résilience chez les enfants

Les événements stressants font partie intégrante de la vie de l'enfant, et la plupart des jeunes apprennent à les surmonter. Toutefois, des événements majeurs, tels qu'une agression physique ou sexuelle, un enlèvement ou une fusillade dans une école, ont

généralement à plus long terme des conséquences sur le bien-être physique et psychologique des enfants. Là encore, certains enfants manifestent davantage de résilience que les autres.

### Le stress de la vie d'aujourd'hui

Selon le psychologue pour enfants David Elkind (1983, 1998), le jeune d'aujourd'hui est un « enfant bousculé ». On attend en effet des enfants qu'ils réussissent à l'école, qu'ils se surpassent dans les sports et qu'ils comblent les besoins émotionnels de leurs parents. La vie des familles modernes oblige ainsi les enfants à vieillir trop vite, en plus de les soumettre trop jeunes, notamment par l'entremise de la télévision, à trop de stress. Par ailleurs, le travail des parents, qui favorise une plus grande mobilité, entraîne parfois des déménagements fréquents et la perte de contact avec les amis. Les enfants sont donc exposés à des problèmes d'adulte avant même d'avoir résolu ceux de l'enfance. Or, les enfants ne sont pas de petits adultes ; ils pensent et ressentent les choses comme des enfants et ils ont besoin de leurs années d'enfance pour se développer sainement.

Compte tenu de leur rythme de vie actuel et du **stress** qu'ils ressentent, il n'est pas étonnant que l'anxiété ait beaucoup augmenté chez les enfants. La peur du danger et de la mort constitue l'une des peurs les plus fréquentes chez les enfants de tout âge, et ce, dans plusieurs pays du monde (Gullone, 2000). Les chercheurs croient que cette anxiété pourrait refléter le niveau élevé de violence que l'on retrouve dans la société à laquelle l'enfant appartient (DeVoe *et al.*, 2004).

Les désastres causés par l'humain, comme le terrorisme ou la guerre, ont un plus grand impact psychologique sur les enfants que les désastres naturels comme une inondation ou un tremblement de terre. L'exposition aux couvertures médiatiques et aux images peut aussi en amplifier les effets négatifs (Wexler, Branski et Kerem, 2006). Ainsi, plusieurs enfants qui ont vu à la télévision les attaques du 11 septembre 2001 à New York ont vécu un stress important, même s'ils n'étaient pas directement concernés (van der Molen, 2004). En outre, les jeunes enfants, qui ne comprennent pas encore pourquoi de tels événements surviennent, ont tendance à se centrer sur les conséquences de ces désastres, alors que les enfants d'âge scolaire, qui sont plus informés, s'inquiètent aussi des forces sous-jacentes ayant causé l'événement (Hagan *et al.*, 2005).

La réaction des enfants à un événement traumatisant se déroule généralement en deux étapes. La première étape voit se succéder la frayeur, l'incrédulité, le déni, le chagrin et le soulagement si les proches sont indemnes. Toutefois, quelques jours ou quelques semaines plus tard, une seconde période s'enclenche, marquée par des signes de régression et de détresse émotionnelle (anxiété, peur, isolement, perturbation du sommeil, pessimisme envers le futur, jeux liés à l'événement stressant). Le tableau 8.5 (*voir la page suivante*) présente ces réactions typiques à un événement traumatisant, selon l'âge des enfants.

Pour certains enfants, les effets d'un événement traumatisant peuvent perdurer. Les enfants qui ont été exposés à la guerre ou au terrorisme présentent des taux élevés de dépression, de comportements perturbateurs et de symptômes physiques inexplicables et récurrents, comme des maux de tête ou des problèmes d'estomac. Si eux ou leur famille ont été personnellement affectés, la douleur physique ou la perte des proches vient aggraver les effets psychologiques (Wexler *et al.*, 2006). La réaction des parents à un événement violent ou à un désastre, de même que la façon dont ils en parlent à leurs enfants, influence grandement la capacité de l'enfant à s'en remettre. Malheureusement, les parents ont tendance à sous-estimer le stress vécu par leurs enfants et manquent ainsi des occasions d'intervenir (APA, 2009).

### La résilience

Certains enfants, grâce à leur capacité de **résilience**, n'auront pas besoin de traitement particulier. Les enfants résilients sont ceux qui, même dans des circonstances

#### Stress

Ensemble des réactions ou des réponses de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite.

#### Résilience

Capacité de bien se développer et de continuer de se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux ou de conditions de vie difficiles.

**TABLEAU 8.5** Les réactions typiques à un événement traumatisant selon l'âge

Âge	Réactions typiques		
5 ans et moins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur d'être séparé du parent</li> <li>• Pleurs, gémissements, hurlements, tremblements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immobilité ou actions sans but</li> <li>• Expressions faciales de peur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accaparement excessif</li> <li>• Comportements régressifs (sucrer son pouce, mouiller son lit, peur de l'obscurité)</li> </ul>
6 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement extrême</li> <li>• Comportement perturbateur</li> <li>• Incapacité de porter attention à quelque chose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maux d'estomac ou autres symptômes non liés à une cause physique</li> <li>• Baisse des résultats scolaires, refus d'aller à l'école</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression, anxiété, culpabilité, irritabilité ou engourdissement émotionnel</li> <li>• Comportements régressifs (cauchemars, problèmes de sommeil, peurs irrationnelles, explosion de colère ou d'agressivité)</li> </ul>
12 à 17 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Flashs-back », cauchemars</li> <li>• Engourdissement émotionnel, confusion</li> <li>• Évitement des objets ou situations qui rappellent l'événement traumatisant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fantômes de vengeance</li> <li>• Retrait, isolement</li> <li>• Consommation abusive de drogues</li> <li>• Problèmes avec les pairs, comportement antisocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon scolaire, déclin des résultats scolaires</li> <li>• Problèmes de sommeil</li> <li>• Dépression, pensées suicidaires</li> </ul>

Source: NIMH, 2001.

difficiles, maintiennent leurs compétences et leur développement normal ou se relèvent d'événements traumatisants. Ces enfants ne possèdent pas de qualités exceptionnelles; ils réussissent simplement à maintenir un fonctionnement normal et à faire appel aux ressources dont ils ont besoin.

Comme le montre l'encadré 8.1, les deux facteurs de protection qui contribuent le plus à la résilience sont d'ordre familial et cognitif. Les enfants résilients entretiennent en effet une relation d'attachement intense avec au moins un de leurs parents ou un autre adulte significatif, que Cyrulnik appelle un « tuteur de résilience ». Sur le plan cognitif, les enfants résilients tendent aussi à démontrer des QI supérieurs à la moyenne et de bons mécanismes de résolution de problème. Leurs habiletés cognitives les aident probablement à affronter l'adversité, à se protéger eux-mêmes, à adapter leurs comportements et à apprendre de leurs expériences. Leur intelligence attire aussi parfois l'intérêt de leurs enseignants, qui deviennent pour eux des guides, des confidents ou des mentors (Masten et Coatsworth, 1998).

La recherche sur la résilience s'est développée considérablement depuis quelques années. Au début, on parlait de la résilience comme d'un processus naturel chez certaines personnes. Depuis, un courant de recherche explore la possibilité de gènes de protection qui pourraient neutraliser les effets d'un environnement néfaste (Caspi *et al.*, 2002; Kim-Cohen *et al.*, 2004). Cependant, la plupart des recherches portent surtout sur les facteurs de prévention et de protection, sur le fait que les personnes qui vivent un événement traumatique puissent ou non compter sur un soutien social (Cyrulnik et Jorland, 2012). Une étude portant sur des quartiers de Port-au-Prince, à la suite du tremblement de terre survenu en Haïti en janvier 2010, a constaté qu'à destruction égale, le facteur qui explique le mieux la résilience dans certains quartiers, et non dans d'autres, est le capital social, c'est-à-dire le réseau de soutien de la communauté avant la catastrophe (Watters, 2012).

Les facteurs de protection les plus connus sont :

1. Le tempérament et la personnalité de l'enfant. Les enfants résilients s'adaptent en effet facilement; ils sont sympathiques, indépendants, mais sensibles aux autres. Ils sont compétents et ils ont une estime de soi élevée. Ils sont créatifs, motivés et agréables à fréquenter. Enfin, quand ils subissent un stress, ils sont capables de réguler leurs émotions en portant attention à autre chose.



ENCADRÉ 8.1  APPROFONDISSEMENT**La résilience**

C'est dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale et les atrocités qui y sont associées qu'on a commencé à parler de résilience. Différent de l'invulnérabilité, le concept de résilience réfère au fait qu'une personne va relativement bien en dépit des situations d'adversité qu'elle a traversées et des souffrances qu'elle a vécues.

Dans les années 1960, Emmy Werner, une psychologue américaine, a suivi pendant plus de 30 ans un grand nombre d'enfants ayant subi de graves traumatismes (agressions physiques et sexuelles, grande pauvreté, absence de structure familiale, abandon). Or, à l'âge de 18 ans, une partie d'entre eux avaient commencé à mieux fonctionner. À 30 ans, 30% avaient appris à lire et à écrire sans jamais être allés à l'école. Ils avaient appris un métier et fondé une famille. Par quel mystère 30% de ces enfants avaient-ils réussi à se développer malgré des privations affectives, des troubles organiques et une absence de structure familiale et sociale? La question fondamentale de la résilience était alors posée.

Le terme « résilience » a d'abord été utilisé par Bowlby (1958), qui le définissait comme un ressort moral, comme la qualité d'une personne qui ne se décourage pas et qui ne se laisse pas abattre par les épreuves de la vie. Des auteurs plus récents, tels que Boris Cyrulnik ou Michel Manciaux, le définissent désormais comme la capacité d'une personne ou d'un groupe de bien se développer et de continuer de se projeter dans l'avenir malgré la présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux ou de conditions de vie difficiles. Autrement dit, on parle de résilience lorsqu'une personne qui s'est un jour retrouvée dans une situation très difficile (guerre, génocide, agression, abandon, etc.) semble s'en sortir pratiquement indemne, sans paraître affectée (Cyrulnik, 2001 ; Manciaux, 2001). Comment la résilience se développe-t-elle ? La résilience survient à la suite d'un trauma, c'est-à-dire un événement qui crée une souffrance personnelle. Puis survient le traumatisme, c'est-à-dire la représentation qu'une personne se fait du trauma, sa façon de se remémorer l'événement ou de le raconter à d'autres. Disons d'emblée que le trauma ne peut être modifié ; c'est un événement passé sur lequel il est impossible de revenir. Cependant, le traumatisme, lui, peut évoluer



avec le temps. C'est par ce processus que la résilience se réalise, en modifiant cette représentation du traumatisme et en s'en servant pour produire autre chose. L'art, l'humour et l'engagement sont souvent considérés comme des outils de résilience (Cyrulnik, 2008).

Parmi les caractéristiques observées chez les personnes résilientes, on trouve un attachement sécurisant, la capacité d'utiliser des stratégies de résistance et une propension à l'épanouissement (sociabilité, don d'éveiller la sympathie, sens de l'humour, créativité). L'entourage des enfants résilients compte presque toujours une personne qui aime l'enfant, qui l'écoute, qui croit ce qu'il dit et qui éveille sa conscience. Cyrulnik parle ainsi de « tuteurs de résilience ». Parfois, ces tuteurs ne sont même pas conscients de l'être. Ainsi, un enseignant qui dit à un élève, qui l'entend pour la première fois, qu'il est capable de faire quelque chose peut marquer cet élève pour le restant de sa vie et lui donner l'énergie nécessaire pour aller de l'avant. Les liens d'attachement que l'enfant tisse avec son tuteur de résilience lui donnent la force ou la sécurité nécessaire pour chercher à comprendre la situation.

Par rapport à l'adversité, plusieurs réactions sont possibles : on peut s'abandonner à la souffrance, tenter d'être indifférent ou se complaire dans un rôle de victime. Or, selon Cyrulnik, ces réactions empêchent toutes la poursuite d'un sain développement. La résilience, au contraire, est une lutte pour revenir à la vie. C'est résilier son contrat avec l'adversité pour décider de se reconstruire. La base du processus de résilience est donc la capacité d'une personne de remanier le récit de son expérience traumatique de manière à en transformer le sens et le vécu émotionnel. En effet, l'expérience traumatique peut influencer directement, et le plus souvent de façon négative, la représentation qu'une personne se fait d'elle-même. Or, cette représentation peut toujours évoluer malgré tout, que ce soit, par exemple, avec l'aide d'un tuteur ou par l'entremise de la psychothérapie ou de l'engagement social. Tous ces moyens permettent aux enfants traumatisés de se comprendre eux-mêmes, d'exprimer leur souffrance, d'être entendus et, éventuellement, de cesser de se concevoir uniquement comme des victimes, et de poursuivre alors leur développement.

2. La présence d'expériences compensatoires. Un environnement scolaire favorable, des expériences de succès dans d'autres domaines, comme le sport ou la musique, ou encore le soutien des adultes, comme un professeur particulièrement compréhensif et aidant, sont autant d'éléments qui peuvent aider l'enfant à se protéger, par exemple, d'un milieu familial destructeur et favoriser sa résilience.
3. Le facteur de risque réduit. Les enfants qui n'ont été exposés qu'à un seul facteur parmi les nombreux facteurs de risques possibles (la discorde des parents, un faible statut social, une mère perturbée, un père criminel, une expérience en foyer



### La résilience et le soutien social

Un environnement social et scolaire favorable peut protéger un enfant d'un milieu familial destructeur.

d'accueil ou en institution, etc.) sont souvent plus aptes à surmonter le stress que les enfants qui ont été exposés à plus d'un facteur de risque (Eisenberg *et al.*, 2004).

Le fait que certains enfants soient plus résilients ne signifie pas que les difficultés de la vie ne les affectent pas. Ainsi, de manière générale, les enfants issus de milieux difficiles présentent davantage de problèmes d'adaptation que les enfants de milieux plus favorables. En outre, même les enfants apparemment les plus résilients peuvent ressentir une détresse intérieure qui peut engendrer certaines conséquences à long terme (Masten et Coatsworth, 1998).

Malgré tout, les recherches portant sur les enfants résilients sont optimistes : elles permettent de constater que les expériences négatives durant l'enfance ne déterminent pas inévitablement ce qu'une personne deviendra. Certains enfants trouvent en effet la force de naviguer à travers les difficultés et réussissent à maintenir le cap vers leur bon développement.

L'adolescence est aussi une période remplie de stress et de risques, beaucoup plus qu'à l'âge scolaire. Toutefois, la plupart des adolescents développent les habiletés et les compétences pour faire face aux défis auxquels ils sont confrontés, comme nous le verrons dans les prochains chapitres.



### FAITES LE POINT

14. Quels sont les facteurs de risque les plus souvent associés à la maladie mentale d'un enfant ?
15. Identifiez les principaux symptômes qui permettent de diagnostiquer un trouble de l'opposition.
16. Pourquoi la dépression est-elle parfois difficile à déceler chez les enfants ?
17. Quels sont les facteurs de protection qui contribuent le plus à la résilience ?

## Résumé

### Le soi en développement

- Les progrès sur le plan cognitif permettent à l'enfant d'âge scolaire de développer un concept de soi plus nuancé et plus réaliste. Le soi réel et le soi idéal se différencient et l'enfant peut désormais se fixer des objectifs en fonction de ce qu'il voudrait devenir.
- À l'âge scolaire, les enfants deviennent de plus en plus conscients de leurs émotions et de celles des autres, et ils les comprennent donc davantage.
- Comme les comportements prosociaux augmentent, les enfants peuvent mieux adapter leur comportement dans diverses situations et avoir un meilleur contrôle de leurs émotions négatives.

### Le développement de la personnalité de 6 à 11 ans : les approches théoriques

- Selon la théorie psychosexuelle de Freud, l'enfant traverse une période de latence en ce qui a trait aux pulsions sexuelles. La présence du surmoi lui permet maintenant de suivre volontairement les règles sociales, et l'utilisation des mécanismes de défense devient plus fréquente.
- Selon la théorie psychosociale d'Erikson, les années scolaires sont également une période d'accalmie. L'enfant doit résoudre la crise « travail versus infériorité » et trouver un équilibre qui lui permettra de développer un sentiment de compétence, tout en étant conscient de ses propres limites. La résolution de cette crise est fortement liée à l'estime de soi.



## L'enfant et sa famille

- Même si l'enfant passe désormais moins de temps auprès de sa famille, le climat familial demeure un élément important de son développement.
- Alors que le contrôle de ses parents sur son comportement diminue, la corégulation permet à l'enfant d'avoir plus de pouvoir et d'autonomie.
- Les relations entre frères et sœurs, qui peuvent être un laboratoire pour la résolution de conflits, sont à leur tour influencées par les modèles de relations parent-enfant.
- La conciliation travail-famille représente un défi majeur, puisque le travail des parents est susceptible d'avoir une incidence sur le développement de l'enfant en augmentant le stress quotidien et en diminuant le temps consacré à la famille.
- La pauvreté a aussi un impact majeur sur le développement de l'enfant, mais il peut être réduit par des pratiques parentales efficaces.
- La structure familiale est beaucoup plus diversifiée qu'auparavant.
- L'impact d'un divorce sur les enfants peut être minimisé si ces derniers restent en contact avec les deux parents.
- Les enfants de familles monoparentales vivent plus souvent dans la pauvreté et sont susceptibles de connaître des conditions de vie plus difficiles que la normale, ainsi que différentes formes de transition qui risquent d'avoir des effets sur leur développement.
- La famille recomposée présente parfois une structure assez complexe qui peut constituer un vrai défi, pour les parents comme pour les enfants et beaux-enfants.
- Les enfants adoptés et ceux qui grandissent avec un couple homosexuel ne présentent généralement pas plus de problèmes de développement que les autres enfants.

## L'enfant d'âge scolaire et son groupe de pairs

- La présence croissante des pairs dans la vie de l'enfant entraîne une diminution de son égocentrisme et favorise son ouverture aux autres.
- Les enfants populaires au sein d'un groupe de pairs présentent généralement de grandes habiletés dans les relations interpersonnelles et leur popularité peut avoir une influence considérable sur leur estime de soi.

- L'agressivité et le retrait social entraînent souvent une impopularité qui affaiblit l'estime de soi de l'enfant.
- À l'âge scolaire, l'agressivité hostile remplace l'agressivité instrumentale. Les enfants présentent alors souvent un biais qui les porte à croire que les autres leur veulent du mal.
- Selon des études récentes, un lien de causalité entre l'observation fréquente de la violence à la télévision et l'utilisation de comportements violents peut être démontré.
- Les modèles d'intimidation et de victimisation peuvent s'établir dès les premières années d'école et ont des effets à long terme. Les victimes d'intimidation sont souvent des enfants mésadaptés qui manquent notamment d'estime de soi.

## La santé mentale des enfants

- Les problèmes de santé mentale sont plus fréquents qu'on le pense et ils ne sont pas toujours faciles à déceler chez l'enfant. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces troubles, soit des facteurs génétiques, des facteurs liés à la famille ou des facteurs liés à un environnement plus large.
- Le trouble oppositionnel avec provocation peut avoir une origine génétique ou découler d'une éducation hostile et de conflits familiaux.
- La phobie scolaire est une forme de trouble anxieux où l'enfant présente une peur irrationnelle de l'école.
- La phobie sociale, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel compulsif sont également des troubles anxieux.
- La dépression est difficile à déceler chez l'enfant, car elle est souvent accompagnée d'autres formes de problèmes.
- Les problèmes de santé mentale chez les enfants peuvent être traités par la psychothérapie individuelle, par la thérapie familiale ou par certains médicaments.
- Certains enfants sont soumis à un stress élevé ou vivent des expériences réellement traumatisantes. Parmi eux, certains feront plus ou moins preuve de résilience par rapport à ces menaces à leur développement. Deux facteurs de protection semblent plus importants : la présence d'un tuteur de résilience et des capacités cognitives supérieures qui permettent à l'enfant de mieux s'adapter.

CHAPITRE

# 9



# Le développement physique et cognitif de l'adolescent de onze à vingt ans

## PLAN DU CHAPITRE

### **9.1 Le développement physique**

- 9.1.1 La puberté
- 9.1.2 Le développement du cerveau

### **9.2 La santé physique et mentale**

- 9.2.1 L'activité physique
- 9.2.2 Le sommeil
- 9.2.3 La nutrition et les troubles alimentaires
- 9.2.4 L'utilisation et l'abus de substances
- 9.2.5 La dépression
- 9.2.6 La mortalité à l'adolescence

### **9.3 Le développement cognitif**

- 9.3.1 Le stade des opérations formelles de Piaget
- 9.3.2 Les changements dans le traitement de l'information

- 9.3.3 Le développement du langage
- 9.3.4 L'égoïsme de l'adolescent et la théorie d'Elkind

### **9.4 Le développement moral**

- 9.4.1 La théorie de Kohlberg
- 9.4.2 La théorie de Gilligan
- 9.4.3 Les comportements prosociaux

### **9.5 L'éducation et la formation professionnelle**

- 9.5.1 Les déterminants de la réussite scolaire
- 9.5.2 Le décrochage scolaire
- 9.5.3 L'éducation supérieure et le choix de carrière

**S**ous l'effet des hormones, le corps de l'enfant se transforme de façon spectaculaire de 12 à 17 ans. La puberté se manifeste d'abord par une formidable poussée de croissance, puis le corps de l'adolescent se sexualise: les formes adultes se dessinent, tandis que le corps acquiert la capacité de se reproduire. Les pulsions sexuelles deviennent aussi plus fréquentes et plus intenses. Généralement en bonne santé, les adolescents ont souvent un sentiment d'invulnérabilité qui les incite parfois à prendre divers risques, par exemple en consommant de l'alcool ou d'autres drogues, dont certains deviennent malheureusement dépendants. L'adolescent assiste également à des modifications profondes de sa pensée. Il est maintenant capable de raisonner abstraitement, de formuler des hypothèses et de se détacher du réel pour mieux envisager le possible. Ce développement cognitif permet la progression du jugement moral. L'adolescent possède donc les outils qui lui permettent de faire les choix et de prendre les décisions qui orienteront le restant de sa vie.

## Mise en situation

William est un adolescent de 17 ans. Il est présentement en cinquième secondaire et se questionne sur son choix de carrière, car il doit faire sa demande au cégep dans quelques semaines. Comme il n'a pas encore arrêté son choix, il a pris des cours optionnels en sciences afin de s'ouvrir le plus de portes possible. Il hésite entre les techniques administratives et les sciences de la santé. Cependant, il n'est pas certain d'être accepté dans cette dernière option puisqu'il étudie moins qu'avant, préférant sortir le soir avec des amis. Comme il rentre tard, ses résultats scolaires s'en ressentent. Il jouait deux fois par semaine au volleyball avec l'équipe de l'école jusqu'à l'année dernière et pratiquait ce sport depuis le début du secondaire. Il a décidé d'abandonner cette activité qui, selon lui, accaparait trop de son temps et l'empêchait de se divertir.

William fréquente sa copine Véronique depuis trois mois. Ils se sont rencontrés grâce à des amis communs et ils ont eu une relation sexuelle au bout de quelques semaines. Lors de leurs relations, ils ne se protègent pas toujours, car William est convaincu qu'il est à l'abri des infections transmises sexuellement puisque tous les deux sont fidèles. Par ailleurs, malgré le fait que ni lui ni Véronique n'ont envie d'être parents à leur âge, ils n'utilisent pas de moyens contraceptifs de façon assidue. Ils sont convaincus qu'ils peuvent contrôler une grossesse éventuelle grâce à leur technique de retrait.

Les parents de William étant séparés depuis plusieurs années, celui-ci vit principalement chez sa mère, mais peut rendre visite à son père quand bon lui semble. D'ailleurs, depuis quelque temps, William reproche à sa mère d'être trop sévère, ce qui le porte à aller plus souvent chez son père.

Il revendique aussi plus de liberté, ce qui suscite des discussions parfois houleuses avec ses parents. Il est très habile pour argumenter. De plus, comme il est l'aîné d'une famille de trois enfants, ses




parents lui demandent souvent de servir d'exemple pour les plus jeunes. William accepte volontiers ce rôle, mais en échange de certains privilèges.

Depuis environ un an, William occupe un emploi à temps partiel comme pompiste, ce qui lui permet de gagner de l'argent et de prendre plus de décisions par rapport à ses dépenses. Il s'est acheté une voiture usagée, ce qui lui donne plus d'autonomie par rapport à ses parents et lui permet de sortir encore plus souvent avec sa copine et ses amis. William vient de commencer à consommer de la marijuana et du « speed » à l'occasion, et il ne dédaigne pas prendre de l'alcool lorsqu'il sort avec ses amis. Aussi, il lui arrive de conduire après une soirée bien arrosée tout en textant au volant, convaincu qu'il ne peut avoir d'accident puisqu'il est un conducteur hors pair. De plus, il se vante à ses amis d'avoir un flair pour détecter la police, ce qui lui assure d'éviter les arrestations ou les contraventions.

William se cherche beaucoup ces derniers temps. Certains jours, il envisage d'abandonner ses études malgré les conseils de sa mère qui a peur de le voir décrocher. Il ressent parfois le besoin de fuir certaines situations difficiles et trouve alors dans l'alcool et les autres drogues un refuge qui lui semble plus sécurisant.

« William revendique aussi plus de liberté, ce qui suscite des discussions parfois houleuses avec ses parents. »

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

### Adolescence

Période de transition développementale qui comporte des changements physiques, cognitifs, affectifs et sociaux et qui se manifeste sous différentes formes selon les milieux sociaux, culturels et économiques.

## 9.1 Le développement physique

Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, les rituels servant à marquer les transitions relatives à l'âge sont courants. Par exemple, les tribus apaches célèbrent les premières menstruations de la jeune fille par un rituel qui dure quatre jours et qui consiste à chanter depuis le lever du soleil jusqu'à son coucher. Par contre, dans la plupart des sociétés modernes, le passage de l'enfance à l'âge adulte n'est pas marqué par un événement isolé, mais par une longue période appelée l'**adolescence** – une transition développementale qui comporte des changements physiques, cognitifs, affectifs et sociaux, et qui se manifeste sous différentes formes selon les milieux sociaux, culturels et économiques.

L'adolescence représente une construction sociale, puisqu'elle n'existait pas dans les sociétés préindustrielles, où l'individu passait directement de l'enfance à l'âge adulte. Aujourd'hui, l'adolescence est devenue un phénomène mondial, bien qu'elle se manifeste sous différentes formes selon les cultures. Dans la plupart des pays, l'entrée dans le monde des adultes se fait de plus en plus tardivement, la période de

scolarisation ou d'apprentissage professionnel étant de plus en plus longue. L'adolescence est une période de transition qui offre à l'individu des occasions de croître non seulement sur le plan physique, mais aussi sur celui de la cognition et des compétences sociales, de l'autonomie, de l'estime de soi et de l'intimité. Les jeunes qui ont des liens positifs avec leurs parents, l'école et la communauté ont tendance à se développer de façon saine et positive (Youngblade *et al.*, 2007). Et si la plupart des adolescents ont tendance à se développer sainement, certains présentent néanmoins des comportements à risque qui vont mettre en péril leur intégrité physique et mentale (Eaton *et al.*, 2008).

### 9.1.1 La puberté

L'adolescence est une période de changements physiques remarquables. Sous l'effet des hormones, le corps se modifie et devient sexuellement adulte et apte à la reproduction : c'est ce qu'on appelle la **puberté**, c'est-à-dire le processus qui mène à la maturité sexuelle et à la capacité de se reproduire. Elle représente un événement majeur dans le développement de l'individu. Les changements physiques comprennent une croissance rapide de la taille et du poids, ainsi que des modifications en ce qui a trait aux proportions et à la forme du corps. Ces transformations majeures font partie d'un processus long et complexe de maturation qui a commencé avant la naissance et dont les ramifications psychologiques se prolongent jusqu'à l'âge adulte.

#### Les bases physiologiques de la puberté

La puberté résulte de la production de différentes hormones (voir la figure 9.1). Une augmentation de la GnRH, une hormone sécrétée par l'hypothalamus, conduit à une élévation du taux de gonadotropines : l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculostimulante (FSH). Chez les filles, l'augmentation du taux de FSH amène le déclenchement des menstruations. Chez les garçons, les LH déclenchent la sécrétion de testostérone et d'androstènedione (Buck Louis *et al.*, 2008). La puberté comporte deux étapes : l'adrénarchie ou l'activation des glandes sexuelles et la maturation des organes sexuels quelques années plus tard.

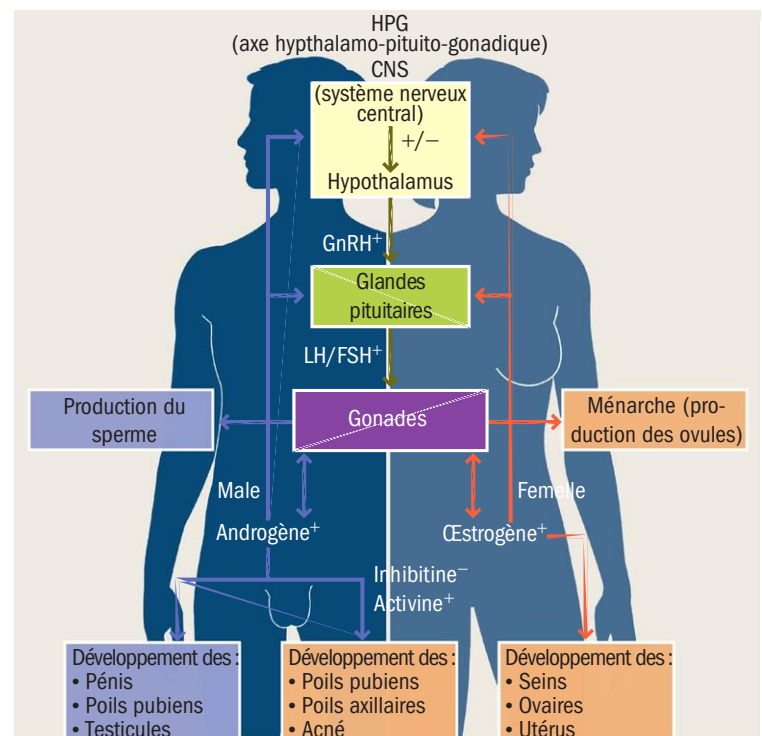
La première étape se situe entre six et huit ans, alors que les glandes surrénales se mettent à sécréter des taux de plus en plus élevés d'androgènes, principalement de la déhydroépiandrostérone (DHEA) (Susman et Rogol, 2004). Cette hormone joue un rôle dans l'apparition des différents poils, dans la croissance accélérée du corps et dans le développement des glandes sébacées et sudoripares. Vers l'âge de 10 ans, les taux de DHEA sont 10 fois supérieurs à ce qu'ils étaient à l'âge de 4 ans. Lors de l'étape suivante, la production de DHEA connaît une nouvelle poussée qui déclenche la croissance des organes génitaux et leur accès à la maturité (McClintock et Herdt, 1996).

Le moment précis où cette poussée d'activité hormonale débute semble dépendre du moment où le corps atteint la quantité critique d'adiposité nécessaire à la reproduction, l'adiposité désignant l'accumulation de graisse dans les tissus cellulaires. Ainsi, les filles dont le pourcentage de masse adipeuse est élevé pendant leur enfance et celles qui prennent une quantité de poids inhabituelle de cinq à neuf ans ont tendance à avoir un développement pubertaire plus précoce que les autres (Davison, Susman et Birch, 2003; Lee *et al.*, 2007). L'accumulation de leptine, une hormone associée à l'obésité, pourrait constituer le lien avec une puberté précoce (Kaplowitz, 2008).

#### Puberté

Étape du développement physique au terme de laquelle l'individu atteint la maturité sexuelle et devient apte à procréer.

FIGURE 9.1 Les processus de régulation de la puberté



Certaines recherches attribuent l'émotivité accrue et les humeurs changeantes des adolescents à ces changements hormonaux. En effet, les émotions négatives comme la détresse et l'hostilité, ainsi que les symptômes dépressifs chez les filles, ont tendance à augmenter au fur et à mesure que la puberté progresse (Susman et Rogol, 2004). Cependant, d'autres facteurs comme le sexe, l'âge, le tempérament et le moment de la puberté pourraient modérer ou surpasser l'influence des hormones (Buchanan, Eccles & Becher, 1992).

### La maturation sexuelle

Le processus pubertaire dure environ de trois à quatre ans pour les deux sexes et conduit à l'apparition des caractères sexuels. Les changements précurseurs de la puberté, eux, commencent généralement à l'âge de huit ans chez les filles et à l'âge de neuf ans chez les garçons (Susman et Rogol, 2004). Toutefois, les âges auxquels chaque transformation particulière se produit sont très variés (*voir le tableau 9.1*).

**TABLEAU 9.1** La séquence habituelle des changements physiologiques à l'adolescence

Changement chez la fille	Âge à la première manifestation	Changement chez le garçon	Âge à la première manifestation
Développement des seins	De 6 ans à 13 ans	Accroissement des testicules et du scrotum	De 9 ans à 13½ ans
Poils pubiens	De 6 ans à 14 ans	Poils pubiens	De 12 ans à 16 ans
Poussée de croissance	De 9½ ans à 14½ ans	Poussée de croissance	De 10½ ans à 16 ans
Ménarche	De 10 ans à 16½ ans	Accroissement du pénis, de la prostate et des vésicules séminales	De 11 ans à 14½ ans
Poils axillaires (aux aisselles)	Environ deux ans après les poils pubiens	Mue	À peu près en même temps que l'accroissement du pénis
		Première éjaculation	Environ un an après le début de l'accroissement du pénis
Activité accrue des glandes sébacées et sudoripares (pouvant causer l'acné)	À peu près en même temps que les poils axillaires	Barbe et poils axillaires	Environ deux ans après les poils pubiens
		Activité accrue des glandes sébacées et sudoripares (pouvant causer l'acné)	À peu près en même temps que les poils axillaires

Source : Adapté de Papalia, 2008.

#### Caractère sexuel primaire

Organe directement lié à la reproduction.

#### Caractère sexuel secondaire

Signe physiologique de la maturation sexuelle qui n'est pas directement lié aux organes sexuels.

Les **caractères sexuels primaires** désignent les organes nécessaires à la reproduction. Chez la femme, il s'agit des ovaires, des trompes de Fallope, de l'utérus, du clitoris et du vagin. Chez l'homme, ce sont les testicules, le pénis, le scrotum, les vésicules séminales et la prostate. Pendant la puberté, ces organes gagnent en taille et en volume et parviennent à maturité.

Les **caractères sexuels secondaires** sont quant à eux des signes physiologiques de la maturation sexuelle qui ne sont pas directement liés aux organes sexuels. Il peut s'agir, par exemple, du développement des seins chez la fille et de l'élargissement des épaules chez le garçon, mais aussi du changement de la voix et de la croissance des poils (*voir le tableau 9.2*). Ces transformations se produisent suivant une séquence déterminée, bien qu'on reconnaisse certaines variations individuelles.

Examinons ces diverses transformations physiques un peu plus en détail. Les premiers signes extérieurs de la puberté sont le développement des seins et la présence des poils pubiens chez les filles, de même que l'augmentation des testicules chez



**TABLEAU 9.2** Les caractères sexuels secondaires

Fille	Garçon
Seins	Poils pubiens
Poils pubiens	Poils axillaires
Poils axillaires	Développement des muscles
Mue de la voix	Barbe
Changements cutanés	Mue de la voix
Développement du pelvis	Changements cutanés
Développement des muscles	Élargissement des épaules

Source : Adapté de Papalia, 2008.

les garçons. Les mamelons de la fille grossissent, l'aréole s'élargit et les seins commencent par avoir une forme conique, puis arrondie. Certains garçons, à leur grand désespoir, connaissent un accroissement temporaire de leur poitrine, le phénomène se résorbant habituellement au bout de 18 mois.

Les poils pubiens, comme les autres poils corporels, font leur apparition. La perception de la pilosité diffère selon le sexe. Ainsi, alors que les garçons sont généralement heureux de voir apparaître des poils sur leur visage et sur leur poitrine, les filles sont plus souvent consternées à la vue de quelques nouveaux poils sur leur visage ou autour de leurs mamelons.

En outre, la voix devient plus grave, surtout chez les garçons, en partie à cause de la croissance du larynx et de la production des hormones mâles. La peau devient aussi plus rude et plus grasse, tandis que l'activité accrue des glandes sébacées entraîne parfois l'apparition de boutons et de points noirs. L'acné, qui est plus courante chez les garçons, semble être liée à l'augmentation de la testostérone.

La maturation des organes reproducteurs entraîne par ailleurs l'apparition des principaux signes de la maturité sexuelle, soit le début des menstruations chez les filles et celui de la production des spermatozoïdes chez les garçons. Chez ces derniers, la première éjaculation, ou **spermarche**, se produit vers l'âge de 13 ans en moyenne. Les garçons trouvent parfois à leur réveil une tache humide ou séchée dans leurs draps, résultat d'une éjaculation involontaire de sperme (souvent appelée «rêve mouillé»). La plupart des adolescents produisent ces émissions qui sont parfois en lien avec un rêve érotique. Par ailleurs, sous l'effet des hormones, et particulièrement de la testostérone, le désir sexuel devient aussi plus urgent. Les explorations sexuelles sont alors plus délibérées et mènent aux premières relations sexuelles complètes. Les pulsions sexuelles manifestées par William dans la mise en situation de ce chapitre illustrent bien ce phénomène.

Chez les filles, les premières menstruations, ou **ménarche**, sont dues à la chute mensuelle de la couche de surface de l'endomètre. Elles apparaissent habituellement entre 10 et 16 ans et demi, généralement un peu plus de deux ans après le début de la transformation des seins. En Amérique du Nord, l'âge moyen de la ménarche est de 12 ans et demi, soit deux ans environ après le début de la poussée des seins et de la maturation de l'utérus (Langis et Germain, 2009; Cloutier et Drapeau, 2008). La combinaison d'influences génétiques, physiques, émotives et contextuelles, de même que le stress, peut avoir une influence sur le moment auquel se produit la ménarche (Belsky *et al.*, 2007). La qualité de l'alimentation et le dépôt de tissus adipeux seraient aussi des facteurs importants dans le déclenchement de la ménarche (Langis et Germain, 2009). De plus, de récentes recherches ont trouvé que l'âge des premières menstruations de la fille avait tendance à être similaire à celui de sa mère (Maisonet *et al.*, 2010).

#### Spermarche

Apparition de la première éjaculation chez le garçon.



#### Ménarche

Apparition des premières règles chez la fille.

### Tendance séculaire

Tendance des générations actuelles à atteindre plus précocement la taille adulte et la maturité sexuelle, observée depuis une centaine d'années environ. Cette tendance semble maintenant stabilisée.

En consultant des sources historiques, les spécialistes du développement ont découvert l'existence d'une **tendance séculaire** s'étendant sur plusieurs générations : les adolescents tendent à devenir pubères et à atteindre la taille adulte et la maturité sexuelle de plus en plus tôt. Cette tendance, qui concerne aussi l'augmentation du poids, a débuté il y a environ 100 ans et peut être observée dans tous les pays industrialisés (Anderson, Dallai et Must, 2003). Une des explications avancées invoque l'amélioration des conditions de vie dans les pays développés : les enfants en meilleure santé, mieux nourris et mieux soignés deviendraient plus grands et parviendraient à la maturité sexuelle plus tôt que dans les pays en voie de développement (Slyper, 2006).

En quoi le moment où débute la puberté peut-il influencer le bien-être psychologique de l'adolescent ? En réalité, cela dépend de la façon dont l'adolescent et les membres de son entourage interprètent les transformations qui l'accompagnent. Les effets de la maturation précoce ou tardive sont plus susceptibles d'être négatifs lorsque les adolescents considèrent que les transformations qu'ils subissent sont désavantageuses ou que des événements stressants (comme un passage au secondaire) se produisent pratiquement en même temps (Petersen, 1993). Les facteurs contextuels, comme l'appartenance ethnique ou l'école, peuvent aussi jouer leur rôle. Ainsi, les filles qui ont une maturité sexuelle précoce seraient plus susceptibles de manifester des problèmes de comportement lorsqu'elles fréquentent des écoles mixtes (Ge *et al.*, 2002) et de prendre des risques sur le plan sexuel (Belsky *et al.*, 2010).

### La poussée de croissance pubertaire

La poussée de croissance pubertaire est liée à la production des hormones de croissance et des hormones sexuelles (les androgènes et l'œstrogène). Elle se traduit par une augmentation rapide de la taille, du poids, des muscles et des os. Elle commence habituellement chez les filles de 9 ans et demi à 14 ans et demi (généralement vers 10 ans) et de 10 ans et demi à 16 ans (généralement vers 12 ou 13 ans) chez les garçons. Cette poussée de croissance dure environ deux ans, après quoi l'adolescent atteint la maturité sexuelle.



#### La croissance pubertaire

La plupart des jeunes filles ont une poussée de croissance qui précède celle des garçons. Pendant un certain temps, celles-ci sont donc plus grandes qu'eux.

Les filles atteignent généralement leur taille adulte vers 15 ans, et les garçons vers 17 ans. Comme cette poussée de croissance se produit environ deux ans plus tôt chez les filles, elles ont tendance, de 11 à 13 ans, à être plus grandes et plus fortes que les garçons du même âge. Ce phénomène peut créer un malaise chez certains garçons qui intériorisent alors le stéréotype voulant qu'un homme attirant soit généralement plus grand qu'une femme. Le taux de croissance musculaire atteint quant à lui son maximum vers l'âge de 12 ans et demi chez les filles et de 14 ans et demi chez les garçons (Gans, 1990). Enfin, le pelvis des filles s'élargit pour faciliter la gestation et des couches adipeuses se forment sous l'épiderme, créant ainsi des rondeurs. Cette graisse s'accumule deux fois plus rapidement chez les filles que chez les garçons (Susman et Rogol, 2004). Après leur poussée de croissance, les garçons redeviennent quant à eux généralement plus grands que les filles. Ils deviennent aussi plus massifs : leurs épaules s'élargissent, leurs jambes et leurs bras deviennent plus longs par rapport à l'ensemble du corps. Chacune des transformations suivant son propre rythme, certaines parties du corps peuvent être disproportionnées pendant un certain temps, ce qui pourrait expliquer la gaucherie de certains adolescents.

Toutes ces transformations physiques ont des répercussions psychologiques chez les adolescents. En effet, la plupart d'entre eux, particulièrement les filles, se préoccupent beaucoup de leur apparence et certains n'aiment pas ce qu'ils voient alors dans le miroir. Or, comme nous le verrons plus loin, ces attitudes peuvent malheureusement parfois conduire à des troubles alimentaires.

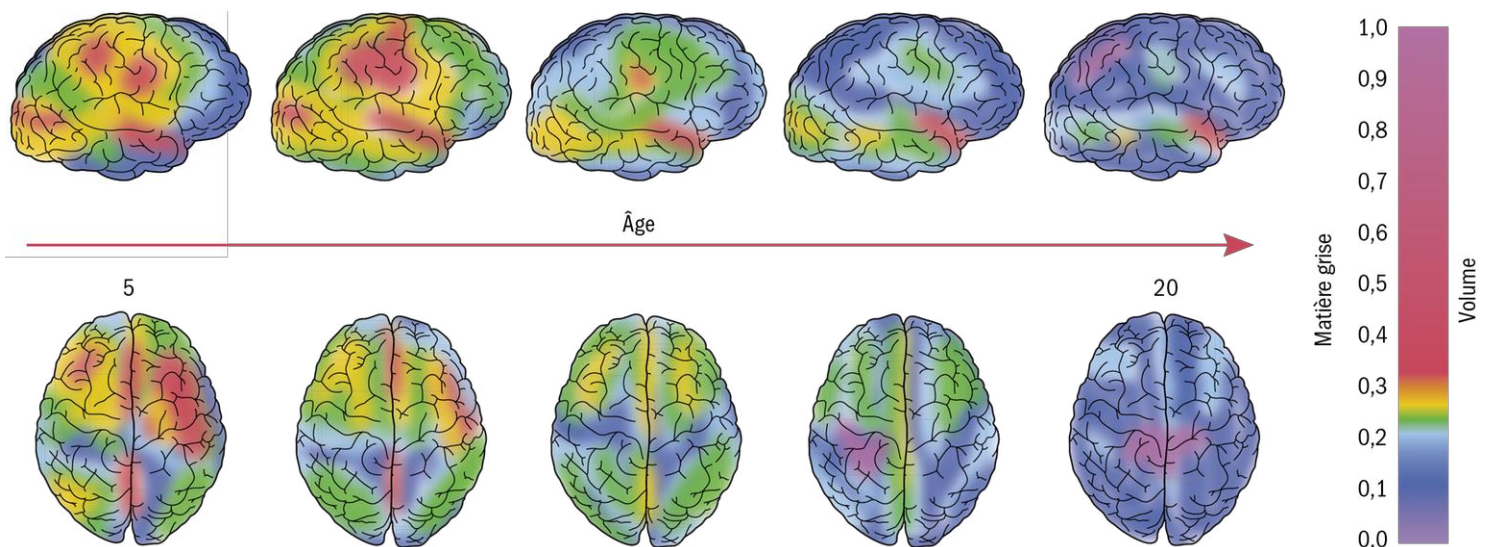
### 9.1.2 Le développement du cerveau

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des scientifiques croyaient que le cerveau atteignait sa pleine maturité à l'adolescence. Aujourd'hui, les études basées sur l'imagerie cérébrale révèlent que le cerveau continue d'évoluer. Comme le montre la figure 9.2, entre la puberté et le début de l'âge adulte, il se produit des changements considérables dans les structures du cerveau. Ainsi, le cortex frontal est une des dernières parties du cerveau à parvenir à maturité. Or, c'est cette partie « exécutive » du cortex qui contrôle la prise de décision, la planification, le jugement, l'expression des émotions et l'impulsivité. L'immaturité du cerveau de l'adolescent pose donc cette délicate question : dans quelle mesure un adolescent peut-il être tenu responsable de ses actions, plus particulièrement lorsqu'il adopte des comportements à risque ? Les réponses à cette question seront abordées dans l'encadré 9.1 (voir la page suivante).



Quels sont les comportements de William qui pourraient être attribués à l'immaturité de son cerveau ?

**FIGURE 9.2** Le développement du cerveau de 5 à 20 ans



Ces images ont été obtenues grâce à un examen par IRM. Elles montrent le cerveau d'enfants et d'adolescents en santé et représentent 15 ans de développement cérébral (de 5 à 20 ans). Le rouge indique une plus grande quantité de matière grise, et le bleu, une moins grande quantité. La matière grise diminue d'arrière en avant au fur et à mesure que le cerveau devient mature et que les connexions neuronales sont élaguées.

Source : Gogtay et al., 2004.

Par ailleurs, la production de matière blanche dans les lobes frontaux augmente fortement autour de la puberté, alors que la densité de matière grise diminue considérablement, surtout dans le cortex préfrontal, au fur et à mesure que les synapses (connexions entre les neurones) non utilisées sont éliminées et que celles qui demeurent sont renforcées (Blakemore & Choudhury, 2006). Ainsi, du milieu jusqu'à la fin de l'adolescence, les jeunes ont moins de connexions neuronales, mais celles-ci sont plus fortes, plus stables et plus efficaces, ce qui rend le processus cognitif plus performant. De plus, la stimulation cognitive a une influence décisive sur le développement du cerveau à l'adolescence : les activités et les expériences de l'adolescent déterminent en effet quelles connexions neuronales sont maintenues et renforcées (Kuhn, 2006). En utilisant leur cerveau pour mettre de l'ordre dans leurs pensées, pour comprendre des concepts abstraits et pour maîtriser leurs impulsions, les adolescents bâtissent donc les fondements neuronaux qui leur serviront jusqu'à la fin de leur vie (ACT for Youth Center of Excellence, 2002).

ENCADRÉ 9.1  APPROFONDISSEMENT**La prise de risque chez les adolescents : des explications biopsychosociales**

La vitesse au volant constitue l'une des principales causes d'accidents mortels au Québec. Ce sont les jeunes conducteurs qui sont le plus fréquemment impliqués dans des accidents où la vitesse est en cause. En effet, de récentes statistiques montrent que les jeunes de 16 à 24 ans sont titulaires de 10 % des permis, mais ont commis 40 % des infractions pour très grand excès de vitesse (45 km/h au-dessus de la limite permise) et 48 % des infractions pour vitesse ou actions imprudentes. Selon la même enquête, entre 2007 et 2011, la vitesse a été en cause pour 51 % des conducteurs de 16 à 24 ans impliqués dans un accident mortel (SAAQ, 2013). D'autres études d'envergure ont aussi montré que les adolescents ont davantage tendance à s'engager dans des comportements à risque qui augmentent la probabilité de blessures graves ou de décès (Eaton *et al.*, 2006).

Comment expliquer que tant de jeunes continuent à faire de la vitesse et à être impliqués dans autant d'accidents mortels malgré toutes les campagnes publicitaires dénonçant ce phénomène ?

Selon la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980), c'est l'intention d'agir qui permet le mieux de prédire le comportement d'un individu. Cette intention d'agir se bâtit à partir de l'évaluation des coûts et bénéfices associés au comportement. Or, la perception des bénéfices jouerait un rôle plus important que la perception des risques dans l'adoption des comportements hasardeux chez les adolescents (Mantzouranis et Zimmermann, 2010). Ainsi, plus les adolescents ont le sentiment que leurs comportements sont bénéfiques, plus ils sont susceptibles



de s'engager dans de tels comportements, et ce, en dépit des risques perçus. Ces bénéfices peuvent être multiples et concerner l'identité (se sentir invincible), les liens sociaux (épater les amis), le sentiment de bien-être (avoir du plaisir), etc.

En plus des bénéfices perçus, d'autres recherches ont montré que la prise de risque chez les adolescents était associée à une opportunité (contexte facilitant: les pairs) de prendre des risques ainsi qu'à la propension (traits personnels: l'impulsivité) à

prendre des risques (Boyer et Byrnes, 2009). De plus, les adolescents qui ont une propension à prendre des risques ont tendance à choisir des amis qui partagent cette même propension et qui les encouragent dans cette voie (Steinberg, 2011).

Toutefois, en dépit de leur intérêt, ces résultats de recherche ne permettent pas d'expliquer pourquoi les adolescents sont davantage centrés sur les bénéfices perçus, contrairement aux adultes qui prennent des décisions plus réfléchies en tenant compte des coûts et des bénéfices. Force est d'admettre que le manque d'expérience des adolescents est insuffisant pour expliquer ces différences. À l'appui de ce constat, des études ont montré qu'à expérience égale (1 an), les conducteurs âgés de 17 ans étaient plus téméraires et étaient plus souvent impliqués dans des accidents de voiture que de jeunes adultes âgés de 22 ans (Steinberg, 2011).

Afin de mieux saisir cette tendance des adolescents à prendre davantage de risques au détriment de leur sécurité, un nouveau volet de recherche s'est intéressé aux aspects biochimiques et neurologiques des comportements adolescents. Dans cette optique, un nombre grandissant de

**FAITES LE POINT**

1. Quelles sont les principales différences entre les caractères sexuels primaires et secondaires ?
2. En quoi les garçons et les filles se distinguent-ils sur le plan de la poussée de croissance pubertaire ?

**9.2 La santé physique et mentale**

Selon l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire de 2010-2011, la majorité d'entre eux évaluent leur état de santé comme excellent (27 %) ou très bon (44 %). Par contre, les adolescents de familles moins scolarisées et moins bien nanties ainsi que ceux qui présentent un surplus de poids se perçoivent en moins bonne santé (Institut de la statistique du Québec, 2012). Pourtant, de nombreux adolescents, surtout des filles, déclarent souffrir fréquemment de maux de tête, de dos ou d'estomac, ressentir de la nervosité ou de la fatigue et se sentir seuls ou déprimés. Plusieurs

chercheurs mettent en évidence des composantes neuropsychologiques permettant de mieux comprendre la prise de risque des adolescents.

Une première explication réside dans les substances chimiques qui circulent dans le cerveau. Le système dopaminergique pourrait particulièrement être en cause. En effet, la dopamine est un neurotransmetteur qui intervient dans diverses fonctions importantes telles que le plaisir, la motivation, les récompenses. Or, les hypothèses actuelles suggèrent une hausse de la production de dopamine ou une plus grande sensibilité des récepteurs dopaminergiques à partir de la puberté. Cette augmentation serait plus rapide chez les garçons que chez les filles. De plus, les recherches montrent que les adolescents réagissent fortement à des stimuli qui présentent une récompense élevée et très peu à des stimuli qui présentent une faible récompense (Galvan, 2010 ; Luciana, 2010). Par exemple, conduire vite leur procure des sensations fortes qui agissent comme des récompenses, même si ce comportement est « à risque ».

Une deuxième explication fait appel à l'interaction entre différents réseaux du cerveau. La prise de risques accrue chez les adolescents semble être le résultat de l'interaction entre deux réseaux du cerveau : un réseau socioaffectif, sensible aux stimuli sociaux et affectifs comme l'influence des pairs, et un réseau de contrôle cognitif, qui régule les réponses aux stimuli. Le réseau socioaffectif devient plus actif à la puberté, alors que le réseau de contrôle cognitif devient mature progressivement, jusqu'au début de l'âge adulte. Le premier réseau conduit les adolescents à augmenter la recherche de récompenses, particulièrement en présence des pairs. Ainsi, lorsqu'un adolescent est au volant d'une voiture en compagnie de ses amis, la probabilité qu'il adopte un comportement à risque, l'excès de vitesse par exemple, augmente. Le second réseau, celui du contrôle cognitif, augmente pour sa part la capacité de l'individu à contrôler ses impulsions. Comme il est moins développé à l'adolescence que le premier, il ne permet pas d'inhiber le

réseau socioaffectif. Ces découvertes pourraient expliquer la tendance des adolescents à laisser libre cours à leurs émotions et à adopter des comportements à risque, plus particulièrement lorsqu'ils sont en groupe (Steinberg, 2008 ; Casey *et al.*, 2008).

Par ailleurs, une troisième explication réside dans le développement des différents lobes du cerveau. Ainsi, le sous-développement du système cortical frontal associé à la motivation, l'impulsivité et les dépendances pourraient expliquer pourquoi les adolescents ont tendance à rechercher les émotions fortes et la nouveauté et pourquoi plusieurs d'entre eux ont de la difficulté à se concentrer sur un objectif à long terme (Bjork *et al.*, 2004 ; Chambers *et al.*, 2003).

Ces différentes explications confirment l'immaturation du cerveau des adolescents, qui permet aux émotions de surpasser la raison et conduit les adolescents à ne pas tenir compte des avertissements qui semblent logiques et convaincants pour les adultes (Baird *et al.*, 1999 ; Yurgelun-Todd, 2002).

Ces différences dans le cerveau des adolescents ont amené certains pays, comme les États-Unis, à légiférer et à rendre la peine de mort inconstitutionnelle pour un meurtrier âgé de 17 ans ou moins (Mears, 2005). Au Québec, l'âge de la responsabilité pénale est fixé à 14 ans. Les sanctions appliquées aux jeunes Québécois peuvent être très variées, allant d'une révocation immédiate du permis pour une période de 30 jours à une période beaucoup plus longue (Sûreté du Québec, 2013).

Par ailleurs, les découvertes des dernières années sont fort précieuses dans le développement d'outils de prévention auprès des adolescents. Ainsi, les actions de prévention devraient se concentrer davantage sur l'analyse des bénéfices perçus plutôt que sur les conséquences négatives des comportements « à risque », afin de promouvoir des environnements plus sécuritaires pour les adolescents.

problèmes de santé, lorsqu'ils sont causés par le mode de vie ou par la pauvreté, sont toutefois évitables. Ainsi, dans les pays industrialisés, les adolescents de familles moins nanties ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que les autres et à avoir des symptômes plus fréquents (Scheidt *et al.*, 2000).

Nous allons maintenant examiner plusieurs préoccupations relatives à la santé, telles que la forme physique, les besoins en matière de sommeil, les troubles alimentaires, l'abus de drogues, la dépression et les causes de décès à l'adolescence.

### 9.2.1 L'activité physique

Comme nous l'avons vu à maintes reprises, l'activité physique a une influence sur la santé non seulement physique, mais aussi mentale. Pratiquée régulièrement, elle a de nombreux avantages : amélioration de la force et de l'endurance, meilleure qualité des os et des muscles, maîtrise du poids, réduction de l'anxiété et du stress, augmentation de l'estime de soi et du sentiment de bien-être et meilleures performances à l'école. L'activité physique diminue aussi la probabilité pour les adolescents d'adopter des comportements à risque.



Identifiez les conséquences de l'abandon de l'activité sportive sur le comportement de William.

Par contre, un mode de vie sédentaire peut augmenter les risques d'obésité et de diabète de type 2, des problèmes de santé de plus en plus courants chez les adolescents, ainsi que la probabilité de développer des maladies coronariennes et un cancer à l'âge adulte (Carnethon, Gulati et Greenland, 2005 ; Nelson et Gordon-Larsen, 2006). Or, selon de récentes études, 34 % des élèves du secondaire ont un mode de vie sédentaire, c'est-à-dire qu'ils rapportent une pratique inférieure à une fois par semaine ou aucune pratique d'activité physique. Les résultats montrent aussi que la proportion de sédentaires diminue entre le début et la fin du secondaire pour les garçons, mais qu'elle augmente pour les filles (Institut de la statistique du Québec, 2012).

### 9.2.2 Le sommeil

Le manque de sommeil est un phénomène répandu chez les adolescents (Hansen *et al.*, 2005). Ainsi, une étude québécoise montre que près de 60 % des adolescents sont fatigués le jour et 15 % rapportent s'être endormis en classe (Université de Montréal, 2008). L'enfant de 9 ans qui dormait en moyenne plus de 10 heures par nuit dort désormais, à 16 ans, moins de 8 heures par nuit (Eaton *et al.*, 2008). Pourtant, les adolescents ont besoin de beaucoup plus de sommeil que lorsqu'ils étaient plus jeunes. En effet, selon certains chercheurs, les adolescents auraient besoin d'environ 9 à 10 heures de sommeil par nuit ; faire la grasse matinée les fins de semaine ne compense pas le manque de sommeil accumulé au cours de la semaine (Hôpital de Montréal pour enfants, 2013). De plus, cette tendance à se coucher et à se lever tard peut avoir une incidence sur les phases et la qualité du sommeil et contribuer à l'insomnie, un trouble qui apparaît souvent à la fin de l'enfance ou à l'adolescence (Hoban, 2004).

Le manque de sommeil peut également saper la motivation et provoquer de l'irritabilité, ce qui risque de nuire à la concentration et à la performance scolaire (Godbout, Huynh et Martello, 2010). En outre, les problèmes de santé sont plus susceptibles de se manifester chez les adolescents qui ne dorment pas suffisamment (Hôpital de Montréal pour enfants, 2013). Par ailleurs, la somnolence peut aussi être mortelle pour les adolescents qui conduisent un véhicule. Des études ont en effet montré que les jeunes de 16 à 29 ans sont plus susceptibles d'être impliqués dans des collisions causées par de la somnolence au volant (Millman *et al.*, 2005).



#### Le manque de sommeil

Certains adolescents qui ne dorment pas suffisamment voient leurs performances scolaires en souffrir.

En plus des nombreuses activités qui peuvent occuper les soirées des adolescents, les experts du sommeil reconnaissent aujourd'hui que les changements biologiques jouent également un rôle dans leurs problèmes de sommeil (Godbout *et al.*, 2010). En effet, des recherches montrent, par exemple, que les cycles de sommeil et d'éveil s'allongent pour atteindre 25 heures à l'adolescence, contrairement aux 13 ou 14 heures de l'enfance. Ceci expliquerait pourquoi la plupart des adolescents du secondaire sont plus vifs et éveillés en soirée, se couchent tard et aiment dormir tard (Hôpital de Montréal pour enfants, 2013). Malheureusement, les journées dans les écoles secondaires débutent tôt et cet horaire n'est pas synchronisé avec le rythme biologique des adolescents. Ainsi, les étudiants ont tendance à être moins alertes et plus stressés en matinée qu'en après-midi (Hansen *et al.*, 2005).

### 9.2.3 La nutrition et les troubles alimentaires

Tout au long de la vie, et particulièrement à l'adolescence, il est important de bien se nourrir, ne serait-ce que pour soutenir la croissance rapide associée à la puberté et pour établir de saines habitudes de vie. Malheureusement, au Québec comme dans

plusieurs pays industrialisés, la majorité des jeunes du secondaire ne consomment pas de façon régulière le nombre minimal de portions de fruits et légumes recommandées par le guide alimentaire canadien. Par ailleurs, le quart d'entre eux consomment de façon régulière des boissons sucrées, qui seraient associées au gain de poids et à l'obésité chez les jeunes de même qu'au diabète de type I et de type 2 (Institut de la statistique du Québec, 2012 ; Diabète Québec, 2013).

Afin de s'attaquer au phénomène de la malbouffe, le gouvernement du Québec s'est doté, en 2007, d'une politique favorisant la saine alimentation et l'activité physique chez les adolescents québécois. Parmi les mesures adoptées, on demande, par exemple, aux cafétérias scolaires d'offrir des repas où les quatre groupes du *Guide alimentaire canadien* sont présents, de composer une assiette principale comprenant au moins un légume d'accompagnement, de proposer plus de fruits et de légumes et d'éviter autant que possible les produits contenant des gras saturés. À l'heure actuelle, plusieurs établissements d'enseignement publics et privés ont pris ce virage santé, la poutine ou les fritures étant désormais bannies de plusieurs écoles secondaires québécoises. Par ailleurs, la majorité des écoles secondaires du Québec ont au moins un restaurant-minute dans un rayon de 1 km ou moins. C'est ce qui a conduit certaines municipalités à participer à un projet-pilote afin de favoriser un environnement alimentaire sain autour des écoles (Coalition québécoise sur la problématique du poids, 2009). Dans cette optique, certaines villes ont décidé de modifier leurs règlements de zonage pour interdire l'implantation de nouveaux restaurants-minute autour des écoles. Malheureusement, la portée de ce projet demeure encore limitée et plusieurs villes ont décidé de ne pas emboîter le pas.

## L'obésité

Au cours des 30 dernières années, la proportion d'adolescents qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses a augmenté de façon alarmante au Québec. Ainsi, en 2011, 21 % des élèves du secondaire faisaient de l'embonpoint (14 %) ou étaient obèses (7 %), contre 10,8 % en 1981. Le taux d'obésité et de surplus de poids a donc doublé entre 1981 et 2011 chez les adolescents québécois. Les garçons sont davantage touchés par le surplus de poids que les filles (25 % contre 17 %) (Institut de la statistique du Québec, 2012 ; Institut national de santé publique du Québec, 2009).

Les adolescents qui ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes sont les plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou d'être obèses. De plus, comme nous l'avons mentionné plus haut, un grand nombre d'adolescents sont trop sédentaires. Or, la probabilité de faire de l'embonpoint ou d'être obèse a tendance à augmenter avec le temps passé à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à utiliser un ordinateur. Par ailleurs, les adolescents vivant dans un foyer à revenu moyen seraient plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou d'être obèses que ceux vivant dans un foyer à revenu élevé (Statistique Canada, 2008b). Toutefois, la proportion des jeunes Québécois en surplus de poids diminue avec l'augmentation du niveau de scolarité des parents (Institut de la statistique du Québec, 2012). Des facteurs génétiques, mais aussi des facteurs comme la mauvaise régulation du métabolisme, des symptômes de dépression et le fait d'avoir des parents obèses augmentent également la probabilité d'une obésité à l'adolescence (Morrison *et al.*, 2005 ; Stice *et al.*, 2005). En outre, les adolescents qui souffrent d'une surcharge pondérale sont aussi plus susceptibles d'avoir des difficultés à fréquenter l'école, à effectuer des tâches ménagères ou à pratiquer des activités physiques (Swallen *et al.*, 2005).

## Les troubles alimentaires : l'anorexie et la boulimie

Pour certains adolescents, la détermination à ne pas grossir peut entraîner des problèmes plus graves que le seul gain de poids. Nous avons vu au chapitre 7 que les



### Lutter contre la malbouffe

Un nombre grandissant d'écoles secondaires du Québec offrent à leurs élèves des aliments sains qui favorisent le maintien d'une meilleure santé.

préoccupations liées à l'image corporelle – soit la façon dont l'individu perçoit son corps – commencent souvent au milieu de l'enfance, voire même avant ; ces préoccupations s'intensifient à l'adolescence, où elles peuvent même entraîner des efforts obsessionnels visant à contrôler le poids (Davidson et Birch, 2001 ; Vereecken et Maes, 2000). Toutefois, cette attitude est plus courante et moins susceptible d'être liée aux problèmes de poids réel chez les filles que chez les garçons. En effet, à la suite de l'augmentation normale de la masse adipeuse qui se produit à la puberté, de nombreuses filles n'aiment plus leur corps, surtout si leur développement pubertaire est précoce, ce qui reflète l'accent mis par la culture occidentale sur l'apparence physique des femmes (Susman et Rogol, 2004).

Selon l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire *2010-2011-tome 1 le visage des jeunes d'aujourd'hui* (Institut de la statistique du Québec, 2012), même si un pourcentage plus élevé de filles disent vouloir perdre du poids, contrairement aux garçons, un pourcentage plus élevé de garçons que de filles auraient recours à des méthodes dangereuses pour arriver à leurs fins. Parmi ces méthodes, on note, entre autres, l'entraînement excessif.

### Anorexie mentale

Trouble psychologique très grave qui se caractérise par un refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par une peur extrême de prendre du poids et par une distorsion de son image corporelle.



### L'anorexie

Les adolescentes anorexiques ont une image déformée de leur corps. Elles se perçoivent toujours grosses, même lorsqu'elles n'ont plus que la peau et les os.

Les préoccupations excessives par rapport au contrôle du poids et à l'image corporelle peuvent être le signe de troubles de consommation alimentaire, soit l'anorexie et la boulimie. Selon les données d'une récente enquête, environ 1 élève du secondaire sur 10 a un poids insuffisant (Institut de la statistique du Québec, 2012). Les prévalences du poids insuffisant sont plus élevées chez les filles que chez les garçons (12 % contre 8 %). Par ailleurs, on constate une hausse importante (56 %) de cette problématique chez les adolescentes âgées de 12 à 14 ans entre 2000 et 2005 (Institut national de santé publique du Québec, 2009). Les attitudes parentales et les médias contribueraient davantage aux préoccupations corporelles que l'influence des pairs (Field *et al.*, 2001).

L'**anorexie mentale** est un trouble psychologique très grave qui se caractérise par une restriction alimentaire persistante (occasionnant une perte de poids significative et sous la normale pour l'âge et la taille), une peur extrême de prendre du poids ou de devenir gros ainsi qu'une distorsion perceptuelle de l'image corporelle. Selon le *Manuel diagnostique des troubles mentaux*, l'anorexie toucherait 0,4% des Nord-Américaines (APA, 2013).

Bien que la grande majorité des personnes souffrant d'anorexie soient des femmes (10 pour 1), des études récentes montrent qu'un nombre grandissant d'hommes en souffriraient également. Les hommes homosexuels ou bisexuels seraient plus à risque de souffrir de cette maladie que les hommes hétérosexuels (Feldman et Meyer, 2007). Ils seraient sans doute plus enclins à se référer aux canons de la beauté et aux stéréotypes véhiculés par la société.

De plus, on observe depuis quelques années un abaissement de l'âge des personnes souffrant d'anorexie (Favaro *et al.*, 2009). En effet, de plus en plus de fillettes souffrent d'anorexie avant même l'arrivée de la puberté.

Si, en Occident, l'anorexie résulte en partie de la pression sociale poussant à la minceur, il semble toutefois que cette pression ne soit pas nécessairement le seul facteur ni même un facteur essentiel (Keel et Klump, 2003 ; Striegel-Moore et Bulik, 2007). En effet, un nombre grandissant d'études comme celles du docteur Howard Steiger, de l'institut Douglas de Montréal, mettent en évidence l'importance de certains facteurs génétiques et neuropsychologiques (voir l'encadré 9.2).



## ENCADRÉ 9.2

## PAROLES D'EXPERT

**Howard Steiger**

Directeur du programme des troubles de l'alimentation de l'institut Douglas, psychologue, professeur et chercheur à l'Université McGill.

**Les troubles alimentaires**

Howard Steiger dirige depuis 1990 le Programme des troubles de l'alimentation (PTA) de l'institut Douglas, à Montréal. Détenteur d'un doctorat en psychologie de l'Université McGill, il travaille depuis 1986 au développement de ce programme visant la prise en charge

clinique des personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation et au progrès des connaissances liées aux mécanismes étiologiques de ces troubles. Ses projets de recherche actuels portent sur la relation entre les facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux dans le développement des troubles alimentaires. En plus de ces travaux, le docteur Steiger est aussi coprésident d'un comité du gouvernement du Québec mandaté pour encourager la collaboration de divers secteurs (mode, médias, éducation, santé, etc.) à diffuser une image corporelle saine et diversifiée, afin de diminuer les pressions sociales valorisant une image de maigreur.

Le docteur Steiger distingue les troubles alimentaires de forme restrictive des troubles alimentaires de forme boulimique. Dans le premier cas, la patiente présente une phobie de grossir qui se traduit par un amaigrissement pouvant mettre sa vie en danger. La personne souffrant d'un trouble de forme restrictive exerce donc un « surcontrôle » en maintenant son poids à un niveau nettement inférieur au poids qui serait normal pour sa taille. De leur côté, les personnes présentant des troubles de forme boulimique peuvent au contraire présenter un poids normal, voire un surpoids, mais vivent généralement un dérèglement sur le plan du contrôle alimentaire. Elles peuvent donc avoir de longues périodes de privations alimentaires, suivies de périodes de consommation excessive accompagnées de comportements compensatoires (vomissement, usage abusif de purgatifs, etc.). Dans le cas de la personne boulimique, on parle plutôt d'un « sous-contrôle ».

Comme le mentionne le docteur Steiger, les scientifiques ont longtemps cru que l'obsession de la beauté et de la minceur véhiculée par les médias ou un excès de contrôle parental expliquaient à eux seuls l'apparition des troubles alimentaires, particulièrement chez les adolescentes et les jeunes femmes. Or, les résultats d'études récentes apportent un éclairage nouveau concernant les facteurs explicatifs de ces troubles. Bien entendu, les études ne nient pas l'importance des facteurs socio-culturels dans l'émergence des troubles alimentaires, mais elles tiennent compte d'autres facteurs significatifs. En effet, l'équipe de recherche du docteur Steiger a réussi à démontrer que certains facteurs biologiques ou génétiques rendent des personnes plus vulnérables aux troubles alimentaires. L'épigénétique, qui décrit la façon dont l'environnement et l'histoire personnelle influent sur l'expression des gènes, a permis de démontrer l'importance de l'environnement dans le déclenchement des vulnérabilités génétiques. Par exemple, son équipe a ainsi mis en

évidence l'existence d'interactions entre certains stress vécus au cours du cycle de vie (par exemple, des stress intra-utérins) et certaines fragilités héréditaires liées à l'activité sérotonergique dans le développement des troubles anorexiques et boulimiques (la sérotonine étant un neurotransmetteur influant notamment sur le plan de la régulation des fonctions végétatives comme la satiété). Les régimes alimentaires trop sévères joueraient également un rôle important dans le déclenchement des troubles alimentaires en dérégulant les réseaux sérotonergiques. Par ailleurs, de nombreux autres éléments neurobiologiques seraient aussi impliqués dans les troubles alimentaires (par exemple, les œstrogènes, l'axe HPA). Les études montrent également que les facteurs de l'hérédité, du vécu et des régimes alimentaires agissent de façon différente d'une personne à l'autre. Ce constat invite alors à la prudence quant au choix d'un traitement et incite au développement de soins plus personnalisés.

Tout récemment, grâce à l'imagerie cérébrale, des percées scientifiques ont permis de mettre en évidence des différences à propos des structures et du fonctionnement du cerveau (par exemple, le lobe pariétal et le système limbique) chez les individus atteints de troubles alimentaires comparativement aux individus qui ne présentent pas ce genre de troubles. Parallèlement à ces découvertes, de nouvelles procédures chirurgicales sont mises à l'essai pour venir en aide aux individus souffrant de troubles alimentaires récalcitrants. Des stimulations de certaines zones du cerveau sont appliquées afin de moduler l'activité de ces zones. Ces nouvelles avenues de recherche sont sources d'espoir, puisque les troubles alimentaires figurent parmi les troubles de santé mentale les plus difficiles à traiter et les plus mortels.

Les résultats des travaux du docteur Steiger mettent par ailleurs en évidence un lien entre les troubles alimentaires et la présence d'autres symptômes psychologiques comme la dépression, l'anxiété et l'impulsivité. En outre, certains traits de personnalité seraient également associés au développement de troubles boulimiques ou anorexiques. Le docteur Steiger souligne toutefois que ces traits de personnalité sont beaucoup moins homogènes que ce qu'on a laissé croire pendant plusieurs années. Ainsi, ce ne sont pas seulement les jeunes femmes aisées, perfectionnistes et bonnes à l'école qui souffrent de troubles anorexiques. En effet, les patients souffrant de troubles alimentaires affichent une grande variété de caractéristiques personnelles et sociales. Par exemple, les individus présentant un trouble de forme restrictive auraient une tendance à la compulsivité, une préférence pour l'ordre et la prévisibilité. De leur côté, les personnes présentant des troubles alimentaires de forme boulimique auraient tendance à l'impulsivité, aux gestes irréfléchis, afficheraient une instabilité de l'humeur et une tendance à rechercher la nouveauté. Les études du docteur Steiger permettent donc de lever le voile sur un certain nombre de préjugés concernant les personnes souffrant de troubles alimentaires et contribuent à changer l'image négative voulant que les personnes atteintes de ces troubles soient facilement influençables, égocentriques et perfectionnistes.

### Boulimie

Trouble psychologique caractérisé par de brèves crises de frénésie alimentaire (de deux heures ou moins), suivies de comportements compensatoires (vomissements, régimes stricts, exercices vigoureux ou absorption de laxatifs ou de diurétiques).

La **boulimie** est un trouble psychologique caractérisé par de brèves crises de frénésie alimentaire récurrentes (par exemple, deux heures ou moins) et un sentiment de perte de contrôle. La personne adopte ensuite des comportements compensatoires pour prévenir le gain de poids (en se faisant vomir, en suivant un régime strict, etc.). La boulimie commence généralement à un âge un peu plus avancé que l'anorexie, le pic d'incidence se situant à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2013). Elle toucherait aussi une proportion plus élevée de filles que de garçons (10 pour 1). Selon le *Manuel diagnostique des troubles mentaux* (DSM-V), entre 1 % et 1,5 % des Nord-Américains seraient affectés par des troubles boulimiques (APA, 2013).

Les personnes boulimiques ne souffrent pas souvent de surcharge pondérale, mais elles sont, elles aussi, obsédées par leur poids et par leurs formes. Elles ont tendance à avoir une faible estime de soi et peuvent donc se sentir accablées de honte, se mépriser et sombrer dans la dépression. Parfois, le trouble consiste à avoir de fréquentes crises de boulimie, mais non suivies de jeûne, d'exercices physiques ou de vomissements. Le trouble peut alors occasionner une surcharge pondérale, de la détresse émotionnelle ainsi que d'autres troubles physiques et psychologiques (Wilson *et al.*, 2007).

### Le traitement des troubles alimentaires

L'objectif immédiat du traitement de l'anorexie est de faire en sorte que les personnes mangent et prennent du poids, mais il demeure souvent difficile à atteindre étant donné la ténacité des croyances et perceptions des patients concernant leur apparence physique et leur corps. Souvent utilisée, la thérapie cognitive comportementale tente de modifier cette image déformée du corps en récompensant le fait de s'alimenter par certains privilèges (Beumont, Russell et Touyz, 1993; Wilson *et al.*, 2007). Les cliniques externes des troubles de l'alimentation du Québec offrent aussi des programmes complets de services adaptés aux besoins particuliers des patients. On y retrouve une combinaison de thérapies individuelles, familiales et de thérapies de groupe, voire de couple, ainsi que des services de nutrition et de pharmacothérapie.

Selon le D<sup>r</sup> Wilkins, un pédiatre de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal qui soigne des adolescentes anorexiques depuis 36 ans, même si l'objectif immédiat est de favoriser la prise de poids, il faut limiter cette prise pondérale à 10 % du poids enregistré au moment de l'admission, puisqu'il faut donner le temps à la patiente d'accepter et d'intérioriser cette prise de poids. Dans l'esprit des patientes atteintes d'anorexie, la prise de poids représente un échec à leur propre réussite. Ainsi, il faut donc favoriser le dialogue entre l'équipe soignante et la patiente. Ce dialogue favoriserait la confiance et la collaboration dans le traitement (Journal Forum, 2012).

Par ailleurs, toujours selon ce même spécialiste, la maladie se traite en quatre étapes : d'abord, l'adolescente s'engage dans une conduite alimentaire restrictive qui lui procure une immense satisfaction. Elle a le sentiment de contrôler son corps. C'est au cours de cette étape que l'individu perdrait entre 10 % et 40 % de son poids initial. Ensuite, c'est l'immobilisme : l'adolescente va mentir ou tricher pour ne pas renoncer à ses comportements anorexiques, malgré les confrontations de son entourage et de l'équipe soignante. Au cours de la troisième étape, l'adolescente prend du poids. Malgré l'atteinte d'un poids normal, la guérison n'est pas totale puisque la patiente est envahie par une souffrance psychique : elle n'a plus le sentiment de dominer son corps. C'est seulement au cours de la quatrième et dernière étape qu'il y aurait une prise de conscience et un réapprentissage qui favorise une pleine guérison (Daout-Boisvert, 2012).

La thérapie cognitive comportementale représente également la meilleure forme de traitement pour la boulimie. On demande aux patients de tenir un journal quotidien de leurs modèles alimentaires et on leur enseigne des façons d'éviter la tentation de manger frénétiquement. Comme ces patients courent aussi des risques de dépression et de suicide, les antidépresseurs sont souvent utilisés en combinaison avec une psychothérapie (McCallum et Bruton, 2003); toutefois, leur efficacité à long terme n'est pas encore prouvée (Wilson *et al.*, 2007).

## 9.2.4 L'utilisation et l'abus de substances

Même si la grande majorité des adolescents n'abuse pas des drogues, une minorité importante d'entre eux le fait. Les trois drogues les plus populaires auprès des adolescents, comme nous allons le voir, sont l'alcool, la marijuana et le tabac.

La **toxicomanie** désigne la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues. Cet abus peut entraîner une **dépendance**, c'est-à-dire un besoin incontrôlable de continuer à consommer une substance. Cette dépendance des adolescents peut être physiologique, psychologique ou les deux à la fois et a tendance à se poursuivre à l'âge adulte. La dépendance aux drogues est particulièrement dangereuse pour eux parce qu'elles stimulent des parties de leur cerveau qui sont encore en développement (Chambers *et al.*, 2003). Enfin, la dépendance s'accompagne souvent d'une **tolérance** à la substance, c'est-à-dire d'un besoin d'augmenter la quantité consommée pour obtenir les mêmes effets.

### Les tendances en matière de consommation de drogues

Selon une enquête québécoise menée récemment, la proportion d'élèves du secondaire qui s'abstient de consommer de l'alcool ou d'autres drogues augmente sans cesse depuis 2000. Par exemple, la proportion des consommateurs de drogues est passée de 43 % en 2000 à 26 % en 2011. En d'autres mots, près de 75 % des élèves du secondaire étaient abstinentes en 2011, contrairement à 57 % en 2000 (Institut de la statistique du Québec, 2012). Ainsi, en 2011, environ 27 % des élèves du secondaire ont consommé de la drogue au moins une fois au cours de leur vie, les garçons dans une proportion légèrement plus élevée que les filles. Cette proportion augmente selon l'année d'étude, passant de 5 % en première secondaire à 44 % en cinquième secondaire (Institut de la statistique du Québec, 2012). Par ailleurs, la consommation de drogue est plus élevée chez les élèves qui occupent un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (33 % contre 23 %) (Institut de la statistique du Québec, 2009). Enfin, environ 10 % des consommateurs de drogues sont considérés comme étant des personnes à risque de dépendance et nécessitent une intervention spécialisée (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

En outre, bien que la consommation de drogues illicites ait globalement diminué, celle de l'ecstasy, une drogue populaire dans les raves, connaît par contre une augmentation. Ainsi, en 2011, 9 % des élèves du secondaire auraient déjà consommé de l'ecstasy, ce qui représente une augmentation de 3 % par rapport à l'enquête de 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2012; 2009). Les filles sont plus nombreuses que les garçons à en consommer de façon excessive. Parmi l'ensemble des drogues étudiées, seule la consommation d'amphétamines a vu sa prévalence baisser de manière significative chez les élèves du secondaire entre 2006 et 2008, passant de 9 % à 7 %. Depuis, elle demeure stable. Cette diminution touche principalement les filles (11 % contre 8 %) (Institut de la statistique du Québec, 2009; 2012).

Enfin, les études révèlent que l'abus d'inhalants représente un problème majeur chez les jeunes autochtones du Canada, le taux de prévalence pouvant atteindre 60 % (Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 2006). La situation est similaire au Québec, où la consommation de ces jeunes a augmenté de façon importante au cours des 15 dernières années. Les études récentes montrent ainsi que près de la moitié des jeunes autochtones du Nunavut et de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont consommé des drogues au moins une fois au cours de la dernière année, et que 60 % d'entre eux en sont même des consommateurs réguliers. La substance la plus populaire demeure le cannabis, suivie des solvants et de la cocaïne. Les études montrent aussi que les jeunes filles autochtones consomment en plus grand nombre que les garçons (Institut national de santé publique du Québec, 2009).

#### Toxicomanie

Consommation abusive de toute substance psychotoxique (alcool, tabac, marijuana, etc.).

#### Dépendance

Besoin incontrôlable qui pousse un individu à continuer de consommer une substance psychotoxique.

#### Tolérance

Besoin d'augmenter les doses d'une substance pour obtenir les mêmes effets.



#### Les raves

La popularité des soirées technos, ou raves, auprès des jeunes est indiscutable. Bien que la sécurité est accrue depuis quelques années dans plusieurs soirées raves, celles-ci offrent encore un environnement propice à la consommation d'ecstasy et de méthamphétamines, ou «speed».

## L'alcool



Avec la marijuana et le tabac, l'alcool est la drogue la plus populaire auprès des adolescents, comme c'est le cas pour William dans la mise en situation. Or, il s'agit d'un psychotrope puissant qui a des effets importants sur le bien-être physique, émotif et social. Sa consommation représente d'ailleurs un problème grave dans plusieurs pays.

Au Québec, la proportion de jeunes du secondaire ayant consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente a diminué au cours de la dernière décennie, mais tend à se stabiliser depuis quelques années, passant de 71,3 % en 2000 à 60,4 % en 2006 et à 59,7 % en 2008 (Institut de la statistique du Québec, 2009). Il n'y aurait pas de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles sur cette question. Il en va de même pour les consommateurs réguliers d'alcool (20 % en 2000 contre 12 % en 2010). Par ailleurs, 41 % des élèves du secondaire ont déjà consommé au moins une fois dans l'année de façon excessive (Institut de la statistique du Québec, 2012). Une proportion de 21,9 % d'entre eux le fait de façon répétée (Institut de la statistique du Québec, 2009). Une enquête révèle aussi que les jeunes de 15 à 24 ans consomment moins fréquemment de l'alcool que les personnes plus âgées, mais que, lorsqu'ils le font, ils en consomment alors en plus grande quantité (Flight, 2007). Par ailleurs, les jeunes qui commencent à boire tôt ont tendance à avoir des problèmes de comportement ou ont des frères et sœurs dépendants de l'alcool (Kuperman *et al.*, 2005). Ceux qui commencent à boire avant l'âge de 15 ans sont d'ailleurs 5 fois plus susceptibles d'en abuser et de développer une dépendance à l'alcool que ceux qui ne commencent à boire qu'à l'âge de 21 ans ou plus (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2004a). De plus, de récentes études basées sur les IRM ont révélé que la consommation excessive d'alcool à l'adolescence affecte la mémoire et les processus de pensée en endommageant la matière blanche dans le cerveau (McQueeney *et al.*, 2009). Aussi, les élèves qui consomment de l'alcool de façon excessive sont plus susceptibles que les autres élèves d'avoir de faibles performances scolaires et de s'engager dans des comportements à risque (Miller *et al.*, 2007), comme on peut l'observer chez William dans la mise en situation. Les discussions ouvertes avec les parents peuvent neutraliser les mauvaises influences et décourager ou limiter la consommation d'alcool (Austin, Pinkleton et Fujioka, 2000). Cependant, les parents peuvent aussi avoir une influence négative, puisqu'une étude longitudinale révèle que le fait d'avoir un parent alcoolique augmente significativement le risque d'une consommation précoce d'alcool et donc, plus tard, de problèmes liés à l'alcool (Wong *et al.*, 2006).



## La marijuana

Même si la proportion de consommateurs diminue depuis 2000, la marijuana demeure de loin la substance illicite préférée des élèves du secondaire. En 2011, environ 25 % des élèves du secondaire en ont consommé au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, ce qui représente une baisse de 11 % par rapport à 2004 (Institut de la statistique du Québec, 2009; ISQ 2012). Cette diminution de la popularité du cannabis concerne les deux sexes. Par ailleurs, 9 % d'entre eux en consomment régulièrement.

Contrairement à la croyance populaire, la consommation de marijuana peut entraîner une dépendance à la fois physique et psychologique (Tanda, Pontieri et DiChiara, 1997). En effet, la fumée de la marijuana contient généralement plus de 400 substances cancérigènes. En outre, la puissance de la substance a doublé au cours des 25 dernières années (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2008). Une consommation élevée peut donc endommager le cerveau, le cœur, les poumons et le système immunitaire, en plus d'entraîner des déficiences nutritionnelles, des infections respiratoires et d'autres problèmes physiques. Enfin, la marijuana peut entraver les processus mnésiques, la rapidité de la pensée, l'apprentissage et les performances scolaires. Elle peut aussi réduire la perception, l'attention, le jugement et les habiletés motrices qui sont nécessaires à la conduite automobile sécuritaire, ce qui peut contribuer aux accidents de la route (Messinis *et al.*, 2006; Office of National Drug Control Policy, 2008).



### La consommation de marijuana

La marijuana demeure la substance illicite préférée des élèves du secondaire.

## Le tabac

Les données d'une enquête québécoise révèlent que le pourcentage des élèves du secondaire ayant fait usage de la cigarette a baissé considérablement entre 1998 et 2006, passant de 34,1 % à 14,9 % chez les filles et de 26,8 % à 13 % chez les garçons (Dubé et Camirand, 2007). Les données d'une récente enquête montrent que cette baisse de l'usage du tabac s'est poursuivie, puisque seulement 11 % des élèves du secondaire fumaient la cigarette en 2010-2011 (Institut de la statistique du Québec, 2012). Il n'y aurait pas de différence significative entre les garçons et les filles. Par contre, les résultats d'une étude précédente montrent qu'il y avait un plus grand nombre d'adolescents abstinents dans les familles biparentales en 2008 comparativement aux familles monoparentales ou recomposées (Institut de la statistique du Québec, 2011). Par ailleurs, seulement 4,1 % d'entre eux sont des fumeurs quotidiens (Institut de la statistique du Québec, 2012). Une autre enquête datant de 2012 montre qu'environ les trois quarts des étudiants canadiens du secondaire n'ont jamais essayé de fumer, et seulement 2 % d'entre eux fument régulièrement (Santé Canada, 2012). Plusieurs facteurs contribuent à la décision de fumer ou d'être abstinent. Les adolescents les moins à risque de fumer réussissent bien à l'école, sont soucieux de leur santé, ont des parents non-fumeurs qui désapprouvent l'usage du tabac, manifestent peu de signes de dépression et n'ont pas de problème de comportement. D'autres facteurs génétiques, sociodémographiques et des facteurs de personnalité seraient aussi associés à l'usage du tabac (Institut national de santé publique du Québec, 2004).

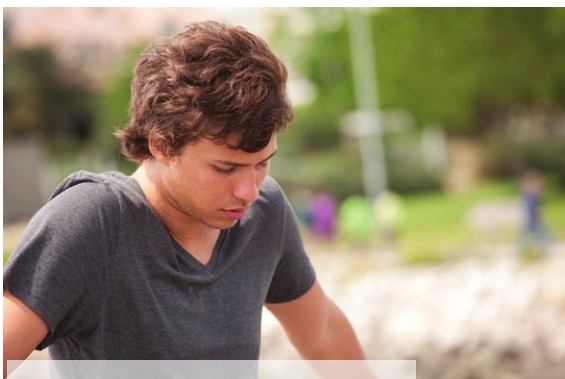
La consommation de substances nocives débute souvent lorsque les enfants terminent l'école primaire et deviennent alors plus vulnérables à la pression des pairs. Or, plus les jeunes commencent tôt, plus ils risquent de consommer souvent et d'en abuser (Wong *et al.*, 2006). Ainsi, la consommation de tabac s'installe souvent au début de l'adolescence, alors que les jeunes cherchent à paraître plus durs et plus rebelles et que fumer représente pour eux le signe du passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette image désirée par l'adolescent lui permet de tolérer le dégoût suscité par les premières bouffées de cigarette. Par la suite, les effets de la nicotine s'imposent et, en un an ou deux, les jeunes inhalent finalement la même quantité de nicotine que les adultes et ressentent le même manque ainsi que les mêmes effets de sevrage qu'eux s'ils essaient d'arrêter. Les adolescents qui sont exposés à l'alcool et aux drogues avant l'âge de 15 ans démontrent un risque plus élevé de développer une dépendance aux substances (Hingson, Heeren et Winter, 2006), des comportements sexuels à risque (Stueve et O'Donnell, 2005) et un plus faible niveau de scolarité (King, Meehan, Trim et Chassin, 2006).

Comme pour les drogues dures, l'influence des frères ou sœurs plus âgés ainsi que des amis augmente la probabilité de consommer du tabac ou de l'alcool (Rende *et al.*, 2005). Or, comme nous allons le voir, la consommation de toute forme de drogue représente un facteur de risque additionnel en ce qui concerne la dépression.

### 9.2.5 La dépression

Nous avons vu dans le chapitre 8 que la dépression peut se manifester chez les enfants d'âge scolaire. Par ailleurs, une augmentation marquée de la dépression se produit entre l'enfance et l'adolescence, plus particulièrement lors du passage du primaire au secondaire (Marcotte, 2013). Selon l'Organisation mondiale de la santé, le taux de dépression chez les adolescents atteint actuellement un niveau sans précédent (OMS, 2008). La dépression figure parmi les problèmes de santé mentale les plus répandus à l'adolescence (Abela et Hankin, 2008). Les données d'enquêtes récentes montrent que 16 % des adolescents québécois souffriraient de dépression. Les filles seraient davantage touchées par ce problème de santé que les garçons (25 % contre 10 %) (Marcotte, 2013).

La dépression chez les jeunes ne se manifeste pas nécessairement par de la tristesse, mais plutôt par de l'irritabilité, un ennui ou une incapacité à ressentir du plaisir (Marcotte, 2013). Les symptômes de la dépression doivent être pris au sérieux, ne serait-ce que parce qu'ils peuvent mener à une tentative de suicide. Les adolescentes,



### L'état dépressif

L'adolescence, avec tous les changements qu'elle comporte, est une période très propice à l'émergence de symptômes dépressifs.

et surtout celles qui sont devenues matures plus tôt, sont plus susceptibles d'être en proie à la dépression (Brent et Birmaher, 2002; SAMHSA, 2005). Cette différence entre les sexes peut être associée aux changements biologiques liés à la puberté. En effet, les études montrent une corrélation entre la puberté précoce et les symptômes dépressifs (Susman et Rogol, 2004). La façon dont les filles sont socialisées ainsi que leur plus grande vulnérabilité au stress dans les relations sociales sont d'autres éléments pouvant expliquer cette différence (Ge *et al.*, 2001; Hankin, Mermelstein et Roesch, 2007).

Les facteurs de risque de la dépression sont multifactoriels. Ils incluent les facteurs de nature biologique, familiale, personnelle, sociale et sociodémographique. Parmi ceux-ci, on note que les adolescents dépressifs ont une image de soi plus négative et présentent des distorsions cognitives. Ils vivent davantage d'isolement social et sont plus à risque de vivre de l'intimidation. Sur le plan familial, les conflits conjugaux, le manque de soutien ainsi que des problèmes de santé mentale chez les parents seraient présents (Marcotte, 2013). Finalement, la consommation d'alcool ou d'autres drogues ainsi que l'activité sexuelle sont plus susceptibles de provoquer la dépression chez les filles (Hallfors *et al.*, 2005; Waller *et al.*, 2006). Par ailleurs, certains facteurs de protection tels que la présence d'habiletés interpersonnelles et le soutien social permettraient de protéger les adolescents qui sont vulnérables à la dépression (Marcotte, 2013).

Les adolescents déprimés qui ne répondent pas aux traitements ambulatoires, qui sont dépendants aux drogues, qui sont psychotiques ou qui semblent suicidaires peuvent avoir besoin d'être hospitalisés. Même les adolescents dont les symptômes ne sont pas assez graves pour conclure à une dépression courent aussi des risques élevés de dépression clinique et de comportement suicidaire vers l'âge de 25 ans (Fergusson *et al.*, 2005). Voilà donc pourquoi il est important de tenir compte de tout signe annonciateur de dépression. Ces signes se manifestent souvent à travers des changements de comportement chez l'adolescent. Par exemple, un jeune d'ordinaire plutôt sociable et enjoué peut s'isoler progressivement et en arriver à rompre les contacts sociaux qu'il entretenait. La psychothérapie représente une option de traitement pour les adolescents ayant des symptômes dépressifs. Toutefois, l'analyse de toutes les études disponibles révèle que la psychothérapie, qu'elle soit cognitive ou non, serait surtout efficace à court terme, ses effets ne durant qu'environ un an (Weisz, McCarty et Valeri, 2006). La plupart des essais cliniques montrent que le traitement le plus efficace pour traiter la dépression chez les adolescents consiste à combiner un traitement pharmacologique (antidépresseurs) à de la psychothérapie (March et The TADS Team, 2007).

À propos de l'intervention, plusieurs stratégies sont utilisées par les intervenants. Dans un premier temps, l'éducation émotionnelle (l'élargissement du vocabulaire émotionnel des adolescents) et la restructuration cognitive (la prise de conscience et la modification des pensées ou croyances irrationnelles qui entretiennent les émotions négatives) représentent des cibles d'intervention primordiales. Par ailleurs, l'enseignement d'habiletés interpersonnelles à l'aide de jeux de rôles permet de mieux outiller les adolescents face à leur entourage et les aide à briser l'isolement social propice au maintien des symptômes dépressifs. De plus, la famille constitue une cible d'intervention de choix dans la prévention de la dépression chez les adolescents. Des rencontres avec les parents sont fortement suggérées dans plusieurs programmes d'intervention puisqu'elles visent à favoriser une meilleure compréhension de la dépression, à discuter des effets potentiels sur la famille et à aider à améliorer la communication entre les membres de la famille (Marcotte, 2013).

## 9.2.6 La mortalité à l'adolescence

Les décès à l'adolescence sont non seulement tragiques, mais aussi le plus souvent accidentels et donc fréquemment évitables (Hoyert *et al.*, 2006).

## Les décès accidentels

Comme nous l'avons vu dans l'encadré 9.1 (*voir la page 278*), les accidents de la route représentent l'une des principales causes de décès chez les adolescents au Québec. En 2011, 18,7% des victimes d'accidents de la route étaient âgées entre 15 et 24 ans. Malgré le pourcentage élevé, on assiste néanmoins à une diminution par rapport aux données des enquêtes précédentes (24% en 2006) (SAAQ, 2012; 2013). Les collisions sont aussi plus susceptibles d'être mortelles lorsqu'il y a des adolescents dans le véhicule, la présence des pairs étant un élément incitatif à conduire dangereusement, comme nous l'avons vu plus haut. En outre, l'incidence élevée de la conduite en état d'ébriété chez les adolescents contribue également à ces statistiques en matière de décès liés à des accidents de la route.

## Le suicide

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans. En 2009, 41 jeunes âgés entre 15 et 19 ans se sont ainsi donné la mort au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2009). En dépit de cette réalité dramatique, ceci représente une baisse encourageante par rapport aux années précédentes (8,1 par 100 000 habitants en 2009 contre 11,2 en 2005). Par ailleurs, les hommes demeurent les plus à risque. En effet, deux fois plus d'adolescents que d'adolescentes se suicident chaque année (Institut national de santé publique du Québec, 2011). Toutefois, pour la première fois depuis de nombreuses années, le Québec se situe en dessous de la moyenne canadienne pour le taux de suicide chez les 15-19 ans (8,1 contre 9,0 en 2009) (Institut national de santé publique du Québec, 2011; Statistique Canada, 2012a). Ainsi, pour la période 2008-2010, le taux de suicide le plus bas se retrouve chez les 15-19 ans (10,8 pour les garçons et 3,8 chez les filles par 100 000 habitants) (Institut national de santé publique du Québec, 2013). Toutefois, cette baisse qui a commencé durant les années 2000 est surtout observable dans les grandes régions urbaines (Grand Montréal, Québec, Outaouais et Estrie), les taux de suicide demeurant encore élevés dans les régions où la densité de population est plus faible (Association québécoise de prévention du suicide, 2010). Par ailleurs, une étude récente montre que le taux de suicide est cinq fois plus élevé chez les jeunes Inuits comparativement aux adolescents non autochtones du reste du Canada (Statistique Canada, 2012).

Si les garçons présentent le plus grand nombre de décès par suicide, ce sont toutefois les filles qui commettent le plus de tentatives et qui sont hospitalisées en plus grand nombre. Cette différence serait due aux moyens plus efficaces utilisés par les garçons, qui choisissent plus souvent d'utiliser la pendaison et non l'empoisonnement par la consommation excessive de médicaments. Les jeunes qui ont des pensées suicidaires ou qui tentent de se suicider ont tendance à avoir des antécédents de problèmes émotionnels ou relationnels, certains ayant souffert de maltraitance pendant leur enfance. Ils ont tendance à avoir une faible opinion d'eux-mêmes, à se sentir plus désespérés, à avoir peu de contrôle sur leurs impulsions et à avoir une faible tolérance à la frustration et au stress. Ces jeunes sont aussi souvent détachés de leurs parents et sont souvent isolés socialement (Brent et Mann, 2006; Marcotte, 2013).



### FAITES LE POINT

3. Quels sont les principaux constats à faire par rapport à l'embonpoint et à l'obésité chez les adolescents ?
4. De quelle façon la consommation d'alcool, de marijuana et de tabac s'est-elle modifiée au cours des dernières années ?
5. Quelle est la fréquence et quels sont les symptômes associés à la dépression chez l'adolescent ?
6. Myriam a souffert d'anorexie pendant plusieurs années. Depuis quelque temps, elle a retrouvé un poids normal, mais elle semble toujours éprouver une grande détresse psychologique. Que pourrait-on expliquer à ses parents pour les aider à mieux comprendre la situation de leur fille ?

## 9.3 Le développement cognitif

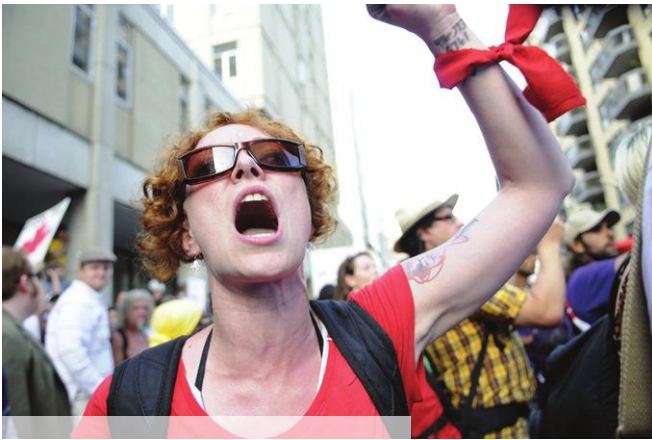
À l'adolescence, la plupart des jeunes en santé ont un corps mature et un esprit vif. Ils n'ont pas seulement l'air différent des enfants plus jeunes : ils pensent et parlent aussi d'une autre façon. Bien que leur pensée reste encore immature dans certains domaines, la plupart d'entre eux sont désormais tout à fait capables de raisonner de façon abstraite, de porter des jugements moraux complexes et de planifier leur avenir de façon plus réaliste.

### 9.3.1 Le stade des opérations formelles de Piaget

Les adolescents atteignent ce que Piaget appelle « le niveau le plus élevé de développement cognitif », soit le **stade des opérations formelles** ou **stade formel**, lorsqu'ils possèdent la capacité de penser abstraitement. Ce développement, qui se produit généralement vers l'âge de 12 ans, leur permet de traiter de l'information plus complexe avec plus de souplesse. Les adolescents ne sont plus limités au « ici et maintenant » : ils sont dorénavant capables de se détacher des contingences du réel pour envisager de multiples possibilités. Ils peuvent utiliser des symboles pour en représenter d'autres (par exemple, utiliser la lettre  $x$  pour représenter un chiffre inconnu) et peuvent donc apprendre l'algèbre et le calcul infinitésimal. Ils sont aussi plus en mesure d'apprécier les métaphores et les allégories, et donc de trouver des significations plus riches dans la littérature. Enfin, ils peuvent imaginer des possibilités, formuler et tester des hypothèses.

#### Stade des opérations formelles ou stade formel

Selon Piaget, quatrième et dernier stade du développement cognitif (12 ans et plus) au cours duquel l'individu acquiert la capacité de penser abstraitement.



#### La pensée abstraite

L'idéalisme est une conséquence émotionnelle de la capacité de l'adolescent de penser abstraitement.

Cette capacité de raisonner abstraitement a des conséquences émotionnelles. En effet, alors qu'un jeune enfant peut aimer un de ses parents ou détester un camarade de classe, l'adolescent peut également aimer la liberté ou détester l'exploitation, le possible et l'idéal captivant à la fois son esprit et ses sentiments.

#### Le raisonnement hypothético-déductif

Le problème classique du pendule, mis au point par Piaget, permet d'observer les progrès résultant du passage au stade des opérations formelles. On présente à un enfant un pendule (un poids qui pend au bout d'une corde) et on lui montre comment il peut modifier chacun des facteurs suivants : la longueur de la corde, le poids de l'objet, la hauteur d'où on le laisse pendre et la force qu'il peut utiliser pour mettre ce pendule en mouvement. On lui demande ensuite de découvrir quel facteur ou quelle combinaison de facteurs détermine la vitesse du mouvement du pendule. On présente à trois reprises ce même problème du pendule à l'enfant, soit lorsque celui-ci est âgé de 7, 10 et 15 ans.

À 7 ans, soit au stade préopératoire, l'enfant est encore incapable de formuler un plan pour tenter de résoudre le problème posé et ne fait que proposer une solution après l'autre, au hasard. Par exemple, il place d'abord un poids léger au bout d'une longue ficelle, puis un poids plus lourd sur une ficelle courte, et retire ensuite complètement le poids. Non seulement l'enfant agit par essais-erreurs, mais il est aussi incapable de comprendre ou d'expliquer ce qui s'est alors produit.

À 10 ans, soit l'âge des opérations concrètes, sa plus grande maturité cognitive permet alors à l'enfant de découvrir que la différence de longueur de la ficelle et la différence de poids de l'objet ont une influence sur la vitesse de mouvement du pendule. Cependant, étant donné qu'il fait varier les deux facteurs à la fois, il ne peut encore déterminer lequel est plus essentiel ou si les deux le sont.

À 15 ans, soit l'âge des opérations formelles, l'enfant est capable de formuler un plan pour résoudre le problème posé et de tester des hypothèses. Il découvre que la vitesse de mouvement du pendule est proportionnelle à la racine carrée de la longueur de la ficelle et inversement proportionnelle à la racine carrée du poids de l'objet.



Or, à 15 ans, l'adolescent aborde maintenant le problème de façon systématique. Il conçoit une expérience qui va lui permettre de tester toutes les hypothèses possibles en ne faisant varier qu'un seul facteur à la fois (d'abord la longueur de la corde, ensuite le poids de l'objet, puis la hauteur d'où on le tient et, enfin, la force utilisée pour le mettre en mouvement). Grâce à cette méthode, il parvient alors à déterminer que seule la longueur de la corde agit sur la vitesse du pendule.

La solution trouvée par l'adolescent au problème du pendule montre que celui-ci est désormais capable de **raisonnement hypothético-déductif** : il peut concevoir une hypothèse et planifier une expérience pour la vérifier systématiquement. Le raisonnement hypothético-déductif est donc un outil qui permet à l'adolescent de résoudre différents problèmes, qu'il s'agisse de réparer sa bicyclette ou d'élaborer une théorie politique.

Piaget attribue le passage au raisonnement formel à une combinaison de deux éléments essentiels : la maturation du cerveau et les plus larges occasions de stimulation provenant de l'environnement. Comme pour le développement des opérations concrètes, la scolarisation et la culture jouent en effet un rôle que Piaget finit ici par reconnaître. En effet, lorsqu'on a présenté le même problème du pendule à des adolescents de Nouvelle-Guinée et du Rwanda, aucun n'a pu le résoudre, alors que des enfants chinois de Hong Kong qui avaient fréquenté des écoles britanniques ont obtenu d'aussi bons résultats que les enfants américains ou européens (Gardiner et Kosmitzki, 2005). Apparemment, le raisonnement formel serait une habileté apprise dont la nécessité et la valeur ne seraient pas considérées également par toutes les cultures.

### L'évaluation de la théorie de Piaget

Bien que les adolescents soient capables de penser de façon plus abstraite que les enfants, un débat entoure l'âge précis auquel ce progrès apparaît. Les écrits de Piaget fournissent de nombreux exemples d'enfants qui manifestent certains aspects de la pensée scientifique bien avant l'adolescence. En même temps, Piaget semble avoir surestimé certaines capacités cognitives chez les adolescents. En effet, près du tiers ou de la moitié des jeunes de plus de 15 ans et des adultes semblent incapables d'un raisonnement abstrait tel que le définit Piaget (Gardiner et Kosmitzki, 2005 ; Kohlberg et Gilligan, 1971). Quant à ceux qui en sont capables, ils ne l'utilisent pas toujours. De plus, la théorie de Piaget ne tient pas adéquatement compte de plusieurs progrès cognitifs en matière de traitement de l'information, et plus particulièrement du rôle joué par la métacognition, dont nous avons parlé dans le chapitre 7, soit la fonction exécutive avancée qui nous permet de « penser à ce à quoi nous pensons ».

Piaget a porté peu d'attention aux différences individuelles, aux variations chez un même enfant qui effectue différentes tâches, ou aux influences culturelles et sociales. Toutefois, dans ses dernières années, il a reconnu avoir négligé le rôle essentiel de la situation, qui peut influencer la pensée de l'enfant. En effet, les recherches néopiagésiennes suggèrent que les processus cognitifs des enfants sont étroitement liés au contexte du problème, à son contenu particulier (ce que l'enfant en pense) ainsi qu'au type d'information et de réflexion qu'une culture considère comme important (Kuhn, 2006).

### 9.3.2 Les changements dans le traitement de l'information

Les modifications dans la façon dont les adolescents traitent l'information reflètent la maturation des lobes frontaux du cerveau et pourraient expliquer les progrès cognitifs décrits par Piaget. En effet, l'atrophie ou le renforcement de certaines connexions neuronales dépend fortement de l'expérience. C'est pourquoi les progrès dans le traitement cognitif varient énormément d'un adolescent à l'autre (Kuhn, 2006). Les chercheurs qui étudient le traitement de l'information ont déterminé deux grandes catégories de changements mesurables en matière de cognition chez les adolescents : les modifications structurelles et les modifications fonctionnelles (Eccles, Wigfield et Byrnes, 2003).

#### Raisonnement hypothético-déductif

Selon Piaget, capacité d'élaborer, d'envisager et de tester des hypothèses qui peuvent porter sur des objets ou des situations issus du monde réel ou non. Ce type de raisonnement est caractéristique de la pensée au stade formel.

## Les modifications structurelles

Chez l'adolescent, les modifications structurelles comprennent les changements dans la capacité de la mémoire de travail ainsi que la quantité croissante des connaissances stockées dans la mémoire à long terme.

La capacité de la mémoire de travail continue d'augmenter à l'adolescence. Or, l'expansion de cette mémoire permet aux adolescents plus âgés de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions complexes contenant de multiples données. De leur côté, les connaissances stockées dans la mémoire à long terme peuvent prendre trois formes : déclarative, procédurale ou conceptuelle.

### Connaissance déclarative

Connaissance factuelle acquise par un individu.

### Connaissance procédurale

Connaissance concernant le savoir-faire et les habiletés acquises par un individu.

### Connaissance conceptuelle

Compréhension qu'un individu a des situations ou des concepts abstraits.

- La **connaissance déclarative** (« savoir que... ») est composée de toutes les connaissances factuelles qu'un individu a acquises (par exemple, savoir que  $2 + 2 = 4$  et que Jacques Cartier a découvert le Canada en 1534).
- La **connaissance procédurale** (« savoir comment... ») représente toutes les habiletés acquises (par exemple, savoir multiplier, diviser, conduire une automobile ou se servir d'un ordinateur).
- La **connaissance conceptuelle** (« savoir pourquoi... ») renvoie enfin à la compréhension qu'a un individu des situations ou des concepts abstraits (par exemple, comprendre pourquoi une équation algébrique reste vraie si l'on ajoute ou soustrait la même valeur dans chacune de ses expressions).

## Les modifications fonctionnelles

Les processus visant à obtenir de l'information, à la gérer et à la retenir représentent les aspects fonctionnels de la cognition. Il s'agit entre autres de l'apprentissage, de la mémoire et du raisonnement, des habiletés qui s'améliorent toutes à l'adolescence.

Parmi les changements fonctionnels les plus importants, on observe notamment une augmentation continue de la vitesse du traitement de l'information et la poursuite du développement des fonctions exécutives, qui comprennent des habiletés comme l'attention sélective, la prise de décision, le contrôle inhibiteur des réactions impulsives et la gestion de la mémoire de travail. La capacité de gérer ses propres processus mentaux, qui représente une fonction exécutive avancée, constitue sans doute le progrès majeur de la pensée adolescente (Kuhn, 2006). Toutefois, ces habiletés semblent se développer à des rythmes variés (Blakemore et Choudhury, 2006; Kuhn, 2006).

Dans une étude en laboratoire, des adolescents ont atteint, à 14 ans, un niveau de performance comparable à celui des adultes en matière d'inhibition de la réaction, à 15 ans en matière de rapidité de traitement et à 19 ans en matière de mémoire de travail (Luna *et al.*, 2004). Cependant, ces améliorations observées en laboratoire ne reflètent pas nécessairement la vie réelle, dans laquelle le comportement dépend aussi de la motivation de l'individu et de la régulation de ses émotions. Or, l'immaturation du cerveau chez l'adolescent peut encore faire en sorte que les sentiments l'emportent sur la raison. C'est le cas de William, dans la mise en situation, qui conduit en état d'ébriété tout en textant au volant.



### 9.3.3 Le développement du langage

Grâce à la pensée formelle, les adolescents peuvent maintenant définir des concepts abstraits comme l'amour, la justice et la liberté et en discuter. Ils utilisent plus fréquemment des termes comme « cependant », « donc » et « probablement » pour exprimer des relations logiques. Ils deviennent aussi plus conscients des mots en tant que symboles pouvant avoir de multiples significations et c'est pourquoi ils aiment faire des jeux de mots et utiliser des métaphores. Parvenus à 16 ou 18 ans, les adolescents connaissent approximativement 80 000 mots. De plus, les adolescents améliorent leurs compétences en ce qui a trait à la coordination sociale des points de vue, soit la

capacité de comprendre le point de vue de l'autre, de mesurer son niveau de connaissances et de s'exprimer en tenant compte de ces facteurs. Cette habileté leur est essentielle pour persuader quelqu'un ou simplement pour discuter.

Par ailleurs, conscients de leur public, les adolescents parlent une langue différente avec leurs pairs et avec les adultes (Owens, 1996). Le linguiste canadien Marcel Danesi (1994) soutient que le langage adolescent constitue un *pubilecte*, soit un dialecte à part ou un « dialogue social de la puberté ». Comme tout autre code linguistique, le pubilecte sert à renforcer l'identité du groupe et à en exclure les étrangers (les adultes). Il se caractérise par des changements rapides dans le vocabulaire. Aussi, bien que certains termes passent dans le langage courant, les adolescents en inventent sans cesse de nouveaux. Ils diront par exemple « chill » pour signifier que quelque chose est agréable. Leur vocabulaire peut toutefois différer selon le sexe, l'appartenance ethnique, l'âge, la région géographique, le quartier et le type d'école, et il peut donc varier d'un groupe à l'autre. Ce discours vient cimenter les liens de l'adolescent avec le groupe dont il adopte le langage et fait partie du développement de son identité (Elkind, 1998).



#### L'esprit critique de l'adolescent

L'adolescent qui exerce ses nouvelles habiletés cognitives se retrouve plus souvent en confrontation avec les figures d'autorité.

### 9.3.4 L'égoïsme de l'adolescent et la théorie d'Elkind

Même si la pensée de l'adolescent a progressé à bien des égards, elle reste encore immature. Ainsi, l'adolescent a souvent tendance à être excessivement critique, à argumenter, à se montrer indécis sur les choix les plus simples et à penser que le monde entier tourne autour de sa personne.

D'après le psychologue David Elkind (1984), ce sont là autant de traits qui dénotent la persistance d'un certain égoïsme, attribuable au manque d'expérience de l'adolescent dans l'utilisation de ses nouvelles capacités cognitives, et qui transforment radicalement sa vision de lui-même et de son environnement. Le tableau 9.3 présente les manifestations découlant de cet égoïsme.



Quelles sont les différentes manifestations de l'égoïsme de William ?

**TABLEAU 9.3** L'égoïsme à l'adolescence (selon Elkind)

Comportement égoïste	Explication	Exemple
Illusion d'invincibilité	L'adolescent se croit à l'abri de tous les dangers.	Camille a des relations sexuelles non protégées, tandis que son petit ami Samuel collectionne les excès de vitesse et texte constamment au volant de sa voiture.
Fabulations personnelles	L'adolescent pense avoir un destin privilégié et ne pas être régi par les règles couramment en usage.	Karim est convaincu qu'il va devenir une « rock star » et qu'il sera connu mondialement.
Conscience de soi excessive	L'adolescent est convaincu qu'un observateur s'intéresse à lui, à ses pensées et à ses actions autant qu'il le ferait lui-même.	Laurie est convaincue que tout le monde observe le bouton qu'elle a sur le front.
Indécision	L'adolescent est incapable de prendre des décisions par rapport à des choses très simples de la vie quotidienne.	Julianne n'arrive pas à choisir ce qu'elle va porter pour aller à l'école.
Hypocrisie apparente	L'adolescent prône certaines valeurs, mais agit à l'encontre de celles-ci.	Norberto a la cause écologique très à cœur, mais il ne se soucie guère de la pollution que produit sa vieille voiture.
Idéalisme et esprit critique	L'adolescent se plaît à imaginer un monde idéal qui est souvent bien loin du monde réel qui l'entoure. Il exerce son esprit critique sur les figures d'autorité, en particulier sur ses parents.	Émilie est portée à toujours rendre ses parents responsables de son malheur et à les critiquer de façon péremptoire.
Propension à la discussion et à l'argumentation	L'adolescent ne manque pas une occasion d'argumenter.	Olivier négocie longtemps avec ses parents lorsqu'il s'agit de l'heure à laquelle il doit rentrer le soir.

**FAITES LE POINT**

7. Quelles sont les habiletés nouvelles qu'acquiert l'adolescent lorsqu'il atteint le stade des opérations formelles ?
8. De quelle façon le langage se modifie-t-il lors du passage à l'adolescence ?
9. Quelles sont les principales manifestations de l'égoïsme chez l'adolescent ?

## 9.4 Le développement moral

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 7, Piaget considère que le raisonnement moral suit le développement cognitif. Ainsi, au fur et à mesure que les enfants atteignent des niveaux cognitifs plus avancés, ils sont capables de raisonnements plus complexes sur des questions morales. Leur tendance à l'altruisme et à l'empathie augmente également. Les adolescents sont donc plus susceptibles de tenir compte du point de vue de l'autre, de résoudre des problèmes sociaux, de gérer les relations interpersonnelles et de se voir eux-mêmes en tant qu'êtres sociaux, ce qui favorise leur développement moral. Nous allons maintenant voir la théorie énoncée par Kohlberg sur ce type de développement.

### 9.4.1 La théorie de Kohlberg

Influencé par les travaux de Piaget, Kohlberg avance que le développement cognitif constitue la base du développement moral et permet d'expliquer les différentes formes de raisonnement moral qui commencent à se former dès l'enfance. Pour évaluer ces raisonnements moraux, Kohlberg a conçu des dilemmes moraux qu'il soumettait à des enfants, à des adolescents ou à des adultes. Le plus connu est le dilemme de Heinz : la femme de Heinz est très malade et va bientôt mourir d'un cancer. Or, un pharmacien a découvert un médicament qui, d'après les médecins, pourrait la sauver. Il demande 2 000 \$ pour une petite dose de ce médicament, soit 10 fois plus que ce qu'elle coûte à produire. Heinz emprunte donc de l'argent à tous ceux qu'il connaît, mais ne réussit à réunir que 1 000 \$. Il supplie alors le pharmacien de lui vendre le médicament pour 1 000 \$ ou de lui permettre de payer le reste plus tard. Ce dernier refuse toutefois, invoquant qu'il a découvert ce médicament et veut en tirer profit. Désespéré, Heinz pénètre finalement par effraction dans la pharmacie pour voler le médicament. Après avoir exposé ces faits à l'enfant, on lui demande alors : Heinz a-t-il eu raison ou tort ? Pourquoi ? (Kohlberg, 1969)

Le dilemme de Heinz est l'exemple le plus connu de l'approche utilisée par Kohlberg pour étudier le développement moral. Dès les années 1950, Kohlberg et ses collègues ont commencé à soumettre des dilemmes moraux hypothétiques à 75 garçons âgés de 10, 13 et 16 ans et ont continué de les interroger périodiquement durant plus de 30 ans. Le concept de justice était au cœur de chaque dilemme. Ce qui intéressait Kohlberg n'était pas la réponse donnée par les garçons, mais bien la façon dont ils la justifiaient. En effet, puisque c'est le raisonnement de la personne relativement au dilemme moral qui indique son stade de développement moral et non la réponse en soi, deux personnes qui fournissent des réponses opposées peuvent en être au même stade de développement si leur raisonnement se base sur des facteurs similaires.

#### Les niveaux et les stades du développement moral

Pour Kohlberg, comme pour Piaget, le développement moral se produit selon des stades, même si la théorie de Kohlberg est beaucoup plus complexe que celle de

Piaget. En effet, Kohlberg a décrit trois niveaux de raisonnement moral comportant chacun deux stades différents (voir le tableau 9.4).

- Niveau I: **Morale préconventionnelle**. À ce niveau, l'individu agit sous le contrôle externe. Il obéit aux lois pour éviter la punition ou obtenir une récompense. Ce niveau est typique des enfants âgés de 4 à 10 ans. Par ailleurs, certains adolescents, et même certains adultes, ne dépassent jamais le niveau I. Par exemple, l'adolescent s'arrête au feu rouge par crainte d'avoir une contravention.
- Niveau II: **Morale conventionnelle**. Parvenu à ce deuxième niveau, l'individu a intériorisé les normes des figures d'autorité. Il est préoccupé d'être « le bon garçon ou la bonne fille », de plaire aux autres et de maintenir l'ordre social. Ce niveau est généralement atteint à partir de 10 ans. La plupart des adolescents et des adultes semblent se situer à ce niveau. L'adolescent s'arrête au feu parce que c'est la loi.
- Niveau III: **Morale postconventionnelle** (ou morale des principes moraux autonomes). L'individu reconnaît les conflits qui existent entre les principes moraux et se forge son propre jugement basé sur les principes de droiture, d'équité et de justice. Généralement, l'individu n'atteint pas ce niveau de raisonnement moral avant l'adolescence, et plus communément à l'âge adulte. Par ailleurs, tous les gens n'atteignent pas ce niveau. L'adolescent s'arrête au feu parce qu'il est conscient que ce comportement contribue au bien-être et à la sécurité collective.

#### Morale préconventionnelle

Selon Kohlberg, premier niveau de la théorie du développement moral, caractérisé par un contrôle extérieur et par le respect de règles afin d'obtenir des récompenses, de se soustraire aux punitions ou de satisfaire ses propres intérêts.

#### Morale conventionnelle

Selon Kohlberg, deuxième niveau de la théorie du développement moral, caractérisé par l'intériorisation des normes des figures d'autorité et la conformité aux conventions sociales.

#### Morale postconventionnelle

Selon Kohlberg, troisième niveau de la théorie du développement moral, dans lequel l'individu obéit à des principes moraux complètement intériorisés et peut choisir entre des normes morales conflictuelles.

**TABLEAU 9.4** Les six stades du raisonnement moral selon Kohlberg

Niveau	Stade de raisonnement	Réponse type au dilemme de Heinz
Niveau I : morale préconventionnelle (de 4 à 10 ans)	<b>Stade 1 : orientation vers la punition et l'obéissance</b>  <i>Qu'est-ce qui va m'arriver ?</i>  L'enfant se conforme aux règles pour éviter d'être puni. Il ignore les mobiles d'un acte et ne considère que sa forme physique (comme l'importance d'un mensonge) ou ses conséquences (l'ampleur des dégâts).	<b>Pour :</b> « Il devrait voler le médicament. Ce n'est pas vraiment mal de le prendre. Ce n'est pas comme s'il n'avait pas demandé de le payer. Le médicament qu'il veut prendre ne vaut que 200 \$, ce n'est pas comme s'il prenait un médicament de 2 000 \$.»  <b>Contre :</b> « Il ne devrait pas voler le médicament. C'est un crime grave. Il n'a pas obtenu la permission ; il a fait usage de la force et est entré par effraction. Il a causé beaucoup de dommages et a volé un médicament très cher. »
	<b>Stade 2 : orientation vers l'objectif et l'échange</b>  <i>C'est donnant-donnant.</i>  L'enfant se conforme aux règles par intérêt personnel et en fonction de ce que les autres peuvent faire pour lui. Il juge une action d'après les besoins humains auxquels elle répond et distingue cette valeur de la forme physique et des conséquences de l'action.	<b>Pour :</b> « Il a le droit de voler le médicament, parce que sa femme en a besoin et il veut qu'elle survive. Ce n'est pas qu'il ait envie de voler, mais il doit le faire s'il veut sauver sa femme. »  <b>Contre :</b> « Il ne devrait pas voler le médicament. Le pharmacien n'a pas tort et il n'est pas méchant ; il veut simplement faire un profit. C'est pour cela qu'il a un magasin : pour faire de l'argent. »
Niveau II : morale conventionnelle (de 10 à 13 ans et plus)	<b>Stade 3 : maintien des bonnes relations et obtention de l'approbation des autres</b>  <i>Suis-je un bon petit garçon ou une bonne petite fille ?</i>  L'enfant cherche à plaire aux autres, à les aider ; il peut juger des intentions des autres et développer sa propre idée de ce qu'est une bonne personne. Il évalue un acte selon le motif ou la personne qui l'accomplit et il peut tenir compte des circonstances.	<b>Pour :</b> « Il devrait voler le médicament. Il s'agit simplement d'un geste naturel que tout bon mari poserait. On ne peut pas lui en vouloir d'agir par amour pour sa femme. On pourrait lui en vouloir s'il n'aimait pas assez sa femme pour la sauver. »  <b>Contre :</b> « Il ne devrait pas voler le médicament. Si sa femme meurt, on ne devrait pas lui en vouloir. Ce n'est pas parce qu'il est sans cœur ou qu'il ne l'aime pas assez pour faire tout ce qu'il peut dans les limites de la loi. C'est le pharmacien qui est égoïste et sans cœur. »

TABLEAU 9.4 Les six stades du raisonnement moral selon Kohlberg (*suite*)

Niveau	Stade de raisonnement	Réponse type au dilemme de Heinz
	<p><b>Stade 4 : préoccupation et conscience sociales</b></p> <p><i>Et si tout le monde en faisait autant ?</i></p> <p>L'individu veut remplir son devoir, respecter l'autorité et préserver l'ordre social. Pour lui, tout acte qui viole un règlement ou qui nuit aux autres est mauvais, peu importe le motif et les circonstances.</p>	<p><b>Pour :</b> « Heinz doit voler le médicament, car s'il ne fait rien, il laisse mourir sa femme. C'est donc de sa responsabilité de le faire, mais avec l'intention de rembourser le pharmacien plus tard. »</p> <p><b>Contre :</b> « Il est normal que Heinz veuille sauver sa femme, mais on n'a pas le droit de voler. Il sait qu'il prend un médicament précieux pour celui qui l'a fabriqué. »</p>
<p><b>Niveau III : morale postconventionnelle</b> (début de l'adolescence, début de l'âge adulte ou jamais)</p>	<p><b>Stade 5 : moralité du contrat, des droits individuels et de la loi acceptée démocratiquement</b></p> <p><i>La loi, c'est la loi et elle doit être respectée.</i></p> <p>L'individu pense selon des critères rationnels, en attribuant de la valeur à ce que veut la majorité et au bien-être de la société. Il considère généralement que le respect des lois est nécessaire pour protéger ces valeurs. Même s'il reconnaît qu'il peut arriver que des conflits existent entre les besoins de l'individu et la loi, il estime qu'à long terme, il est dans l'intérêt de la société de se conformer aux lois.</p>	<p><b>Pour :</b> « La loi n'a pas été pensée pour ce genre de circonstances. Dans ce cas-ci, prendre le médicament n'est pas vraiment bien, mais c'est justifié. »</p> <p><b>Contre :</b> « On ne peut pas blâmer complètement quelqu'un qui vole, mais même des circonstances extrêmes ne justifient pas vraiment le fait de faire sa propre loi. On ne peut pas permettre aux gens de voler lorsqu'ils sont désespérés. La fin peut être bonne, mais elle ne justifie pas les moyens. »</p>
	<p><b>Stade 6 : moralité des principes éthiques universels</b></p> <p><i>Est-ce que ce que je fais favorise le bien-être collectif ?</i></p> <p>L'individu fait ce qu'il considère personnellement être bien, sans tenir compte des contraintes légales ni de l'opinion des autres. Il agit conformément à des principes intérieurs, sachant qu'il se condamnerait lui-même s'il ne le faisait pas.</p>	<p><b>Pour :</b> « Cette situation force Heinz à choisir entre voler le médicament et laisser mourir sa femme. Dans ce genre de situation, il est moralement correct de voler. Il doit agir conformément au principe du maintien et du respect de la vie. »</p> <p><b>Contre :</b> « Heinz doit décider s'il tient compte des autres personnes qui ont besoin du médicament tout autant que sa femme. Il ne doit pas agir selon ses sentiments pour sa femme, mais en tenant compte de la valeur de la vie de toutes les personnes impliquées. »</p>

Sources : Adapté de Kohlberg, 1969 ; Lickona, 1976.

Dans la théorie de Kohlberg, c'est le raisonnement qui sous-tend la réponse d'une personne à un dilemme moral qui détermine son niveau de développement moral, et non la réponse en soi.



À quel niveau du développement moral de Kohlberg semble se situer William dans la mise en situation ? Justifiez votre réponse.

Kohlberg a également ajouté un niveau transitoire entre les niveaux II et III, soit lorsque les personnes ne se sentent plus liées par les normes morales de la société, mais qu'elles n'ont pas encore déterminé leurs propres principes de justice et fondent plutôt leurs décisions morales sur des sentiments personnels. En effet, selon Kohlberg, pour être capables d'atteindre le niveau III, celui de la morale postconventionnelle entièrement fondée sur des principes moraux autonomes, les individus doivent d'abord être capables de reconnaître le caractère relatif des normes morales. De nombreux jeunes remettent ainsi en question leurs opinions morales lorsqu'ils entrent au secondaire, au collège ou encore sur le marché du travail et qu'ils y rencontrent alors des personnes ayant des valeurs, une culture ou une origine ethnique différente des leurs. Comme peu de gens atteignent le niveau où ils peuvent choisir entre différentes normes morales, Kohlberg a remis en question la validité du stade 6 du niveau III, celui de la morale basée sur des principes éthiques universels, que très peu de gens semblent en réalité atteindre. Enfin, plus tard, Kohlberg a introduit un septième stade, le stade « cosmique », dans lequel les individus considèrent les effets de leurs actions non seulement sur les autres, mais aussi sur l'ensemble de l'univers (Kohlberg, 1981 ; Kohlberg et Ryncarz, 1990).

### L'évaluation de la théorie de Kohlberg

Kohlberg a profondément modifié la façon d'envisager le développement moral. Grâce à lui, au lieu de considérer la morale uniquement comme le contrôle des impulsions apportant une satisfaction personnelle, les chercheurs étudient désormais la façon dont les enfants et les adultes basent leurs jugements moraux sur leur compréhension croissante du monde social.

La recherche initiale a appuyé la théorie de Kohlberg. En effet, les enfants américains que Kohlberg et ses collègues ont suivis jusqu'à l'âge adulte ont progressé d'un stade à l'autre, en suivant chaque séquence, sans en sauter un seul. Cependant, des recherches plus récentes ont mis en doute la délimitation de certains des stades de Kohlberg (Eisenberg et Morris, 2004). Une étude sur les jugements portés par des enfants sur les infractions aux lois suggère que certains enfants peuvent démontrer une souplesse dans leur façon de raisonner sur ce sujet dès l'âge de six ans (Helwig et Jasiobedzka, 2001).

Une autre critique soutient que les individus qui ont atteint un niveau élevé de développement cognitif ne parviennent pas toujours à un niveau équivalent de développement moral. En fait, si un certain niveau de développement cognitif est nécessaire, il ne serait cependant pas suffisant pour atteindre le même niveau de développement moral. Ainsi, certains chercheurs suggèrent que le sens moral n'est pas motivé uniquement par des considérations abstraites sur la justice, mais aussi par des émotions comme l'empathie, la culpabilité et la détresse, et par l'intériorisation des normes sociales (Eisenberg et Morris, 2004).

De plus, le lien entre le raisonnement moral et le comportement moral n'est pas toujours clair. Par exemple, un adolescent, conscient que tricher à un examen enlève de la valeur à sa note puisqu'elle ne reflète pas ses connaissances et habiletés intellectuelles réelles, pourrait quand même choisir de plagier ou copier simplement parce que d'autres personnes le font. Certains autres facteurs, comme des situations particulières, la conception de la vertu et le souci des autres, contribueraient aussi au comportement moral (Colby et Damon, 1992; Fischer et Pruyne, 2003). Cependant, de façon générale, ce sont les adolescents les plus avancés dans leur raisonnement moral qui ont tendance à avoir des comportements plus moraux, à mieux s'adapter et à avoir plus de compétences sociales (Eisenberg et Morris, 2004).

Par ailleurs, ni Piaget ni Kohlberg n'ont considéré l'importance des parents pour le développement moral des enfants. Pourtant, des recherches plus récentes montrent que les adolescents soutenus par des parents de style démocratique, qui les incitent à remettre en question leur raisonnement moral et à en élargir la portée, ont tendance à raisonner à des niveaux plus élevés que les autres. Les pairs exercent aussi une influence sur le développement moral. Ainsi, le fait d'avoir plus d'amis intimes, de passer du temps de qualité avec eux et d'être perçu comme un leader est associé à un raisonnement moral plus élevé (Eisenberg et Morris, 2004).

En outre, le modèle de Kohlberg ne semble pas représenter aussi bien le raisonnement moral dans les cultures autres que la culture occidentale, dans laquelle il a été conçu (Eisenberg et Morris, 2004). Enfin, certains chercheurs, comme Carol Gilligan (1982, 1993), ont soulevé la présence de biais liés à l'appartenance sexuelle, biais qui pourraient limiter la portée du modèle de Kohlberg.

#### 9.4.2 La théorie de Gilligan

En se basant sur des recherches ciblant les femmes, Gilligan a affirmé que la théorie de Kohlberg était davantage axée sur des valeurs plutôt masculines, comme la justice. Selon elle, les femmes n'envisageaient pas tellement la moralité sous l'angle de la justice et de l'équité, mais bien sous celui de la responsabilité de prendre soin de l'autre

et d'éviter de lui nuire (Eisenberg et Morris, 2004). Toutefois, la recherche a peu étayé cette affirmation soutenant l'existence d'un biais masculin dans les stades de Kohlberg, ce qui a d'ailleurs conduit Gilligan à finalement modifier son opinion (Brabeck et Shore, 2003; Jaffee et Hyde, 2000). Les travaux de Gilligan seront discutés plus en détail au chapitre 11.

### 9.4.3 Les comportements prosociaux

#### Raisonnement moral prosocial

Type de raisonnement qui renvoie aux dilemmes moraux où, dans des situations où les règles ou les normes sociales sont floues ou inexistantes, les besoins et les désirs d'un individu sont en conflit avec ceux des autres.

Certains chercheurs ont étudié le **raisonnement moral prosocial** comme une solution de rechange au modèle de Kohlberg basé sur la justice. Le raisonnement moral prosocial renvoie aux dilemmes moraux dans lesquels les besoins et les désirs d'un individu sont en conflit avec ceux des autres, dans des situations où les règles ou les normes sociales sont floues ou inexistantes. Par exemple, une adolescente pourrait être déchirée entre son désir d'aller passer la soirée chez une amie qui célèbre son anniversaire et la volonté de ses parents qui lui demandent de garder son jeune frère. Une étude longitudinale a montré que le raisonnement prosocial, basé sur une réflexion personnelle portant sur les éventuelles conséquences et sur les valeurs et normes qui ont été intériorisées, augmentait avec l'âge, tout comme le comportement prosocial (Eisenberg et Morris, 2004). On sait par ailleurs que les filles ont tendance à se percevoir comme plus empathiques et prosociales que les garçons, et que leurs parents insistent plus sur les responsabilités sociales que les parents des garçons (Eisenberg et Morris, 2004). Comme on a pu le voir avec les jeunes enfants, les parents qui utilisent un style démocratique sont aussi plus susceptibles d'avoir des adolescents prosociaux que ceux qui emploient une discipline autocratique, basée sur l'affirmation du pouvoir. De plus, les adolescents qui s'impliquent dans des activités prosociales, comme le bénévolat, seraient plus susceptibles de devenir des adultes impliqués dans leur communauté (Eisenberg et Morris, 2004).



#### FAITES LE POINT

10. Quels sont les trois niveaux de jugement moral identifiés par Kohlberg?
11. Expliquez en quoi le raisonnement moral prosocial diffère du jugement moral de Kohlberg.
12. Martine est furieuse contre ses parents qui lui demandent de rendre des comptes après une fin de semaine passée seule à la maison. Elle argumente fortement pour justifier l'état lamentable des lieux et trouve injustifiée la réaction de ses parents à son égard. Comment expliquer le point de vue de Martine à la lumière des théories vues précédemment?

## 9.5 L'éducation et la formation professionnelle

Un plus grand nombre d'élèves terminent désormais leurs études secondaires. Au Québec, en 2011-2012, 75 % des jeunes ont obtenu leur diplôme d'études secondaires (Gouvernement du Québec, 2013). Les études ont également montré que 72 % des Québécoises et 68 % des Québécois détiennent un niveau d'études égal ou supérieur aux études postsecondaires (Institut de la statistique du Québec, 2009).

Toutefois, comme nous l'avons dit précédemment, un nombre encore trop important de jeunes décrochent avant même d'avoir terminé leur secondaire. C'est pourquoi il importe d'examiner les influences qui déterminent la réussite scolaire, la situation des jeunes décrocheurs ainsi que la planification des études et de l'activité professionnelle.



### 9.5.1 Les déterminants de la réussite scolaire

À l'adolescence, les facteurs qui influencent la réussite scolaire sont les mêmes qu'au primaire, soit les pratiques parentales, le statut socioéconomique et la qualité de l'environnement familial. D'autres facteurs tels que le sexe, l'appartenance ethnique, l'influence des pairs, la qualité de la scolarisation et la confiance en soi des élèves jouent également un rôle.

#### La motivation et le sentiment d'autoefficacité

Dans les pays occidentaux, les pratiques éducatives sont basées sur l'hypothèse voulant que les élèves soient motivés à apprendre (motivation intrinsèque) ou qu'ils puissent l'être. Malheureusement, plusieurs élèves ne possèdent pas cette motivation intrinsèque, laquelle décline souvent lorsqu'ils entrent au secondaire (Eccles, 2004; Larson et Wilson, 2004). Les réflexions orientées vers le futur, comme les espoirs et les rêves par rapport au futur emploi, sont associées à une plus grande réussite professionnelle et semblent s'expliquer par la participation aux activités parascolaires. Elles sont aidantes précisément parce qu'elles motivent les jeunes à participer à des activités qui sont liées au succès futur (Beal et Crockett, 2010).

Les recherches montrent toutefois que la motivation intrinsèque n'est pas suffisante à la réussite scolaire. Cette dernière est aussi fortement influencée par le fait que l'élève est conscient d'avoir un degré de pouvoir et de contrôle qu'il peut exercer sur sa réussite. Selon certains chercheurs, l'engagement cognitif, c'est-à-dire la qualité et le degré d'effort mental dépensé par un élève lors de l'accomplissement d'une tâche d'apprentissage, est essentiel à sa réussite. Ainsi, les élèves qui sont engagés sur le plan cognitif utilisent davantage les processus métacognitifs, et ils sont donc plus conscients et plus critiques quant à leur façon d'apprendre et de résoudre des problèmes; ils sont également en mesure d'apporter des modifications si leurs stratégies s'avèrent infructueuses (Barbeau, 2007).

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 7, les élèves qui ont un sentiment élevé d'autoefficacité sont plus susceptibles de réussir à l'école (Zimmerman, Bandura et Martinez-Pons, 1992). Une étude longitudinale américaine portant sur 140 élèves de deuxième année du secondaire a révélé que l'autodiscipline était deux fois plus importante que le QI en ce qui a trait à la performance scolaire et au fait d'être choisi pour suivre un programme scolaire très compétitif à la fin de l'année (Duckworth et Seligman, 2005). Par contre, il existe plusieurs cultures où l'éducation ne repose pas sur la motivation personnelle, mais sur des facteurs externes tels que les attentes familiales et sociétales, ou encore le respect de l'autorité. Par exemple, une étude a montré que les Canadiens d'origine asiatique affichaient des résultats scolaires supérieurs aux autres groupes ethniques et que cela pourrait s'expliquer, entre autres, par leur culture de performance (McAndrew, 2008). Ainsi, l'apprentissage scolaire est censé requérir des efforts intenses, et les élèves qui échouent ou qui sont en retard se sentent obligés de persévérer. D'autre part, cette même étude montre que cet effet culturel se dissipe à partir de la troisième génération, puisque les individus qui en ont souffert hésitent à être aussi durs avec leurs propres enfants. Par ailleurs, dans les pays en voie de développement, les problèmes de motivation apparaissent dérisoires si l'on considère les nombreux enjeux socioéconomiques qui ont des répercussions sur l'éducation: des écoles et des ressources éducatives inadéquates ou inexistantes, la nécessité pour l'enfant de travailler afin d'aider sa famille, les barrières à la scolarisation des filles ou des sous-groupes culturels et le mariage précoce (Larson et Wilson, 2004). C'est pourquoi, lorsque nous abordons les facteurs de la réussite scolaire, issus en grande partie d'études effectuées dans les pays occidentaux, il faut toujours se rappeler qu'ils ne s'appliquent pas à toutes les cultures.



#### L'autoefficacité de l'élève

La perception qu'a l'élève de la valeur d'une activité scolaire et de sa capacité à réussir favorise son succès.

## Le genre

Nous avons vu également dans le chapitre 7 qu'à l'âge scolaire, les filles tendent à mieux réussir que les garçons. Cette tendance se maintient à l'adolescence. Un test international mené auprès d'adolescents de 43 pays industrialisés révèle que, dans tous les pays, les filles obtiennent de meilleurs résultats en lecture que les garçons.

Les filles semblent se distinguer des garçons de plusieurs façons: elles ont de meilleures notes, elles lisent davantage et elles ont tendance à moins s'intéresser aux mathématiques (Cloutier et Drapeau, 2008). Par contre, les garçons ont de meilleures habiletés visuospatiales et sont généralement plus avancés en mathématiques et en sciences, même si cette différence relative au sexe est moins prononcée que pour la lecture (OCDE, 2004). De plus, lorsque les filles ont la chance d'exercer ce type d'habiletés, leur performance se rapproche de celle des garçons et peut même la surpasser (Spelke, 2005). D'ailleurs, des études québécoises soulignent le fait que les écarts de réussite entre les filles et les garçons sont nettement exagérés par certaines recherches. Selon un chercheur québécois, la seule matière où l'on trouve un réel retard des garçons par rapport aux filles est la langue d'enseignement (lecture et écriture), un phénomène qui serait observé dans l'ensemble des pays industrialisés (St-Amand, 2007). Selon lui, ce ne serait donc pas tant le sexe de l'élève qui influence les résultats scolaires que le milieu social d'origine, dont nous parlerons plus loin. À cet effet, les études montrent que plus on se rapproche des milieux ouvriers et populaires, plus les écarts entre les garçons et les filles risquent d'être marqués. Ces diverses études soulignent l'importance de nuancer davantage les différences relevées entre les garçons et les filles.

Par ailleurs, la recherche s'attarde à ces différences et tend à mettre de l'avant des explications biologiques et environnementales (Halpern *et al.*, 2007). En ce qui concerne les aspects biologiques, les filles ont plus de matière grise (corps cellulaires neuro-naux et connexions synaptiques ou connexions avoisinantes), mais les garçons ont plus de matière blanche (myéline) et de liquide céphalorachidien, lesquels entourent les trajectoires de l'influx nerveux les plus longues. Les chercheurs ont établi un lien entre cette meilleure connectivité et la performance visuelle et spatiale, utile en mathématiques et en sciences. D'autre part, selon certaines études, le corps calleux qui relie les deux hémisphères cérébraux est aussi plus large chez les filles que chez les garçons, ce qui permettrait un meilleur traitement du langage. Chez les filles, la taille des deux hémisphères du cerveau est plus proportionnée, alors que le cerveau des garçons est plus spécialisé. Ainsi, les filles seraient plus habiles dans les tâches faisant appel simultanément aux deux hémisphères, soit celles qui sont à la fois verbales et analytiques (cerveau gauche) et intuitives (cerveau droit). De leur côté, les garçons auraient tendance à utiliser les deux hémisphères d'une manière indépendante (Halpern *et al.*, 2007).

Enfin, en termes d'explications environnementales, les forces sociales et culturelles influencent aussi les différences entre les sexes par rapport à la réussite scolaire. À titre d'exemples, on pourrait mentionner les forces suivantes: l'engagement des parents dans l'éducation de leurs enfants, les différences subtiles dans la façon dont les enseignants traitent les filles et les garçons, particulièrement en mathématiques et en sciences, le fait d'habiter ou non un quartier défavorisé et les rôles des hommes et des femmes dans la société (Halpern *et al.*, 2007).

## Le statut socioéconomique

Le statut socioéconomique est un important prédicteur du succès scolaire. Le niveau de scolarité des parents et leur revenu affectent indirectement le niveau de scolarité de leurs enfants. Ces facteurs auraient une influence sur le style parental, les relations fraternelles ainsi que l'engagement académique de l'adolescent (Melby, Conger, Fang, Wickrama et Conger, 2008). Selon une étude portant sur la littératie en mathématiques menée auprès de jeunes de 15 ans dans 20 pays au revenu par habitant relativement

élevé, les élèves dont au moins un des parents avait lui-même une scolarité postsecondaire obtenaient de meilleurs résultats scolaires que ceux dont les parents avaient une scolarité inférieure (Hampden-Thompson et Johnston, 2006). On constate le même écart entre les élèves dont les parents avaient un statut professionnel élevé et ceux dont les parents avaient un statut professionnel moyen ou inférieur. Enfin, le fait de posséder plus de 200 livres à la maison était également associé à de meilleures performances scolaires, alors que le fait de vivre dans une famille avec les deux parents présents constituait un prédicteur important de la compétence en mathématiques.

### Les styles parentaux et l'influence des pairs

Dans les sociétés industrielles, le style parental démocratique est positivement associé à la réussite scolaire au cours de l'adolescence (Baumrind, 1991). Les parents démocratiques encouragent leurs adolescents à examiner les différentes facettes d'une situation, sollicitent leur participation dans les décisions familiales et admettent que, parfois, leurs enfants peuvent en savoir plus qu'eux. Ces parents manifestent donc un équilibre entre leurs demandes et leur réceptivité. Ils félicitent leurs enfants et leur accordent des privilèges lorsqu'ils ont de bons résultats; ils les encouragent aussi à faire mieux et les aident lorsque les résultats sont moins satisfaisants. De leur côté, les parents de type autoritaire refusent que leurs adolescents argumentent avec eux et exigent que ceux-ci se soumettent à toutes leurs demandes. Les bons résultats ne sont jamais suffisants et ils demandent à leurs adolescents de toujours faire mieux. Quant aux échecs, ils sont sévèrement punis. Enfin, les parents permissifs semblent indifférents aux réussites ou aux échecs de leurs adolescents, ils n'imposent pas de règles concernant la télévision, ne supervisent pas les devoirs ou le rendement scolaire de leurs enfants et ne leur apportent aucune aide. Par ailleurs, ces parents peuvent être à la fois chaleureux et disponibles; ils sont simplement convaincus que leurs adolescents sont responsables de leur propre éducation.

La grande implication des parents démocratiques et leurs encouragements pourraient être des facteurs primordiaux dans la réussite de leurs enfants puisqu'ils expliqueraient leur succès scolaire. Par ailleurs, des études québécoises démontrent que le style permissif des parents suscite plutôt de l'anxiété chez leurs enfants et les décourage dans leurs tentatives de réussite. Quant aux pratiques éducatives de type autoritaire, caractérisées par des critiques et des attentes élevées, elles viennent sabrer la confiance en soi des adolescents et les prédisposent à de piètres performances scolaires (Sénécal, Nadeau et Guay, 2003). En somme, les parents qui mettent l'accent sur la valeur de l'éducation, qui établissent des liens entre les performances scolaires et les objectifs de carrière futurs et qui discutent des stratégies d'apprentissage ont une incidence significative sur les performances scolaires de leurs adolescents (Hill et Tyson, 2009).

### L'école

La qualité de la scolarisation a une grande influence sur la réussite scolaire. Une bonne école secondaire offre un milieu ordonné et sécuritaire, des ressources matérielles adéquates, un personnel enseignant stable, et transmet aux élèves un sens positif de la communauté. La culture de l'école insiste aussi énormément sur les études et entretient la croyance selon laquelle tous les élèves peuvent apprendre. Elle offre également des activités parascolaires intéressantes. Enfin, les enseignants ont confiance en leurs élèves, les respectent, se soucient d'eux, ont des attentes élevées à leur égard et croient en leurs propres capacités d'aider les jeunes à réussir (Eccles, 2004).

En outre, les adolescents sont plus satisfaits de leur école s'ils sont autorisés à participer à l'établissement des règles et s'ils sentent que les enseignants et les autres élèves les appuient (Samdal et Dür, 2000). Des programmes d'enseignement significatifs,



### Le rôle de l'enseignant

L'enseignant a un rôle important à jouer dans le maintien de la motivation scolaire de l'élève ainsi que dans sa réussite.

stimulants et compatibles avec les champs d'intérêt, les compétences et les besoins des adolescents favorisent leur taux de satisfaction (Eccles, 2004). Finalement, une étude a révélé que les attentes élevées des enseignants représentent un prédictif positif stimulant la motivation à apprendre et la réussite des élèves. Quant aux rétroactions négatives des enseignants, elles sont un prédictif négatif de la performance scolaire et du comportement en classe (Wentzel, 2002).

### 9.5.2 Le décrochage scolaire

Même si, au Québec, le taux de décrochage a diminué considérablement au cours de la dernière décennie, il continue d'être préoccupant. Entre 2007 et 2010, 11,7 % des jeunes ont décroché avant de terminer leurs études secondaires (Statistique Canada, 2010). Le Québec affiche depuis quelques années la pire performance des provinces canadiennes. Même si l'écart entre les filles et les garçons s'est légèrement amenuisé au fil du temps, les jeunes hommes canadiens étaient plus nombreux que les filles à abandonner l'école secondaire en 2009-2010 (10,3 % contre 6,6 %) (Statistique Canada, 2010). De récentes études ont permis de nuancer les déterminants de l'abandon scolaire et de mieux comprendre ce phénomène. Ces recherches ont mis en évidence quatre types de décrocheurs : ceux qui ont des problèmes de motivation et d'intérêt, ceux qui vivent de l'exclusion causée par des problèmes de comportements, ceux qui vivent des symptômes dépressifs et ceux qui présentent des comportements antisociaux. Les études montrent aussi que le décrochage peut prendre racine dès la petite enfance et conduire à une accumulation d'expériences scolaires qui ont mené à des échecs au fil des ans (Marcotte, 2013 ; Potvin, 2012). Par ailleurs, les minorités ethniques sont elles aussi touchées par ce phénomène. Ainsi, l'abandon scolaire représente une des principales préoccupations chez les populations autochtones. Les études montrent en effet que les Autochtones du Québec sont beaucoup moins nombreux à atteindre les niveaux d'enseignement secondaire et postsecondaire. Ainsi, selon une enquête québécoise, plus de 40 % des Autochtones n'ont pas atteint la troisième année du secondaire, tandis que cette proportion est de 20 % pour l'ensemble du Québec. De plus, 75 % des jeunes autochtones âgés de 15 à 34 ans vivant dans les réserves n'ont jamais terminé leurs études secondaires, une situation qui augmente le sentiment d'isolement social et de discrimination (Gouvernement du Québec, 2009).



#### Le décrochage scolaire

Les décrocheurs courent le risque de vivre du chômage ou de l'aide sociale, et sont plus susceptibles de vivre des problèmes de toxicomanie et de délinquance.

Les conséquences de cette désertion massive des bancs d'école sont dramatiques, tant pour les jeunes que pour la société en général. En effet, les décrocheurs courent plus de risques que les diplômés de vivre du chômage ou de l'aide sociale, ils ont plus de difficultés à trouver du travail, doivent se contenter d'un emploi précaire ou de moindre qualité, ont des revenus plus bas et doivent travailler plus d'heures (Statistique Canada, 2010). Par ailleurs, ils sont plus susceptibles d'avoir des ennuis de santé ou de vivre des problèmes de toxicomanie et de délinquance. Pour l'État, cela se traduit par des pertes fiscales, par un ralentissement de la croissance économique, par une plus grande pénurie de main-d'œuvre qualifiée et par une pression plus lourde sur les programmes sociaux (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2009).

De leur côté, les jeunes adultes qui ont réussi leurs études secondaires sont plus susceptibles d'entreprendre des études postsecondaires, de trouver un emploi et de le conserver. Le facteur important qui les distingue de ceux qui décrochent est l'**engagement actif**, c'est-à-dire « l'attention, l'intérêt, l'investissement et les efforts qu'ils ont consacrés aux travaux scolaires » (Marks, 2000). Les encouragements familiaux, la petite taille des classes et un milieu scolaire qui offre des conditions favorables prédisposent les élèves à s'engager de façon active.

#### Engagement actif

Attention, intérêt, investissement et efforts que l'individu consacre à ses travaux scolaires.

### 9.5.3 L'éducation supérieure et le choix d'une carrière

Lorsqu'un adolescent a terminé ses études secondaires, deux choix s'offrent généralement à lui : poursuivre ses études ou travailler. Comment les jeunes font-ils ce choix de poursuivre au collégial ou d'aller directement sur le marché du travail ? Comment définissent-ils leurs objectifs de carrière ? De nombreux facteurs entrent ici en jeu, soit la capacité individuelle et la personnalité, la scolarité, l'origine socioéconomique et ethnique, les conseils des orienteurs, les expériences de vie et les valeurs sociétales. Nous allons d'abord examiner certaines influences qui agissent sur les aspirations scolaires et professionnelles, voir ensuite ce qu'il advient des jeunes qui ne prévoient pas poursuivre leurs études et, enfin, nous pencher sur les avantages et les inconvénients du travail pour les élèves du secondaire.

#### Les influences sur les aspirations des élèves

Les croyances en l'autoefficacité aident à modeler la façon dont les élèves préparent leur carrière (Bandura *et al.*, 1996, 2001). De plus, les valeurs des parents quant à la réussite scolaire influencent celles des adolescents ainsi que leurs objectifs professionnels (Jodl *et al.*, 2001).

Par ailleurs, malgré l'existence d'une plus grande souplesse en matière d'emploi, le sexe et les stéréotypes sexuels continuent d'influencer les choix de carrière des adolescents. Par exemple, en 2006, 81,3 % des femmes occupaient des emplois à prédominance féminine et 70,2 % des hommes, des emplois à prédominance masculine. Les filles auraient davantage tendance à devenir infirmières, intervenantes sociales ou enseignantes et les hommes, mécaniciens ou ingénieurs (Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie, 2012). Cette situation prévaut encore dans la plupart des pays industrialisés. En effet, de récentes recherches montrent que le monde du travail continue d'être divisé entre les emplois traditionnellement occupés par des hommes et les emplois à prédominance féminine. Cette ségrégation des sexes sur le marché du travail explique en partie la persistance de l'écart salarial entre les femmes et les hommes au profit de ces derniers (Parlement du Canada, 2012). Le système scolaire lui-même peut freiner les aspirations professionnelles. Ainsi, les élèves qui ont une facilité de mémorisation et une capacité d'analyse ont tendance à avoir de bonnes notes dans les classes où l'enseignant privilégie ces habiletés, contrairement aux élèves qui ont une pensée pratique (Sternberg, 1997). Il est donc essentiel de reconnaître les différentes formes d'intelligence des élèves et d'adapter les stratégies d'enseignement en conséquence.

Lorsque les élèves ne souhaitent pas poursuivre leurs études postsecondaires, une aide leur est offerte dans la plupart des pays industrialisés. Par exemple, en Allemagne, un système d'apprentissage permet aux élèves du secondaire d'aller à l'école à mi-temps et de passer le reste de la semaine à suivre une formation payée en milieu de travail, laquelle est supervisée par un employeur qui est aussi leur mentor. Au Québec, plusieurs centres de formation professionnelle offrent une alternance travail-études à des élèves qui désirent obtenir un diplôme d'études professionnelles. Cette alternance permet à l'élève de passer plus de 20 % de sa formation dans le monde du travail. Ces approches éducatives visent à mettre à profit les avantages du milieu scolaire, tout en sensibilisant le jeune aux exigences du milieu du travail. Elles favorisent aussi une progression des apprentissages et l'acquisition des compétences nécessaires au métier choisi.

#### Les adolescents en milieu de travail

En 2011, 42,3 % des étudiants québécois de 15 à 24 ans occupaient un emploi rémunéré. Ils y consacrent en moyenne 15 heures par semaine, mais nombreux sont ceux qui

travaillent plus de 15 heures. Les étudiants québécois sont proportionnellement plus nombreux à travailler que leurs homologues canadiens (42,3 % contre 36,6 % en 2011). De plus, les étudiants québécois auraient tendance à effectuer un nombre d'heures de travail hebdomadaire plus élevé que leurs consœurs québécoises (Institut de la statistique du Québec, 2013). La différence du temps de travail entre les étudiants québécois et leurs homologues canadiens pourrait s'expliquer, en partie, par la moins grande contribution financière des parents québécois comparativement à la moyenne canadienne. Par ailleurs, les modes de vie imposés par la société de consommation incitent les jeunes à gagner de l'argent (Radio-Canada.ca, 2013). C'est donc dire que près de la moitié des étudiants québécois partagent leur temps entre les études et le travail. Quelle est alors l'incidence d'une telle réalité sur les études ?



#### Le travail à temps partiel

Un nombre grandissant d'étudiants combinent les études et le travail à temps partiel.

Les chercheurs ne s'entendent pas sur la question de savoir si le travail à temps partiel présente un avantage pour les élèves du secondaire (en les aidant à acquérir des habiletés du monde réel) ou une nuisance (en les distrayant des objectifs éducatifs et professionnels à long terme). En réalité, les élèves qui travaillent se répartiraient en deux catégories : ceux qui suivent une trajectoire accélérée vers l'âge adulte, et ceux qui font une transition plus lente en trouvant un équilibre entre les travaux scolaires, l'emploi rémunéré et les activités parascolaires. Les premiers travaillent plus de 20 heures par semaine pendant leurs études et accordent peu de temps aux activités de loisirs de l'école. Plusieurs d'entre eux ont un statut socioéconomique relativement peu élevé, ont tendance à chercher un emploi à plein temps tout de suite après le secondaire et à ne pas obtenir de diplôme collégial, ce qui peut handicaper sérieusement leurs perspectives

d'emploi à long terme. Les élèves appartenant à la deuxième catégorie proviennent au contraire de milieux plus privilégiés. Dans leur cas, les effets du travail à temps partiel ne semblent pas négatifs. Le travail les aide à acquérir un sens des responsabilités, à être indépendants, à avoir confiance en eux et à se rendre compte de la valeur du travail, et ce, sans les détourner de leur trajectoire éducative (Staff, Mortimer et Uggen, 2004).

Comme mentionné plus haut, l'insuffisance des ressources personnelles ou familiales peut contraindre certains étudiants à occuper un emploi salarié tout en poursuivant leurs études. Les résultats de recherches antérieures sur ce sujet n'ont pas permis d'établir clairement les effets du travail rémunéré sur la réussite académique des étudiants, puisqu'ils étaient divergents. Par ailleurs, de récentes recherches tendent à démontrer que l'occupation d'un emploi régulier réduit la probabilité de réussite scolaire lorsque le nombre d'heures travaillé est élevé. En effet, les études montrent que le travail rémunéré peut favoriser l'engagement scolaire et le développement d'aptitudes complémentaires aux études lorsqu'il ne dépasse pas 15 ou 20 heures par semaine. Au-delà de ce nombre d'heures, la réussite scolaire serait affectée (Befy, Fougère et Maurel, 2009 ; Roy, Bouchard et Turcotte, 2008).



#### FAITES LE POINT

13. Quels sont les principaux déterminants de la réussite scolaire ?
14. Identifiez les quatre types de décrocheurs.

## Résumé

### Le développement physique

- Sous l'effet des hormones, la puberté se déclenche et mène à la maturité sexuelle et à la capacité de reproduction. Elle provoque une croissance rapide de la taille et du poids, ainsi que l'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires qui entraînent plusieurs transformations physiques du corps.
- La maturation sexuelle se produit généralement plus tôt chez les filles que chez les garçons, qui sont alors temporairement d'une plus petite taille qu'elles.
- Certaines répercussions psychologiques, comme le souci de l'apparence, peuvent être associées aux changements causés par la puberté, particulièrement si ces derniers sont rapides et précoces.
- Le développement du cerveau ne se termine pas à l'adolescence, comme on le croyait. Au contraire, le réseau socioaffectif cérébral devient plus actif à l'adolescence, alors que le réseau de contrôle cognitif atteint sa pleine maturité à l'âge adulte. Par ailleurs, les neurotransmetteurs comme la dopamine jouent un rôle capital dans la gestion des comportements des adolescents.

### La santé physique et mentale

- Les adolescents sont généralement en bonne santé physique, mais certaines habitudes de vie peuvent nuire à leur santé.
- Le manque d'exercices physiques et les mauvaises habitudes alimentaires augmentent le risque d'obésité, qui représente le problème de santé physique le plus fréquent chez les adolescents.
- La privation de sommeil, fréquente chez les adolescents, peut nuire à leurs performances scolaires et provoquer de l'irritabilité.
- Certains problèmes psychologiques sérieux, comme l'anorexie et la boulimie, peuvent compliquer le déroulement normal de l'adolescence. Ils touchent des filles de plus en plus jeunes, issues de tous les milieux, mais affectent aussi un nombre grandissant de garçons.
- Une minorité d'adolescents consomment certaines drogues de manière excessive, ce qui nécessite des interventions spécialisées. Avec l'alcool, la marijuana demeure la drogue préférée des adolescents, la consommation de tabac ayant baissé au cours de la dernière décennie.
- La dépression représente le problème psychologique le plus fréquent chez les adolescents et adolescentes. Dans certains cas, celle-ci peut mener au suicide, qui représente la deuxième cause de décès chez les jeunes après les accidents de la route.

### Le développement cognitif

- L'adolescent atteint le quatrième stade du développement cognitif de Piaget, soit le stade des opérations formelles. Il acquiert la capacité de penser de manière abstraite et de se détacher des contingences du réel pour envisager des situations hypothétiques grâce au raisonnement hypothético-déductif.

- On observe deux types de changements sur le plan du traitement de l'information : les modifications structurelles, qui concernent entre autres la mémoire à court et à long terme, et les modifications fonctionnelles, relatives aux habiletés telles que l'attention sélective, la prise de décision et la gestion des processus mentaux.
- Le langage des adolescents se raffine grâce à l'intégration de concepts abstraits.
- Selon Elkind, l'adolescent manifeste plusieurs comportements égocentriques, comme le sentiment d'invincibilité, qui l'amènent à adopter des comportements à risque.

### Le développement moral

- Grâce au développement cognitif, l'adolescent peut accéder aux différents niveaux du développement moral énoncés par Kohlberg, soit les niveaux préconventionnel, conventionnel et postconventionnel. La plupart des adolescents et des adultes ne dépasseraient pas le niveau de la morale conventionnelle.
- Le raisonnement moral prosocial, basé sur la prise en considération de ses propres besoins et de ceux des autres, augmente entre l'enfance et l'adolescence.

### L'éducation et la formation professionnelle

- Des facteurs personnels tels que la motivation intrinsèque, un sentiment élevé d'autoefficacité et l'engagement cognitif favorisent la réussite scolaire des adolescents, lesquels sont de plus en plus nombreux à terminer leur secondaire et à poursuivre ensuite leurs études.
- Les filles obtiennent de meilleurs résultats en lecture et en écriture, tandis que les garçons affichent des résultats légèrement plus élevés en mathématiques. Par ailleurs, les écarts de réussite entre les filles et les garçons sont souvent exagérés par les recherches.
- Le statut socioéconomique de la famille, le style d'autorité parentale, le niveau de scolarité des parents, les objectifs de carrière ainsi que la qualité de l'école et de son personnel enseignant influent sur la réussite scolaire.
- Le décrochage scolaire demeure très préoccupant, puisque plus de 10 % des jeunes Québécois, surtout des garçons, ne terminent pas leur secondaire. La pauvreté, le faible niveau de scolarité des parents et la dépression sont des facteurs de risque associés au décrochage.
- Le décrochage entraîne des conséquences importantes, tant au niveau social qu'économique, et ce, particulièrement pour les populations autochtones. Par ailleurs, une meilleure connaissance des types de décrocheurs permet de mieux intervenir pour prévenir le décrochage.
- De plus en plus d'adolescents occupent un emploi à temps partiel tout en poursuivant leurs études. L'expérience semble être positive pour ceux qui travaillent entre 15 et 20 heures par semaine. Par contre, ceux qui travaillent plus de 20 heures risquent de mettre en péril leur réussite scolaire.

CHAPITRE

# 10







# Le développement affectif et social de l'adolescent de onze à vingt ans

## PLAN DU CHAPITRE

### 10.1 La quête de l'identité

- 10.1.1 La théorie psychosociale d'Erikson
- 10.1.2 La théorie de Marcia
- 10.1.3 Les différences sexuelles dans la formation de l'identité
- 10.1.4 Les facteurs ethniques et culturels dans la formation de l'identité

### 10.2 La sexualité à l'adolescence

- 10.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud
- 10.2.2 Les comportements sexuels des adolescents
- 10.2.3 L'orientation sexuelle
- 10.2.4 Les comportements sexuels à risque

### 10.3 Le développement des relations affectives et sociales

- 10.3.1 La rébellion : mythe ou réalité
- 10.3.2 Les relations avec les parents
- 10.3.3 Les relations avec la fratrie
- 10.3.4 Les relations avec les pairs

### 10.4 Les problèmes psychosociaux à l'adolescence

- 10.4.1 Les facteurs de risque
- 10.4.2 La prévention et le traitement

Être ou ne pas être? Être qui? Vouloir quoi? La quête de l'identité constitue le principal enjeu de cette période charnière du développement. L'adolescent doit intégrer les changements profonds qui bouleversent son corps, son mode de pensée et son concept de soi. Se servant du groupe de pairs comme d'un tremplin, l'adolescent manifeste son besoin d'autonomie, particulièrement à l'égard de ses parents dont il veut s'émanciper, tout en restant encore dépendant d'eux. Cette ambivalence met parfois les parents à rude épreuve, car ils doivent apprendre à reconsidérer leur autorité tout en posant leurs limites et en demeurant présents et à l'écoute. Un autre changement radical intervient pour l'adolescent: son identité se complète par la découverte de son orientation sexuelle. Toutes ces transformations peuvent donc fragiliser l'estime de soi de l'adolescent et entraîner divers troubles dont le plus grave, la dépression, peut conduire au suicide, qui est la première cause de mortalité chez les adolescents québécois les plus âgés.

## Mise en situation

Marie-Pier magasine aujourd'hui, en compagnie de sa meilleure amie Gabrielle. Elle veut acheter sa robe pour le bal des finissants qui aura lieu dans quelques semaines. Ce bal des finissants, qui marque la fin de l'école secondaire, ouvre aussi la porte sur un avenir rempli d'espoir et d'attentes pour les deux amies. À la prochaine rentrée, elles iront dans des cégeps différents. Gabrielle veut suivre les traces de son père, qui travaille à la Sûreté du Québec, et s'est donc inscrite en techniques policières. Elle croit à l'importance des lois et à leur respect par les citoyens.

Après avoir travaillé au supermarché comme caissière pendant sa dernière année de secondaire, Marie-Pier sera monitrice de camp de jour pour la durée de la saison estivale. Elle est pleine d'enthousiasme lorsqu'elle pense à cet emploi, puisqu'elle rêve depuis longtemps de travailler avec des enfants. Cela lui permettra aussi de confirmer son choix de programme en éducation spécialisée.

Marie-Pier a eu sa première relation sexuelle il y a quelques jours. Elle et son copain Lucas se fréquentaient depuis quelques mois et apprenaient à se découvrir mutuellement. Un soir où ils s'embrassaient et se caressaient tendrement, ils ont décidé d'aller plus loin dans leurs échanges intimes. Marie-Pier n'a pas profité pleinement de cette première expérience sexuelle, qui a été plutôt douloureuse. En fait, elle aurait préféré attendre encore un peu, mais elle sentait une certaine pression de la part de Lucas, qui lui en parlait depuis des semaines. Marie-Pier et Lucas ont utilisé un condom pour cette première relation sexuelle, mais Marie-Pier, qui vient de commencer à prendre la pilule, est convaincue que ce moyen de contraception sera suffisant si leur relation demeure stable et exclusive, ce qui n'est pas certain puisque Lucas ne sait pas ce qu'il fera cette année. Il s'est inscrit en sciences humaines au cégep, mais la motivation n'est pas là. Il songe à partir


**« Marie-Pier vient de commencer à prendre la pilule et est convaincue que ce moyen de contraception sera suffisant si leur relation demeure stable et exclusive. »**

travailler dans l'Ouest canadien en attendant de trouver une orientation qui l'intéresse véritablement. L'éloignement de Lucas rendrait leur relation beaucoup plus fragile, même s'ils se disent que les communications électroniques pourront les garder proches.

« Gabrielle, regarde cette robe bleue. Un peu moulante, mais tellement craquante! » Marie-Pier sait que sa mère trouve souvent que son habillement est provocant, mais elle aime plaire et aime que les gens la regardent. Marie-Pier s'entend généralement bien avec sa mère, mais il leur arrive quand même souvent d'argumenter sur des sujets comme les tâches ménagères et les heures de sorties. Malgré tout, elle est consciente qu'elle doit respecter certaines

règles établies avec ses parents et se considère chanceuse d'avoir des parents qui discutent avec elle et qui sont ouverts aux compromis. Ce n'est pas le cas de son amie Nabila, d'origine marocaine, qui se plaint d'avoir des parents trop autoritaires et fermés à la discussion.

Après quelques heures passées dans les boutiques, Marie-Pier trouve finalement la robe idéale et les deux amies vont relaxer dans un petit café. Elles envoient quelques messages textes et échangent toutes sortes de confidences, comme d'habitude. Elles se promettent de continuer à se voir souvent lorsqu'elles seront au cégep, et de demeurer les meilleures amies du monde.

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



### Identité

Selon Erikson, conception cohérente du soi composée d'objectifs, de valeurs et de croyances auxquels l'individu est fortement attaché.

## 10.1 La quête de l'identité

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 9, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte durant laquelle la quête de l'identité occupe une place importante. L'adolescent doit découvrir qui il est et ce qu'il veut faire dans la vie, trouver des buts et des valeurs qui lui sont propres et explorer différentes avenues pour répondre à toutes ces questions. De plus, nous avons examiné certains facteurs physiques et cognitifs qui contribuent au sentiment d'identité de l'adolescent, comme l'apparence et la réussite scolaire. Dans le présent chapitre, nous traiterons notamment des aspects psychosociaux de la quête de l'identité et de la façon dont les adolescents apprivoisent leur sexualité. Nous verrons également comment leur individualité en plein essor s'exprime à l'égard des autres.

L'identité réfère à la conception que l'individu a de lui-même, de ses identifications et de ses différents rôles sociaux. Le développement cognitif de l'adolescent lui permet dorénavant de construire une « théorie du soi » (Elkind, 1998). Comme l'a souligné Erikson (1950), les efforts que font les adolescents pour donner un sens à leur

identité ne sont pas « une forme de malaise lié à la maturation »; ils s'insèrent plutôt dans un processus sain et vital qui tire parti des réalisations effectuées dans les étapes précédentes (la confiance, l'autonomie, l'initiative, le travail) et qui prépare l'individu aux défis qu'il rencontrera à l'âge adulte. Cette quête de l'identité ne se termine pas à l'adolescence, puisque des problèmes d'identité peuvent se poser de nouveau à l'âge adulte.

### 10.1.1 La théorie psychosociale d'Erikson

Selon Erikson (1968), la crise majeure de l'adolescence consiste en une confrontation entre l'accession à l'identité et la confusion identitaire. Il s'agit de la crise de l'**identité** versus la **confusion des rôles**. L'adolescent doit la résoudre pour devenir un adulte unique doté d'une conception de soi cohérente et pour jouer un rôle utile dans la société. Pour Erikson, l'identité se définit en effet comme une conception unifiée du soi, composée d'objectifs, de valeurs et de croyances auxquels la personne est fortement attachée. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, ce concept de la crise d'identité est en partie basé sur l'expérience personnelle d'Erikson, dont les traits nordiques (sa mère était une Danoise d'origine juive) contrastaient avec ceux de son père adoptif. C'est cette quête identitaire personnelle qui a d'ailleurs nourri son intérêt pour le développement psychosocial puisqu'il a dû, une fois de plus, redéfinir son identité lorsqu'il a immigré aux États-Unis.

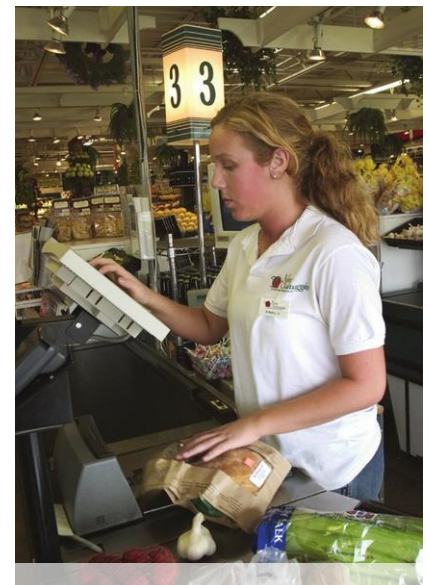
D'après Erikson, l'identité se développe lorsque les adolescents résolvent trois problèmes majeurs: le choix d'une activité professionnelle, l'adoption de valeurs avec lesquelles ils sont en accord et le développement d'une identité sexuelle satisfaisante. Pendant l'enfance, les jeunes adoptent, sans trop se poser de questions, les valeurs parentales ou celles de leur milieu social. À l'adolescence, ils doivent maintenant choisir consciemment ces valeurs et décider jusqu'à quel point ils sont en accord avec elles. Les enfants acquièrent aussi les compétences nécessaires pour réussir selon leur culture; à l'adolescence, ils doivent trouver des façons d'utiliser ces compétences. Ainsi, lorsque les adolescents ont de la difficulté à établir une identité professionnelle, ou lorsque les occasions de le faire sont limitées par le contexte économique et social, ils sont plus à risque d'avoir des comportements entraînant des conséquences négatives graves comme des activités délinquantes ou une grossesse précoce.

Selon Erikson, le **moratoire psychosocial**, c'est-à-dire le temps d'arrêt qu'apporte cette période du développement, permet aux adolescents de chercher des engagements qu'ils peuvent tenir. Toutefois, selon le psychologue David Elkind (1998), de nombreux adolescents « sont prématurément poussés vers l'âge adulte ». Ils n'ont ni le temps ni l'occasion de profiter de ce moratoire psychosocial, cette période protégée, nécessaire pour développer une conception de soi stable.

Les adolescents qui résolvent la crise d'identité de façon satisfaisante développent une nouvelle force adaptative, soit la fidélité, qui désigne une loyauté durable. La fidélité représente aussi le prolongement de la confiance. Alors que durant l'enfance, il était important que la confiance à l'égard des autres l'emporte sur la méfiance, à l'adolescence, il devient déterminant d'être soi-même digne de confiance. Les adolescents étendent leur confiance aux mentors et aux êtres aimés et partagent leurs pensées et leurs sentiments avec eux, ce qui les aide à clarifier leur identité en devenir, en la voyant se refléter dans les yeux des personnes qu'ils aiment. Cependant, cette intimité adolescente est différente de l'intimité mature, qui implique un engagement plus sérieux ainsi que des sacrifices et des compromis. La fidélité peut aussi consister à s'identifier à une série de valeurs, à une idéologie, à une religion, à un mouvement politique, à un objectif créatif ou à un groupe ethnique (Erikson, 1982). Par exemple, l'adolescent peut faire un choix de carrière et s'engager dans différentes activités visant à actualiser ce choix, comme Marie-Pier le fait dans la mise en situation.

#### Identité versus confusion des rôles

Selon Erikson, cinquième crise du développement psychosocial au cours de laquelle l'adolescent cherche à acquérir un sens cohérent du soi et du rôle qu'il jouera au sein de la société.



#### La recherche d'identité

Le travail à temps partiel permet à cette jeune fille d'évaluer ses intérêts et ses compétences et contribue ainsi à la résolution de la crise de l'identité versus la confusion des rôles.

#### Moratoire psychosocial

Selon Erikson, temps d'arrêt qu'apporte l'adolescence et qui permet aux jeunes de chercher des engagements qu'ils peuvent tenir.



Erikson considérait que le principal danger de ce stade était la confusion des rôles, qui peut retarder grandement la maturité psychologique, lui-même n'ayant pas résolu sa crise identitaire avant la mi-vingtaine. Toutefois, selon Erikson, un certain degré de confusion identitaire serait normal et pourrait expliquer la nature apparemment chaotique de nombreux comportements adolescents, dont nous parlerons plus loin, ainsi que la douloureuse prise de conscience de soi que vivent certains jeunes. Ainsi, l'esprit de clan et l'intolérance envers les différences, qui marquent la scène sociale adolescente, ne seraient que des défenses contre la confusion identitaire.

Par ailleurs, dans la théorie d'Erikson, le développement de l'identité mâle est présenté comme la norme. Selon lui, l'homme n'est pas capable d'intimité réelle avant d'avoir une identité stable, alors que la femme se définit par le mariage et la maternité (ce qui était peut-être plus vrai à l'époque d'Erikson qu'aujourd'hui). Ainsi, contrairement aux hommes, les femmes développeraient leur identité grâce à l'intimité et non pas avant de connaître cette intimité. Comme nous le verrons, cette orientation masculine de la théorie d'Erikson a suscité plusieurs critiques. Cependant, le concept de la crise d'identité a aussi inspiré des recherches très utiles.

### États identitaires

Selon Marcia, quatre types de configurations identitaires caractérisées par la présence ou l'absence d'une crise et par la capacité ou l'incapacité de contracter des engagements.

#### Crise

Selon Marcia, période de questionnement et de prises de décisions conscientes de la part de l'adolescent.

#### Engagement

Terme utilisé par Marcia pour décrire l'investissement personnel dans une activité professionnelle ou dans un système de croyances.

## 10.1.2 La théorie de Marcia

Olivia, Isabelle, Simon et François vont bientôt obtenir leur diplôme d'études secondaires. Olivia a réfléchi à ce qui l'intéressait ainsi qu'à ses talents et voudrait devenir ingénieure. Elle a réduit ses choix à trois collèges qui offrent de bons programmes dans ce domaine. Isabelle, elle, sait exactement ce qu'elle va faire dans la vie. Sa mère, présidente d'un syndicat dans une usine de matières plastiques, a fait en sorte que sa fille devienne apprentie à l'usine. Isabelle n'a donc jamais envisagé de faire quoi que ce soit d'autre. Pour sa part, Simon se tourmente à propos de son avenir. Devrait-il fréquenter le cégep ou entrer dans l'armée? Il n'arrive pas à décider ce qu'il veut faire, ni maintenant ni plus tard. Quant à François, il ne sait pas encore ce qu'il veut faire dans la vie, mais cela ne l'inquiète pas. Il pense qu'il pourra trouver un travail quelconque et décider de son avenir lorsqu'il sera prêt. Comment expliquer les attitudes différentes de ces jeunes et quelle influence celles-ci auront-elles?

Selon les recherches du psychologue James E. Marcia (1966, 1980), ces adolescents vivent des **états identitaires** différents, chacun correspondant à un stade de développement du soi.

Marcia distingue quatre types d'états identitaires qui diffèrent selon la présence ou l'absence de crise et d'engagement, les deux éléments qui, selon Erikson, sont essentiels à la formation de l'identité. Il définit donc la **crise** comme la période de questionnement et de prise de décision consciente, et l'**engagement** comme l'investissement personnel dans un métier ou dans un système de croyances, une idéologie. Regardons ces différents états identitaires de façon plus détaillée :

1. L'**identité en réalisation** ou l'identité mature (la crise mène à l'engagement) : cet état se caractérise par des engagements pris à la suite d'une période de questionnement. Dans l'exemple que nous venons de voir, Olivia a résolu sa crise identitaire. Pendant sa période de crise, elle a beaucoup réfléchi à son avenir et a vécu certaines difficultés émotionnelles. Elle a fait des choix vis-à-vis desquels elle exprime un engagement résolu. Des recherches menées dans différentes cultures ont montré que les individus qui appartiennent à cette catégorie sont plus matures et plus compétents que ceux qui appartiennent aux trois autres (Kroger, 2003).
2. L'**identité surdéterminée** (l'engagement sans la crise) : cet état est celui d'une personne qui n'explore pas les différentes possibilités et ne vit pas de crise. Elle s'engage en fonction des projets que d'autres ont déterminés pour elle. C'est le cas d'Isabelle, qui a pris des engagements sans avoir évalué tous les choix possibles, mais en acceptant les projets de sa mère.

### Identité en réalisation

Selon Marcia, état identitaire qui se caractérise par des engagements pris à la suite d'une crise et par une période consistant à explorer les diverses possibilités.

### Identité surdéterminée

Selon Marcia, état identitaire dans lequel une personne n'a pas consacré de temps à explorer les différentes possibilités (c'est-à-dire n'a pas vécu de crise) et s'engage en fonction des projets que d'autres ont déterminés pour elle.

3. L'**identité en moratoire** (la crise sans engagement pour le moment): il s'agit d'un état dans lequel la personne réfléchit aux différentes possibilités qui s'offrent à elle et semble en voie de s'engager. Cette période est souvent caractérisée par une gamme d'émotions allant de l'enthousiasme à l'anxiété. Les situations que vivent Marie-Pier et Lucas, dans la mise en situation de ce chapitre, illustrent bien cet état d'identité. Ils se questionnent beaucoup sur leur avenir, se demandent ce qu'ils aimeraient faire plus tard et semblent préoccupés par cette situation.
4. L'**identité diffuse** (pas d'engagement, pas de crise): cet état d'identité caractérise un individu qui ne s'engage pas et qui ne considère pas sérieusement les différentes possibilités, comme François, qui n'a pas sérieusement envisagé les différentes possibilités qui s'offrent à lui et qui préfère éviter de s'engager.

Ces catégories ne sont pas des stades; elles représentent l'état du développement identitaire à un moment particulier et elles sont susceptibles de se modifier au fur et à mesure que les jeunes se développent (Marcia, 1979). Marcia suggère qu'à partir de la fin de l'adolescence, de plus en plus d'individus se situent dans l'état de l'identité en moratoire ou en réalisation: ils cherchent ou ils trouvent leur propre identité. De plus, bien que les personnes en état d'identité surdéterminée semblent avoir pris des décisions sans appel, souvent, certaines vont reconsidérer leurs choix une fois qu'elles seront parvenues à l'âge adulte.

Marcia a aussi découvert l'existence de relations entre l'état identitaire et des caractéristiques telles que l'anxiété, l'estime de soi, le raisonnement moral et les modèles de comportement. Comme le montre le tableau 10.1, en se basant sur la théorie de Marcia, d'autres chercheurs ont défini des variables personnelles et familiales supplémentaires liées à l'état identitaire (Kroger, 2003).

**Identité en moratoire**

Selon Marcia, état identitaire dans lequel une personne réfléchit aux différentes possibilités (crise) et semble en voie de s'engager.



**Identité diffuse**

Selon Marcia, état identitaire caractérisé par l'absence d'engagement et par le manque de considération sérieuse des différentes possibilités.



Quels sont les états d'identité de Marie-Pier, de Gabrielle et de Lucas dans la mise en situation ?

**TABLEAU 10.1** Les facteurs personnels et familiaux liés aux quatre états identitaires de Marcia

Facteur	Identité en réalisation	Identité surdéterminée	Identité en moratoire	Identité diffuse
Famille	Les parents encouragent l'autonomie et le lien avec les enseignants; les différences sont explorées dans le cadre de la mutualité.	Les parents s'occupent trop de leurs enfants; les familles évitent d'exprimer les différences.	Les adolescents sont souvent aux prises avec une lutte ambivalente contre l'autorité parentale.	Les parents ont des attitudes éducatives non interventionnistes; ils rejettent leurs enfants ou ne sont pas disponibles pour eux.
Personnalité	Niveau élevé de développement de l'ego, de raisonnement moral, de certitude à propos de soi, d'estime de soi, de rendement en cas de stress et d'intimité.	Niveau élevé d'autoritarisme, de pensée stéréotypée et d'obéissance à l'autorité; relations dépendantes et faible niveau d'anxiété.	Anxiété et crainte plus grandes envers le succès; niveau élevé de développement de l'ego, du raisonnement moral et de l'estime de soi.	Résultats mitigés, avec faible niveau de développement de l'ego, du raisonnement moral, de la complexité cognitive et de la certitude à propos de soi; peu d'habiletés de coopération.

**Note:** Ces associations sont tirées de plusieurs études corrélationnelles et transversales. Il est donc impossible de dire qu'un facteur en particulier justifie le classement dans un état identitaire précis.

**Source:** Kroger, 1993.

### 10.1.3 Les différences sexuelles dans la formation de l'identité

De nombreuses recherches appuient la position d'Erikson selon laquelle, chez les femmes, l'identité se développe en même temps que l'intimité. Par ailleurs, certains chercheurs ont critiqué la théorie d'Erikson, lui reprochant d'être basée sur un modèle masculin du développement de l'identité. Selon Carol Gilligan (1982, 1993; Brown et Gilligan, 1990), le sens de l'identité féminine se développe surtout en établissant des relations avec les autres. Selon elle, les filles et les femmes se jugent selon la façon dont elles gèrent leurs responsabilités et selon leur capacité à prendre soin des autres aussi bien que d'elles-mêmes. Toutefois, certains chercheurs remettent en question cette supposée différence entre les trajectoires masculines et féminines, surtout de

nos jours, et avancent que les différences individuelles sont peut-être plus importantes que les différences entre les sexes (Archer, 1993; Marcia, 1993). Les recherches de Marcia sur les états identitaires ont d'ailleurs montré peu de différences liées au sexe (Kroger, 2003).

Par contre, le développement de l'estime de soi à l'adolescence semble venir appuyer l'opinion de Gilligan. En effet, l'estime de soi des hommes a tendance à être liée à la réalisation individuelle, alors que celle des femmes dépend davantage des liens avec les autres (Thorne et Michaelieu, 1996). Plusieurs études récentes ont aussi découvert que l'estime de soi diminuait plus rapidement chez les filles que chez les garçons à l'adolescence, et qu'elle augmentait ensuite progressivement jusqu'à l'âge adulte. Ces changements pourraient être en partie causés par l'image corporelle ainsi que par d'autres sujets d'anxiété associés à la puberté et aux transitions entre la fin du primaire et le début de l'école secondaire (Robins et Trzesniewski, 2005). Toutefois, comme nous allons le voir, ce modèle semble être différent chez les adolescents appartenant à une minorité ethnique.

### 10.1.4 Les facteurs ethniques et culturels dans la formation de l'identité

Chez les adolescents qui font partie d'une minorité culturelle, le développement identitaire peut s'avérer un défi de taille. En effet, en plus d'acquérir une identité individuelle, ils doivent aussi se forger une **identité ethnique** liée à leur groupe d'origine, c'est-à-dire le sentiment d'appartenir à un groupe culturel particulier. Les adolescents issus de minorités ethniques sont donc aux prises avec le choix douloureux d'adhérer au modèle de leur minorité ou d'adopter celui du groupe ethnique majoritaire. L'enjeu est crucial, puisque l'adolescent doit parvenir à se forger une identité en combinant des valeurs culturelles qui sont parfois en conflit. Ainsi, certains adolescents issus de minorités ethniques peuvent parfois traverser plus difficilement cette période charnière, comme cela pourrait être le cas de Nabila dans la mise en situation.

Pour plusieurs jeunes appartenant à des groupes minoritaires, l'ethnicité est majeure dans la formation de l'identité. Les exemples suivants représentent les quatre états d'identité ethnique selon le modèle de Marcia (Phinney, 1998).

- **Identité diffuse:** Juanita fait peu ou pas d'exploration de son ethnicité et ne comprend pas vraiment ce que celle-ci implique.
- **Identité surdéterminée:** Caleb n'a pas vraiment fait d'exploration en ce qui a trait à son identité ethnique, mais il se sent vraiment concerné. Ses sentiments par rapport à cette identité peuvent être positifs ou négatifs, selon les attitudes qui prévalent à la maison.
- **Identité en moratoire:** Jian Yu a commencé à explorer son identité ethnique, mais elle est plutôt incertaine par rapport à ce que cela représente pour elle.
- **Identité en réalisation:** Diego a exploré son identité ethnique et il comprend et accepte son ethnicité.

Les adolescents qui réalisent que leur ethnicité fait partie de leur identité présentent moins de risques de symptômes dépressifs (Mandara *et al.*, 2009). Par ailleurs, la perception d'une discrimination à l'égard du groupe ethnique d'appartenance peut interférer avec la formation positive de l'identité et entraîner des problèmes de comportement ou une dépression (Benner et Kim, 2009).

La réalisation de l'identité ethnique peut atténuer la perte d'intérêt pour l'école et la diminution dans les résultats scolaires qu'on observe fréquemment vers la fin du secondaire (Altschul, Onserman et Bybee, 2006). Enfin, des parents attentifs qui jouent un rôle actif, un réseau d'amis et un bon rendement scolaire sont des facteurs

#### Identité ethnique

Sentiment d'appartenance à un groupe culturel particulier.



#### L'ethnicité et l'identité

Dans sa quête d'identité, l'adolescent issu d'une minorité ethnique doit parvenir à se forger une identité en combinant les valeurs de deux cultures.

de protection qui vont favoriser l'estime de soi et la formation d'une identité solide (Brody *et al.*, 2006).

Le concept de **socialisation culturelle** renvoie quant à lui aux pratiques parentales qui enseignent aux enfants leur patrimoine culturel et ethnique, qui favorisent les coutumes, les traditions ainsi que la fierté culturelles. Les adolescents qui ont connu cette socialisation culturelle ont tendance à avoir une identité ethnique plus solide et plus positive que les autres (Hughes *et al.*, 2006).

#### Socialisation culturelle

Pratique parentale qui enseigne aux enfants leur patrimoine ethnique et culturel et qui favorise les pratiques et la fierté culturelles.



#### FAITES LE POINT

1. Quelle est la crise majeure à résoudre au moment de l'adolescence selon la théorie d'Erikson ?
2. Quels sont les différents états identitaires selon Marcia ? Expliquez par quoi ils se caractérisent.
- 3 Marina est en troisième année du secondaire. Arrivée au Québec à l'âge de quatre ans, elle a grandi en grande partie dans la culture argentine puisque ses parents fréquentent presque exclusivement des personnes de leur pays d'origine. Quelles sont les difficultés que Marina risque de rencontrer dans la recherche de son identité ?

## 10.2 La sexualité à l'adolescence

Le fait de se voir comme un être sexué, de reconnaître son orientation sexuelle, d'accepter ses élans sexuels et de vivre un attachement amoureux ou sexuel fait partie de l'identité sexuelle. La prise de conscience de la sexualité représente un aspect important de la formation de l'identité à l'adolescence, et elle exerce une grande influence sur l'image de soi et sur les relations. Bien qu'il s'agisse d'un processus biologique, l'expression de la sexualité est en grande partie définie par la culture.

### 10.2.1 La théorie psychosexuelle de Freud

Nous avons vu dans les chapitres précédents que l'enfant traverse différents stades psychosexuels. L'atteinte du dernier stade psychosexuel, le **stade génital**, se produit après l'arrivée de la puberté. Selon Freud, au cours de ce stade, l'adolescent acquiert la maturité sexuelle, c'est-à-dire la capacité d'avoir des relations sexuelles procréatrices. La libido, cette source d'énergie qui alimente les pulsions sexuelles, connaît un accroissement subit. Parallèlement, plusieurs adolescents commencent à avoir des relations sexuelles complètes et adoptent un mode de gratification sexuelle similaire à celui des adultes.

Selon Freud, il n'est pas rare de voir alors un jeune adolescent éprouver une attirance pour les personnes du même sexe que lui et vivre des expériences homosexuelles. Toutefois, au milieu et à la fin de l'adolescence, la majorité des jeunes redirigent leurs pulsions vers les personnes de l'autre sexe.

Par ailleurs, selon Freud, lorsque la femme atteint la maturité sexuelle, sa gratification sexuelle ne devrait plus être obtenue par un orgasme clitoridien, comme aux stades précédents, mais par un orgasme vaginal. Freud décrit l'orgasme clitoridien comme infantile et régressif, alors que l'orgasme vaginal est pour lui un symbole de maturité. Depuis, cette théorie de la dualité orgasmique a été maintes fois remise en question. Les recherches de William Masters et Virginia Johnson ont notamment démontré qu'il n'existait qu'un seul type d'orgasme féminin, qui faisait intervenir à la fois les réactions clitoridiennes et les contractions vaginales. Par contre, celui-ci peut être ressenti différemment selon les personnes (Langis et Germain, 2009).

Enfin, un adolescent qui utilise la masturbation comme mode de gratification sexuelle ferait, selon Freud, une régression au stade phallique. Or, plusieurs psychologues et

#### Stade génital

Selon Freud, dernier stade psychosexuel normalement atteint au cours de l'adolescence et menant à la maturité sexuelle.

**Francine Duquet** | Professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et sexologue



### L'hypersexualisation sociale et la sexualisation précoce

Francine Duquet est sexologue spécialisée dans l'éducation à la sexualité des enfants et des adolescents et dans la formation d'intervenants. Professeure depuis 1996 au département de sexologie de l'UQAM, elle a notamment conçu, pour les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux du Québec, un document intitulé *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*.

Comme l'explique Francine Duquet, l'hypersexualisation et la sexualisation précoce sont des phénomènes complexes. Selon elle, nous avons tendance à réduire ces phénomènes à la simple mode vestimentaire, alors que celle-ci ne représente qu'un seul de ses aspects. L'hypersexualisation sociale est associée au constat de surenchère sexuelle médiatique présente surtout dans les sociétés occidentales. Elle peut induire une certaine banalisation de diverses attitudes ou conduites sexuelles et, par surcroît, elle expose enfants et adolescents à ces messages, sans égard à leur âge ou à leur niveau de développement (sexualisation précoce).

Diverses hypothèses ont été formulées pour en expliquer les causes. La première renvoie à une commercialisation indue de la sexualité dans les médias (par exemple, les publicités, les magazines, les vidéoclips, les télé-réalités, les films). Plus récemment, l'arrivée d'Internet a augmenté l'accessibilité des informations et des images à caractère sexuel,

et la circulation de ces dernières est beaucoup plus libre, ce qui favorise l'expansion de ce phénomène. D'ailleurs, l'exploitation de la sexualité à l'aide de cette nouvelle technologie (par exemple, la séduction en ligne, la diffusion de photos suggestives sur le Web, les messages textes à caractère sexuel, la cyberpornographie, etc.) soulève maintes préoccupations : exposition précoce à des messages à caractère sexuel, impact sur la conception de l'intimité, risques de cyberintimidation, d'humiliations publiques ou de sollicitations sexuelles. De plus, les modèles actuels des jeunes sont, eux aussi, fortement sexualisés. Ainsi, les vidéoclips de certaines vedettes de la chanson présentent un contenu sexuellement explicite. Certains jeunes s'identifient à leurs idoles et cherchent parfois à les imiter pour acquérir un potentiel de popularité (par exemple, vouloir être *hot*, miser impérativement sur la séduction sexuelle) ; cela peut toutefois créer l'effet inverse et susciter le mépris (par exemple, se faire traiter de « salope »). Enfin, un autre facteur, qui selon la chercheuse pourrait expliquer l'apparition de l'hypersexualisation, réside dans le fait que certains adultes (parents, intervenants) manquent de repères quant à l'éducation à la sexualité et ont parfois de la difficulté à mettre certaines limites, par peur d'être mal jugés ou dépréciés. « C'est son choix ! » peut-on entendre, ce qui peut avoir pour effet de déresponsabiliser l'adulte quant à la réalité des adolescents, même si elle est parfois inquiétante en regard de leur développement.

L'ampleur et les conséquences des phénomènes de l'hypersexualisation et de la sexualisation précoce sont difficiles à évaluer, puisqu'il existe peu de recherches à long terme portant sur le sujet. Certains

sexologues contemporains s'entendent au contraire pour dire que la masturbation est importante chez l'adolescent pour le développement d'une sexualité adulte, car elle permet d'apprendre à mieux connaître son corps et son potentiel érotique. Elle permet aussi à l'adolescent de combler ses besoins sexuels, surtout s'il n'est pas encore prêt à s'engager dans une relation avec une autre personne. En plus de favoriser la détente et la relaxation, la masturbation est même recommandée dans le traitement de plusieurs difficultés sexuelles, et ce, pour les deux sexes (Langis et Germain, 2009).

## 10.2.2 Les comportements sexuels des adolescents

Au xx<sup>e</sup> siècle, les attitudes et les comportements sexuels ont considérablement changé, au Canada comme dans les autres pays industrialisés. Désormais, on accepte mieux la sexualité prémaritale, l'homosexualité et d'autres formes d'activités sexuelles qu'on réprouvait auparavant. Par ailleurs, avec l'accès généralisé à Internet, les relations sexuelles occasionnelles avec les « cyberconnaissances » fugaces sont devenues plus courantes. D'après le Conseil canadien de la sécurité (2006), 43 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans disent ainsi avoir été invités à rencontrer quelqu'un dont ils ont fait la connaissance sur Internet. Parmi eux, un adolescent sur cinq avait accepté la rencontre. Ce sont surtout les adolescentes âgées de 13 à 15 ans qui sont ciblées par ces invitations.

Selon une enquête canadienne, 30 % des adolescents de 15 à 17 ans déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles, et ce nombre augmente à 68 % chez les jeunes de



chercheurs associent ces phénomènes à une initiation sexuelle à un jeune âge, à des grossesses à l'adolescence ou à une augmentation des infections transmises sexuellement (ITS). À l'inverse, d'autres n'y voient aucun lien avec des activités sexuelles précoces, les études ne montrant aucune diminution importante de l'âge des premières relations sexuelles depuis 10 ans. Cela dit, il importe de comprendre quelles sont les conséquences de ces phénomènes sur la représentation que se font les jeunes de la relation à l'autre, de l'amour et de l'agissement sexuel.

En 2009, Francine Duquet a réalisé une étude exploratoire auprès de 69 jeunes âgés de 12 à 17 ans pour évaluer jusqu'à quel point ils étaient confrontés aux phénomènes associés à l'hypersexualisation. Les résultats confirment que bien des jeunes ont accès à l'univers de la commercialisation de la sexualité et sont ainsi bombardés de messages à caractère sexuel à un âge où certaines de ces images leur sont, en principe, interdites par la loi. Par ailleurs, les jeunes semblent avoir très peu d'adultes vers qui ils peuvent se tourner pour les aider à « comprendre » les impacts de tels phénomènes. De plus, on observe un double standard quant aux gestes posés par les filles versus ceux des garçons. Qu'il s'agisse de vêtements sexy, de gestes à connotations sexuelles dans les fêtes, de *fuckfriend*, de clavardage sexuel, de diffusion d'images suggestives sur le Net ou de consommation de pornographie, le jugement est toujours plus sévère à l'endroit des filles. Bien que les jeunes disent aussi désapprouver certains de ces gestes de la part des garçons, il n'en reste pas moins que ceux-ci sont perçus comme étant plus *cools* que les filles, jugées plus vulgaires.

Finalement, on constate une certaine confusion quant à ce que représente l'intimité, c'est-à-dire entre ce qui relève de la sphère privée versus la sphère publique.

Plusieurs pistes d'action ont été envisagées par la chercheuse afin de contrer ces phénomènes d'hypersexualisation et de sexualisation précoce. Plus précisément, Francine Duquet considère qu'il faut développer le sens critique des jeunes à l'endroit des messages sexuels stéréotypés présentés dans les médias, mais aussi par rapport à la pornographie et à ses messages parfois troubles. Il faut également discuter avec eux du désir et du plaisir, de leur conception de la relation à l'autre, de l'amour, de l'intimité et du consentement et démystifier toute pression associée au fait d'avoir un chum, une blonde ou d'être actif sexuellement. Enfin, il faut les aider à s'affirmer, à respecter leur pudeur, leurs limites et celles des autres et les sensibiliser à l'importance de protéger leur intimité. Essentiellement, il s'agit de les amener à faire des choix éclairés, lesquels choix ne se limitent pas à « faire » ou à « ne pas faire » quelque chose, mais plutôt à identifier les émotions et les sentiments vécus, à les exprimer et à évaluer, à titre d'adolescents, les enjeux de tels choix. Dans le cadre du projet que coordonne Francine Duquet, *Outils pour les jeunes face à l'hypersexualisation*, un outil didactique (*Oser être soi-même*) a été conçu pour faciliter l'intervention en ce sens auprès de jeunes de 12 à 17 ans ([www.hypersexualisationdesjeunes.uqam.ca](http://www.hypersexualisationdesjeunes.uqam.ca)). Francine Duquet insiste sur l'importance de favoriser une conscience sociale et une responsabilité collective à l'égard des phénomènes d'hypersexualisation et de sexualisation précoce, pour ainsi aider les enfants et les adolescents à mieux grandir.

18 à 19 ans (Roterman, 2012). Par ailleurs, contrairement à la croyance populaire, il est faux de prétendre que les jeunes ont davantage de relations sexuelles à un âge plus précoce. Chez les moins de 15 ans, les données de la British Columbia Adolescent Health Survey indiquent un déclin du pourcentage de jeunes ayant eu des relations sexuelles entre 1992 et 1998, avec une stabilisation autour de 22 % par la suite (McCreary Centre Society, 2009). Par contre, les adolescents qui ont des relations sexuelles tendent à en avoir plus souvent (Langis et Germain, 2009). De plus, on voit émerger depuis quelques années un nouveau phénomène, que les spécialistes appellent l'hypersexualisation (*voir l'encadré 10.1*).

Pour ce qui est du sexe oral, des enquêtes canadiennes montrent que plus de 50 % des adolescents âgés de 16 ans affirment l'avoir pratiqué au moins une fois (Boyce *et al.*, 2003). Plusieurs jeunes percevaient cette pratique sexuelle comme étant moins engageante sur le plan affectif (Cloutier et Drapeau, 2008). Enfin, même si les études ne montrent pas de différence significative entre les filles et les garçons sur le plan des relations sexuelles, il semblerait qu'il existe néanmoins des différences selon le sexe en matière de pratiques sexuelles. Par exemple, les études montrent que les garçons pratiquent davantage la masturbation et qu'ils recherchent les jeux sexuels non coïtaux plus rapidement que les filles, alors que ces dernières sembleraient préférer reporter ces comportements sexuels à plus tard (Cloutier et Drapeau, 2008).

Tous ces changements ont entraîné de plus en plus d'inquiétudes vis-à-vis des comportements sexuels à risque, comme nous le verrons plus loin.

### 10.2.3 L'orientation sexuelle

#### Orientation sexuelle

Attirance sexuelle et intérêt émotif systématiques pour une personne de l'autre sexe (hétérosexuelle), du même sexe (homosexuelle) ou pour des personnes des deux sexes (bisexuelle).

Bien qu'elle soit présente chez les enfants plus jeunes, c'est à l'adolescence que l'**orientation sexuelle** devient généralement une question pressante et qu'elle s'établit. L'orientation sexuelle réfère à l'attirance sexuelle et à l'intérêt émotif systématiques d'une personne à l'égard de l'autre sexe (hétérosexuelle), du même sexe (homosexuelle) ou des deux sexes (bisexuelle). L'hétérosexualité prédomine dans presque toutes les cultures connues dans le monde. Même si plusieurs adolescents ont occasionnellement des fantasmes impliquant une personne du même sexe ou vivent une ou plusieurs expériences homosexuelles, ces expériences isolées ne déterminent cependant pas nécessairement leur orientation sexuelle.

Il est difficile d'avoir des données exactes sur l'orientation sexuelle, particulièrement sur l'orientation homosexuelle ou bisexuelle, puisque les enquêtes dans ce domaine se heurtent à différents problèmes méthodologiques. D'une part, ces enquêtes se basent sur des déclarations autorapportées par le sujet et qui font appel à la mémoire, ce qui peut conduire à des distorsions. D'autre part, il existe un biais de désirabilité sociale qui fait en sorte que les individus fournissent des réponses qu'ils croient être « normales » ou « acceptables socialement » (Langis et Germain, 2009). Enfin, il existe un biais de représentativité, puisque les individus qui se portent volontaires pour participer à des études sur la sexualité sont susceptibles de ressentir moins de culpabilité à cet égard ; ils vivraient un éventail d'expériences sexuelles plus larges et manifesteraient des attitudes assez permissives quant à la sexualité (Wiederman, 1999).

#### Les origines de l'orientation sexuelle

De nombreuses recherches sur l'orientation sexuelle ont surtout tenté d'expliquer l'origine de l'homosexualité. Est-elle déterminée biologiquement ou résulte-t-elle d'un apprentissage ? Cette question est encore aujourd'hui un objet de controverse. Selon la théorie freudienne, l'homosexualité résulte de la non-résolution du complexe d'Œdipe. Elle a été inscrite dans le *DSM* comme une pathologie jusqu'en 1973, et ce n'est qu'en 1992 qu'elle disparaît de la classification de l'Organisation mondiale de la Santé (Briki, 2009). Plusieurs décennies de recherche n'ont pas permis de découvrir d'association entre l'orientation homosexuelle et les problèmes émotionnels ou sociaux, excepté ceux apparemment causés par l'**homophobie**. Ce sentiment de peur ou même d'aversion envers les personnes d'orientation homosexuelle peut se manifester par le rejet, le mépris, le harcèlement psychologique et la violence (Le Refuge, 2011). Les effets de l'homophobie sont particulièrement néfastes auprès des adolescents qui découvrent leur orientation sexuelle. L'homophobie peut amener certains homosexuels à rejeter leur identité et peut conduire à la dépression et au suicide (Briki, 2009).

L'orientation sexuelle semble, du moins en partie, déterminée génétiquement. On a identifié trois segments d'ADN, sur les chromosomes 7, 8 et 10, qui contribueraient à déterminer l'orientation sexuelle mâle (Mustanski *et al.*, 2005). Cependant, comme les vrais jumeaux ne sont pas parfaitement concordants en ce qui a trait à l'orientation sexuelle, des facteurs non génétiques peuvent aussi déterminer en partie cette orientation (Diamond et Savin Williams, 2003). Ainsi, dans une recherche portant sur plus de 3800 paires de jumeaux suédois de même sexe, les facteurs environnementaux non communs expliquaient environ 64 % des différences individuelles en matière d'orientation sexuelle. Les gènes expliquaient environ 34 % de la variation chez les hommes et 18 % chez les femmes (Langström *et al.*, 2008).

D'autre part, les études utilisant l'imagerie cérébrale ont découvert des similitudes marquantes dans la structure et le fonctionnement du cerveau des homosexuels par rapport à celui des hétérosexuels du sexe opposé. Par exemple, le cerveau des hommes homosexuels et des femmes hétérosexuelles est symétrique, alors que celui des lesbiennes et des hommes hétérosexuels a un hémisphère droit légèrement plus grand que le gauche. De plus, chez les homosexuels et les lesbiennes, les connexions

#### Homophobie

Sentiment de peur et d'aversion éprouvé envers les personnes d'orientation homosexuelle et qui amène de la discrimination à leur égard.

du corps amygdalien, qui entre en jeu dans les émotions, sont typiques du sexe opposé (Savic et Lindström, 2008). D'autres recherches utilisent aussi l'imagerie cérébrale pour étudier les phéromones. Ces phéromones, captées par le système olfactif chez les êtres humains, sont des substances chimiques volatiles qui jouent un rôle dans l'attraction sexuelle (Université de Montréal – Nouvelles, 2011). Des recherches portant plus particulièrement sur l'orientation sexuelle révèlent que l'odeur de la sueur masculine active autant l'hypothalamus chez les hommes homosexuels que chez les femmes hétérosexuelles. De la même façon, les lesbiennes et les hommes hétérosexuels réagissent plus positivement aux phéromones des femmes qu'à celles des hommes (Savic, Berglund et Lindström, 2005, 2006). Cependant, ces différences pourraient être un effet de l'homosexualité et non sa cause. Néanmoins, toutes ces études montrent bien que l'orientation sexuelle dépend de la combinaison de plusieurs facteurs, et c'est pourquoi d'autres recherches seront nécessaires pour arriver à les identifier de manière plus précise.

### Le développement de l'identité homosexuelle et bisexuelle

C'est généralement à l'adolescence que se manifeste la question de l'orientation sexuelle. Selon Lisa Diamond (1998, 2000), l'acquisition de l'orientation sexuelle se produirait en trois étapes. D'abord, le jeune prend conscience de son attirance envers les personnes du même sexe, généralement entre l'âge de 8 et 11 ans. Par la suite, de 12 à 15 ans, l'adolescent fait l'expérience d'activités sexuelles avec des personnes du même sexe. Enfin, de 15 à 18 ans, il intègre l'homosexualité à son identité, pour ensuite s'engager dans des relations de couple avec des personnes du même sexe.

Une enquête auprès de 2747 jeunes de toutes les régions du Québec a montré qu'environ 8% des jeunes des écoles secondaires s'identifient comme lesbiennes, gais ou bisexuels (Chamberland *et al.*, 2011). Malgré l'acceptation accrue de l'homosexualité au Canada, un grand nombre d'entre eux se sentent encore isolés dans un environnement hostile où ils peuvent être l'objet de discrimination et de violence physique ou psychologique, comme nous l'avons vu plus haut.

De plus, le fait de devoir composer avec une orientation sexuelle différente de celle de la majorité peut amener certains jeunes à se dévaloriser eux-mêmes. Selon Cloutier et Drapeau (2008), ce processus d'autodépréciation constitue un enjeu développemental très important. En effet, dans un tel contexte, il peut être très difficile pour un adolescent d'accepter son orientation et de la vivre ouvertement. Bien des adolescents peuvent donc être réticents à révéler leur orientation sexuelle, même à leurs parents, par peur de subir leur désapprobation ou même leur rejet. Ces craintes sont souvent justifiées, puisque plusieurs parents acceptent encore mal que leur enfant soit homosexuel. À cet effet, des études ont démontré que 24% des mères et 37% des pères affichent de l'intolérance à cet égard (Savin-Williams, 2001). Enfin, ces adolescents peuvent aussi avoir de la difficulté à rencontrer et à identifier des partenaires potentiels du même sexe (Diamond et Savin-Williams, 2003). Plusieurs ne peuvent pas explorer leur sexualité de façon socialement acceptable et vivent par conséquent une confusion d'identité (Sieving, Oliphant et Blum, 2002). Cependant, malgré cette situation difficile, certains jeunes homosexuels arrivent très bien à s'en sortir. Selon Dorais (2000), certaines attitudes, comme le fait de voir la différence comme un atout, de garder le sens de l'humour et de maintenir des relations significatives, contribuent à la résilience. En fait, il n'y a pas de trajectoire unique menant à l'identité et au comportement homosexuel, lesbien ou bisexuel.

## 10.2.4 Les comportements sexuels à risque

Les deux préoccupations majeures concernant l'activité sexuelle des adolescents sont le risque de contracter des **infections transmises sexuellement (ITS)** et le risque de grossesse précoce. Les jeunes le plus à risque sont ceux qui commencent à avoir des



### L'identité homosexuelle

C'est généralement au cours de l'adolescence que le jeune va intégrer son homosexualité à son identité.

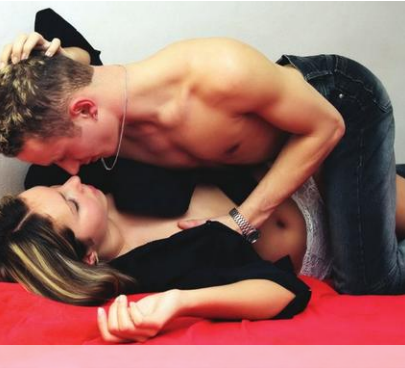
### Infection transmise sexuellement (ITS)

Infection ou maladie transmissible par contact sexuel.

relations sexuelles tôt, qui ont de multiples partenaires, qui n'utilisent pas régulièrement des contraceptifs et qui ne sont pas convenablement informés sur la sexualité (Abma *et al.*, 1997). L'appartenance à une communauté économiquement défavorisée, la consommation de drogues, les comportements antisociaux et l'association avec des pairs déviants constituent d'autres facteurs de risque. Toutefois, la surveillance parentale peut aider à les diminuer (Capaldi *et al.*, 2002).

La puberté précoce, le mauvais rendement scolaire, l'absence d'objectifs scolaires ou professionnels, l'absence du père – surtout tôt dans la vie –, des antécédents d'abus de nature sexuelle ou de négligence parentale et des modèles culturels ou familiaux d'expérience sexuelle précoce sont autant de situations qui peuvent amener certains adolescents à être sexuellement actifs de façon précoce (Klein et AAP Committee on Adolescence, 2005; Ellis *et al.*, 2003). Les adolescents dont le père est au courant de leurs occupations et connaît les amis fréquentés, comme ceux qui ont une relation chaleureuse avec leur mère ou qui pensent que leur mère désapprouve ce type d'activité, sont plus susceptibles de retarder le début de leur vie sexuelle active (Coley *et al.*, 2009).

Parmi les adolescents qui ont des relations sexuelles, plus du tiers disent le faire par amour, un argument plus souvent évoqué par les filles. Près du tiers des garçons mentionnent plutôt l'attraction physique, contre seulement 9 % pour les filles. La curiosité est aussi plus souvent mentionnée par les garçons que par les filles (Langis et Germain, 2009). Toutefois, c'est la perception des normes en vigueur dans le groupe de pairs qui représente une des influences les plus puissantes. En effet, les jeunes se sentent souvent forcés à pratiquer des activités pour lesquelles ils ne se considèrent pas prêts.



#### L'utilisation des préservatifs

Afin de se protéger à la fois des ITS et d'une grossesse non désirée, les jeunes devraient utiliser le condom combiné à un autre moyen de contraception.



#### L'utilisation de contraceptifs

Chez les adolescents sexuellement actifs, la meilleure protection demeure l'utilisation correcte et régulière de préservatifs qui, à la fois, protègent des ITS et préviennent la grossesse. Cette utilisation a augmenté au cours des dernières années, tout comme celle de la pilule contraceptive et de nouvelles méthodes de contraception hormonale et injectable, ou la combinaison de plusieurs de ces méthodes. Lors de la première relation sexuelle, 80 % des jeunes Américains utilisent un moyen contraceptif, la plupart du temps un préservatif (Abma *et al.*, 2010). La responsabilisation des jeunes est nécessaire pour une utilisation appropriée d'un moyen de contraception. Les contraceptifs hormonaux perdent de leur efficacité s'ils ne sont pas pris régulièrement. Les dispositifs intra-utérins, le timbre transdermique, le diaphragme, la cape cervicale et, ultimement, la contraception d'urgence sont quelques-uns des choix qui s'offrent aux femmes. Souvent, comme veut le faire Marie-Pier dans la mise en situation, les adolescentes qui utilisent des contraceptifs hormonaux cessent d'utiliser le préservatif, ce qui les laisse sans protection contre les ITS. C'est pourquoi la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (2012) et la plupart des organismes concernés recommandent l'utilisation continue d'une double protection.

#### Les infections transmises sexuellement (ITS)

Depuis le début des années 2000, les ITS sont en nette recrudescence, surtout chez les adolescents (Langis et Germain, 2009). Comparativement aux jeunes âgés de 20 à 24 ans, un plus grand nombre de jeunes de 15 à 19 ans ont des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, et près du tiers d'entre eux rapportent ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leurs dernières relations sexuelles. Cette proportion est plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes (Rotermann, 2008). Des enquêtes canadiennes montrent que 4,1 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont reçu un diagnostic d'ITS, avec une forte prévalence chez les filles (Rotermann, 2005, 2008).

Le tableau 10.2 présente certaines ITS, leurs causes, leurs symptômes les plus fréquents ainsi que leur traitement et leurs conséquences.

**TABLEAU 10.2 Les infections transmissibles sexuellement les plus courantes**

Maladie ou infection	Cause	Symptômes chez l'homme	Symptômes chez la femme	Traitements	Conséquences de l'absence de traitement
Chlamydia	Infection bactérienne	Douleur pendant la miction, écoulement du pénis	Écoulement vaginal, inconfort abdominal†	Tétracycline ou érythromycine	Peut causer une salpingite aiguë, voire la stérilité
Trichomonase	Infection parasitaire, parfois transmise par les objets humides comme les serviettes et les maillots de bain	En général, absence de symptômes	Absence de symptômes ou écoulement vaginal, inconfort pendant l'acte sexuel, odeur, miction douloureuse	Antibiotique oral	Peut causer la croissance anormale des cellules du col de l'utérus
Gonorrhée	Infection bactérienne	Écoulement du pénis, douleur pendant la miction	Inconfort lors de la miction, écoulement vaginal, menstruations anormales†	Pénicilline ou autres antibiotiques	Peut causer une salpingite aiguë, voire la stérilité, ainsi que de l'arthrite, une dermatite et la méningite
Papillomavirus (verruves génitales)	Papillomavirus humain	Excroissances non douloureuses qui apparaissent généralement sur le pénis, mais parfois aussi sur l'urètre ou dans la zone rectale*	Petites excroissances non douloureuses sur les organes génitaux et sur l'anus, qui peuvent aussi se produire à l'intérieur du vagin sans symptômes externes	Retrait des verrues, mais l'infection revient souvent	Peut être associé au cancer du col de l'utérus; pendant la grossesse, les verrues s'agrandissent et peuvent obstruer la filière pelviguénitale
Herpès génital	Virus de l'herpès simplex	Cloques douloureuses n'importe où sur les organes génitaux, généralement sur le pénis*	Cloques douloureuses sur les organes génitaux, parfois accompagnées de fièvre et de douleurs musculaires; les femmes qui ont des plaies sur le col de l'utérus peuvent ne pas être conscientes de la poussée de l'herpès*	Aucun traitement connu, mais infection contrôlée grâce à un médicament antiviral, l'acyclovir	Peut augmenter le risque d'un cancer du col de l'utérus
Hépatite B	Virus de l'hépatite B	Peau et yeux qui jaunissent	Peau et yeux qui jaunissent	Aucun traitement connu	Peut endommager le foie et causer une hépatite chronique
Syphilis	Infection bactérienne	Au premier stade, plaies brunes dans la bouche, sur les organes génitaux ou les deux, qui peuvent disparaître, bien que la bactérie reste; au deuxième stade, plus infectieux, démangeaison généralisée de la peau*	Au premier stade, plaies brunes dans la bouche, sur les organes génitaux ou les deux, qui peuvent disparaître, bien que la bactérie reste; au deuxième stade, plus infectieux, démangeaison généralisée de la peau*	Pénicilline ou autres antibiotiques	Peut provoquer une paralysie, des convulsions, des dommages au cerveau et, parfois, un décès
Sida (syndrome d'immunodéficience acquise)	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Fatigue extrême, fièvre, gonflement des ganglions lymphatiques, perte de poids, diarrhée, sueurs nocturnes, prédisposition aux autres maladies*	Fatigue extrême, fièvre, gonflement des ganglions lymphatiques, perte de poids, diarrhée, sueurs nocturnes, prédisposition aux autres maladies*	Aucun traitement; les inhibiteurs de la protéase et d'autres médicaments semblent tout de même prolonger la vie	Le décès est généralement causé par d'autres maladies, comme le cancer

**Légende:** \* = Peut être asymptomatique; † = Est souvent asymptomatique

En plus de ce qui a été mentionné plus haut, la diversification des pratiques sexuelles chez les 15-25 ans et leurs croyances erronées quant au danger de ces pratiques favorisent la progression des ITS (Langis et Germain, 2009). Malgré le fait que les jeunes sont plus à risque de contacter des ITS, ils perçoivent leur risque personnel comme peu élevé (Wildsmith *et al.*, 2010). Par ailleurs, depuis le début des années 2000, les jeunes adolescents s'adonnent en plus grand nombre, et de façon régulière, aux pratiques buccogénitales, croyant à tort que cette activité sexuelle n'entraîne que très

peu de risques de contracter une ITS (Curtis et Hunt, 2007). Pourtant, plusieurs ITS, notamment la gonorrhée pharyngée, peuvent se transmettre de cette façon (Remez, 2000). Au cours d'un seul acte sexuel non protégé avec un partenaire infecté, une fille a 1 % de risque de contracter le VIH, 30 % de contracter l'herpès génital et 50 % de contracter la gonorrhée (Alan Guttmacher Institute [AGI], 1999).

La chlamydia est l'ITS la plus souvent déclarée et, chez les Québécois de 15 à 24 ans, on a observé une hausse de 61 % chez les hommes et 40 % chez les femmes entre 2007 et 2011. On observe sensiblement la même chose pour la gonorrhée (Santé et Services sociaux Québec, 2012). Ces deux maladies sont curables, à la condition d'être dépistées et traitées. Or, la chlamydia est souvent asymptomatique, particulièrement chez les femmes, ce qui ne les amène pas à consulter. Non traitées, ces maladies peuvent entraîner de graves problèmes de santé, notamment pour les femmes, chez qui elles peuvent déclencher une inflammation pelvienne et une infection abdominale grave qui peut conduire à l'infertilité.

De son côté, l'herpès génital est une maladie chronique récurrente, souvent douloureuse et extrêmement contagieuse. Selon l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (2012), cette maladie touche environ 6 % des personnes âgées de 14 à 34 ans, elle est plus fréquente chez les femmes et la majorité des individus infectés ignorent qu'ils le sont. Quant au virus du papillome humain, il affecte 18,3 % des jeunes de 14 à 19 ans et représente une cause majeure de cancer de l'utérus chez les femmes. Chez les filles qui ont trois partenaires ou plus, le risque augmente à 50 % (Forhan *et al.*, 2008). La vaccination constitue une protection efficace contre cette infection. Au Québec, un programme de vaccination dans les écoles a été mis sur pied pour les filles et on suggère aussi de l'étendre aux garçons (Santé et Services sociaux Québec, 2013).

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui cause le sida, se transmet par les fluides corporels (principalement par le sang et le sperme), généralement en partageant les aiguilles servant aux injections de drogue par intraveineuse ou encore par contact sexuel avec un partenaire infecté. Ce virus attaque le système immunitaire de l'individu, qui devient alors vulnérable à diverses maladies mortelles. Au Québec, on a dénombré 320 nouveaux cas en 2011, dont environ 6 % était des jeunes âgés de 15 à 24 ans (MSSS, 2012). Pour le moment, le sida demeure une maladie incurable, mais grâce à la thérapie antivirale, et notamment aux inhibiteurs de protéase, on parvient de plus en plus à faire cesser les infections mortelles qui y sont liées (Weinstock, Berman et Cates, 2004). Ironiquement, en réduisant la peur de la maladie, les progrès médicaux peuvent pousser les adolescents sexuellement actifs à prendre moins de précautions lorsqu'ils ont des relations sexuelles. Par ailleurs, comme les symptômes n'apparaissent pas forcément rapidement après la contamination, le dépistage précoce est important.

Les informations sur la sexualité s'avèrent par conséquent très importantes relativement aux comportements des jeunes. Ceux qui peuvent parler de sexualité avec leurs frères et sœurs plus âgés ainsi qu'avec leurs parents sont plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers des relations sexuelles plus sécuritaires (Kowal et Pike, 2004). Les parents aussi ont besoin d'être informés sur les ITS et ils devraient avoir une attitude non moralisatrice à l'égard de la sexualité de leurs enfants. Une telle attitude favoriserait l'adoption de comportements sains et responsables chez les adolescents (Langis et Germain, 2009). Certains courants de pensée prônent l'abstinence comme unique option pour contrer les problèmes liés à la sexualité. Toutefois, les plaidoyers pour la virginité ont eu peu ou pas d'incidence sur les comportements sexuels (Kirby et Laris, 2009), si ce n'est une diminution de la probabilité d'utiliser des moyens de protection lors des relations sexuelles (Rosenbaum, 2009).

Malheureusement, plusieurs jeunes font leur éducation sexuelle auprès des médias, plus particulièrement Internet. Or, les médias abordent rarement les risques liés aux relations sexuelles non protégées et présentent souvent une vision déformée et

irréaliste de l'activité sexuelle, qui est associée au plaisir et à l'excitation, mais aussi à la compétition, au danger et à la violence. Les jeunes filles qui sont exposées à des contenus hautement sexuels sont deux fois plus susceptibles de vivre une grossesse, comparativement à celles qui sont peu ou pas exposées (Chandra *et al.*, 2008).

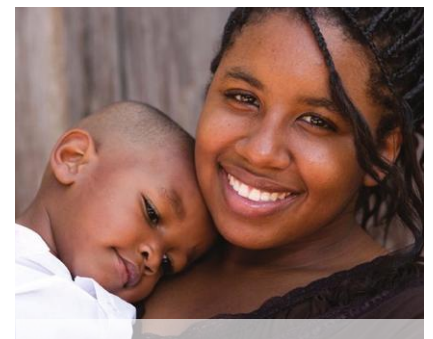
### La grossesse à l'adolescence

Au Québec, le taux de grossesse à l'adolescence a considérablement diminué depuis le milieu des années 1990. En 2007, il se situait à 1,3 % chez les 14-17 ans et à 5,6 % chez les 18-19 ans. Dans environ les deux tiers des cas, et même plus chez les 14-17 ans, la grossesse se termine par une interruption volontaire de grossesse (MSSS, 2011).

Un des facteurs expliquant la grossesse à l'adolescence est la résistance à la contraception. En effet, les adolescentes n'utilisent pas les contraceptifs ou en font une utilisation inadéquate. Par exemple, certaines d'entre elles, par peur de s'affirmer ou d'être rejetées, vont consentir à une relation sexuelle non protégée. Par ailleurs, il existe plusieurs mythes entourant la contraception et la grossesse. Ainsi, plusieurs adolescents croient qu'une fille ne peut pas tomber enceinte au cours d'une première relation sexuelle ou pendant ses menstruations. Ces mythes contribuent au maintien de comportements irresponsables pouvant mener à une grossesse non désirée et pourraient s'expliquer aussi par l'immaturité du réseau cognitif du cerveau, qui amène les adolescents à prendre des risques, comme nous l'avons vu au chapitre 9.

Or, plusieurs conséquences négatives sont associées à la grossesse à l'adolescence. Sur le plan physiologique, le corps des adolescentes est encore en pleine croissance et il se retrouve en compétition avec le fœtus en développement en ce qui a trait aux nutriments essentiels (Fraser, Brockert et Ward, 1995). Par ailleurs, de nombreuses jeunes mères sont pauvres et peu scolarisées, et certaines consomment même de la drogue. Nombre d'entre elles ne se nourrissent pas convenablement, ne prennent pas assez de poids et ne reçoivent pas les soins prénataux adéquats, voire n'en reçoivent pas du tout. Leur bébé est donc plus susceptible d'être prématuré ou dangereusement petit. Il court aussi plus de risques de complications lors de l'accouchement, de mort infantile, et il peut devoir faire face plus tard à des difficultés scolaires ainsi qu'à des problèmes de santé, de mauvais traitements, de négligence et de déficiences développementales pouvant se poursuivre jusqu'à son adolescence (Klein et AAP Committee on Adolescence, 2005; Menacker *et al.*, 2004). De leur côté, les mères adolescentes sont plus susceptibles d'abandonner l'école et de vivre des grossesses répétées. Parfois, ces mères et leurs partenaires n'ont pas suffisamment de maturité, de compétences et de soutien social pour être de bons parents (Pogarsky, Thornberry et Lizotte, 2006). Enfin, le rôle de père à l'adolescence peut aussi être difficile. Les études montrent en effet que les adolescents s'investissent généralement peu dans leur nouveau rôle, qui leur semble trop lourd. De plus, ces jeunes hommes vont souvent quitter la mère de l'enfant au cours de la grossesse ou des deux années suivant la naissance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009a). Toutefois, il faut être prudent quant à la généralisation de toute donnée puisqu'il existe encore peu d'études sur le sujet. Ainsi, certains jeunes prennent leurs rôles de père et de mère au sérieux et s'investissent pleinement dans leurs nouvelles responsabilités.

Une des composantes importantes de la prévention des grossesses adolescentes est l'accès aux services génésiques. Dans plusieurs pays d'Europe, comme en Grande-Bretagne, en France ou en Suède, les contraceptifs sont fournis gratuitement aux adolescents. Ainsi, la Suède a diminué de cinq fois son taux de grossesse à l'adolescence après avoir aussi introduit des cours sur la régulation des naissances, sur l'accès libre aux contraceptifs et sur l'avortement gratuit sur demande (Bracher et Santow, 1999). Pour prévenir les grossesses et les infections, on doit aussi tenir compte des facteurs de risque sous-jacents, et donc diminuer la pauvreté, l'échec scolaire ainsi que les problèmes comportementaux et familiaux, et améliorer l'emploi, l'acquisition de compétences et l'éducation sur la vie de famille (Klein et AAP Committee on Adolescence, 2005).



#### La maternité à un jeune âge

Avoir un enfant à l'adolescence rend la poursuite des études plus difficile, mais c'est aussi l'occasion d'une profonde remise en question.



## FAITES LE POINT

4. Décrivez le stade de développement psychosexuel qui est atteint à l'adolescence.
5. Qu'entend-on par homophobie ?
6. De quelle façon la fréquence des ITS a-t-elle évolué au cours des dernières années ?
7. Quelles peuvent être les conséquences négatives d'une grossesse à l'adolescence ?

## 10.3 Le développement des relations affectives et sociales

Les adolescents passent plus de temps avec leurs pairs et moins avec leur famille. Cependant, la plupart de leurs valeurs fondamentales sont généralement plus proches qu'on ne le croit de celles de leurs parents. Ainsi, même lorsque les adolescents se tournent vers leurs pairs pour trouver des modèles, pour avoir de la compagnie et pour partager de l'intimité, ils comptent encore sur leurs parents pour leur fournir une base sécuritaire à partir de laquelle ils vont pouvoir déployer leurs ailes.

### 10.3.1 La rébellion : mythe ou réalité

À la suite des écrits de Stanley Hall (*voir le chapitre 1*) et de Sigmund Freud, on a souvent assimilé l'adolescence à une période de **rébellion** et de crise empreinte de bouleversements émotionnels, de conflits avec la famille, de comportements irresponsables, d'une prise de distance par rapport à la société adulte et d'un rejet de ses valeurs. Pourtant, des recherches menées auprès d'adolescents, dans des écoles situées un peu partout dans le monde, suggèrent qu'ils ne sont en réalité qu'environ un sur cinq à correspondre à ce modèle (Offer et Schonert-Reichl, 1992).

La véritable rébellion semble désormais relativement inhabituelle dans les sociétés occidentales, tout au moins chez les adolescents de la classe moyenne qui fréquentent l'école. La plupart des jeunes se sentent proches de leurs parents, en ont une perception positive, partagent les mêmes opinions qu'eux sur la plupart des sujets et comptent sur leur approbation (Offer et Church, 1991).

De plus, contrairement à la croyance populaire, les adolescents qui sont apparemment bien adaptés ne sont pas des bombes à retardement prêtes à exploser. Une étude longitudinale américaine, menée auprès de 67 garçons de 14 ans vivant en banlieue, révèle que la grande majorité d'entre eux s'adaptent bien à leurs expériences de vie. Le nombre relativement faible d'adolescents profondément troublés semblait provenir de familles perturbées. Une fois devenus adultes, ils continuent d'avoir une vie familiale instable et de rejeter les normes culturelles. Par contre, ceux qui ont grandi dans un foyer où l'atmosphère familiale était positive semblent avoir tendance à terminer leur adolescence sans connaître de problèmes graves, à former un couple solide une fois devenus adultes et à avoir une vie bien adaptée (Offer *et al.*, 2004).

Bien entendu, sans parler de crise, l'adolescence peut néanmoins être une période de transition difficile pour les jeunes et pour leurs parents. Les conflits familiaux, la dépression et les comportements à risque y sont plus courants que pendant les autres moments de la vie (Arnett, 1999). Les conflits familiaux, même s'ils ne sont pas fréquents, ont des effets significatifs sur la détresse émotionnelle, particulièrement chez les jeunes dont les parents ont grandi à l'étranger (Chung, Flook et Fuligni, 2009).

Les émotions négatives et les changements d'humeur sont plus intenses au début de l'adolescence, peut-être à cause du stress lié à la puberté. Cette émotivité a toutefois tendance à se stabiliser à la fin de l'adolescence (Larson *et al.*, 2002). Le fait de reconnaître que l'adolescence peut être une période difficile peut aider les parents et les enseignants à replacer les comportements des adolescents dans leur juste perspective.

#### Rébellion

Modèle de tourmente affective caractéristique d'une minorité d'adolescents, qui peut comporter des conflits avec la famille, la prise de distance par rapport à la société adulte, le rejet de ses valeurs et des comportements irresponsables.



Cependant, les adultes qui pensent que la tourmente est normale et nécessaire à cette période risquent de ne pas tenir compte des signaux émis par les quelques jeunes, relativement peu nombreux, qui ont tout de même besoin d'une aide spécialisée.

### 10.3.2 Les relations avec les parents

Durant l'adolescence, les relations avec les parents et le degré de conflit et d'ouverture dans la communication sont largement enracinés dans la proximité affective instaurée pendant l'enfance. Par ailleurs, les relations des adolescents avec leurs parents préparent le terrain pour la qualité de leur relation avec le partenaire à l'âge adulte (Overbeek *et al.*, 2007).

La plupart des adolescents déclarent avoir de bonnes relations avec leurs parents (Gutman et Eccles, 2007). Pourtant, l'adolescence amène des difficultés particulières. Ainsi, alors que les adolescents ressentent une tension entre la dépendance envers leurs parents et la nécessité de se détacher, les parents, de leur côté, désirent que leurs enfants soient indépendants, mais ont en même temps de la difficulté à lâcher prise. Ils sont donc tiraillés entre le désir de leur accorder plus de liberté et celui de les protéger des défaillances de jugement dues à leur immaturité. Or, ces tensions peuvent entraîner des conflits familiaux, dont la forme et le résultat peuvent être influencés par le style parental. De plus, comme pour les enfants plus jeunes, les relations des adolescents avec leurs parents sont influencées par les conditions de vie de ces derniers, c'est-à-dire par leur travail, leur situation matrimoniale et leur statut socioéconomique. La personnalité est aussi un facteur important. L'amabilité chez les adolescents et l'extraversion chez les parents sont associées à des relations chaleureuses (Denissen, van Aken et Dubas, 2009).

#### L'individuation et les conflits familiaux

L'**individuation** représente la lutte de l'adolescent pour l'autonomie et la différenciation ou l'identité personnelle. Ce processus peut occasionner des conflits familiaux, car un aspect important de l'individuation consiste à définir les limites de l'autorité parentale.

Comme c'est le cas pour Marie-Pier dans la mise en situation, les disputes entre parents et adolescents portent le plus souvent sur des préoccupations liées au quotidien : les tâches ménagères, les travaux scolaires, l'habillement, l'argent, le couvre-feu, les relations amoureuses et les amis (Steinberg, 2005). L'intensité émotive de ces conflits, souvent exagérée par rapport au problème, peut refléter le processus d'individuation sous-jacent. Les conflits familiaux ainsi que l'identification positive aux parents sont à leur apogée à l'âge de 13 ans, puis diminuent ensuite jusqu'à l'âge de 17 ans, moment où ils se stabilisent ou augmentent légèrement. À cet âge, les jeunes ont plus d'occasions de prendre des décisions de façon indépendante, élargissant ainsi les frontières de ce qui est considéré comme leurs affaires privées (Gutman et Eccles, 2007). Il existe toutefois des différences culturelles. Les jeunes Américains ont tendance à se définir en fonction de leurs parents, mais cette tendance diminue avec l'âge, contrairement aux jeunes Chinois qui continuent d'être en accord avec eux tout au long de leur adolescence (Pomerantz *et al.*, 2009). Les adolescents les plus sûrs d'eux ont des relations solides et réconfortantes avec leurs parents, lesquels sont sensibles à la façon dont leurs enfants se perçoivent, permettent et encouragent leurs tentatives d'indépendance et leur procurent un refuge en cas de stress émotionnel (Allen *et al.*, 2003).

La qualité des relations familiales, surtout chez les filles, peut avoir une influence sur la santé mentale, les interactions familiales négatives étant liées à la dépression à l'adolescence, alors que l'identification familiale positive est associée à un taux inférieur de dépression (Gutman et Eccles, 2007).



#### L'importance de l'atmosphère familiale

Les jeunes qui grandissent dans une atmosphère familiale chaleureuse traversent généralement l'adolescence sans problèmes.

#### Individuation

Quête d'autonomie et d'identité chez les adolescents.



#### Marquer son territoire

La recherche de l'individuation occasionne parfois des conflits familiaux.



Quels sont les styles éducatifs respectifs des parents de Marie-Pier et des parents de Nabila ?

## Les styles parentaux et la santé psychologique

Comme chez l'enfant plus jeune, les pratiques parentales démocratiques continuent de favoriser un développement psychosocial sain (Baumrind, 1991, 2005). Ces parents insistent sur les règles, les normes et les valeurs importantes, mais ils sont aussi prêts à écouter, à expliquer et à négocier. Les parents qui manifestent leur déception par rapport à l'inconduite adolescente réussissent mieux à motiver leurs jeunes à adopter des comportements responsables que ceux qui leur imposent des punitions sévères (Krevans et Gibbs, 1996). Les parents démocratiques exercent donc un contrôle adéquat sur la conduite de leur enfant (contrôle comportemental), mais pas sur ses sentiments, ses croyances et son sens de l'identité (contrôle psychologique) (Steinberg et Darling, 1994).

Une étude belge révèle que les jeunes sont plus disposés à révéler des informations les concernant lorsque les parents entretiennent un climat familial chaleureux et réceptif dans lequel ils sont encouragés à parler ouvertement, et lorsque les parents expriment clairement leurs attentes sans exercer un contrôle exagéré, donc en d'autres termes, lorsqu'ils adoptent un style démocratique (Soenens *et al.*, 2006).

Le contrôle psychologique, qui s'exerce à travers des techniques de manipulation comme le retrait de l'amour, peut nuire au développement psychologique et à la santé mentale des adolescents. Par exemple, l'utilisation du retrait de l'amour comme stratégie est associée à une augmentation du ressentiment envers les parents et à une diminution des habiletés d'autorégulation des émotions négatives (Roth *et al.*, 2009). Les parents qui exercent un contrôle psychologique peuvent nuire au développement psychosocial de leur enfant et à sa santé mentale, car ils ne répondent pas adéquatement à ses besoins croissants d'autonomie psychologique ou à son droit à ses propres réflexions ou sentiments (Steinberg, 2005). Enfin, les adolescents auxquels les parents accordent de l'autonomie psychologique ont tendance à avoir davantage confiance en eux et à être plus compétents, tant dans le domaine scolaire que dans le domaine social (Gray et Steinberg, 1999).

Les adolescents, et plus particulièrement les adolescentes, ont tendance à avoir des relations plus étroites et plus aidantes avec leur mère qu'avec leur père et ils se confient davantage à leur mère (Yau *et al.*, 2009). De plus, la qualité de la relation semble jouer un rôle plus important chez les filles que chez les garçons dans le désir de se confier à leurs parents (Keijsers *et al.*, 2010).

## La structure de la famille et l'atmosphère familiale

Les adolescents, comme les enfants plus jeunes, sont sensibles à l'atmosphère qui règne à la maison. En effet, des études montrent que les changements relatifs à la détresse conjugale ou aux conflits conjugaux (que ce soit en termes d'amélioration ou de détérioration) permettent de prédire des changements correspondants en ce qui a trait à l'adaptation des adolescents (Cui, Conger et Lorenz, 2005). Des études longitudinales ont montré que des adolescents ou adolescentes dont les parents ont divorcé par la suite présentaient plus de problèmes scolaires, psychologiques et comportementaux avant la séparation que d'autres jeunes dont les parents n'ont pas divorcé (Sun, 2001).

Les adolescents vivant dans une famille où les deux parents sont mariés ont tendance à avoir significativement moins de problèmes de comportement que ceux qui grandissent dans d'autres types de structure familiale (parent unique, cohabitation ou famille reconstituée). La participation du père représente aussi un facteur important. L'implication active du père à la suite d'une rupture conjugale est aidante, mais pas autant que celle du père qui vit à la maison (Carlson, 2006). Toutefois, lorsqu'il y a présence d'un beau-père, les liens étroits que l'adolescent entretient avec lui ont alors plus d'influence que ceux qu'il a avec son père biologique (King, 2006).

### 10.3.3 Les relations avec la fratrie

Comme les adolescents accordent plus de temps à leurs amis, il leur en reste moins qu'autrefois à consacrer à leurs frères et sœurs, dont ils se distancient momentanément. Ils sont donc moins proches de leur fratrie que de leurs parents ou de leurs amis, et moins influencés par elle. Ces changements relationnels avec la fratrie précèdent les changements similaires qui se produisent dans les relations entre adolescents et parents: le jeune devient plus indépendant et le parent exerce moins d'autorité. Par ailleurs, au moment où les adolescents approchent du secondaire, leurs relations fraternelles deviennent progressivement plus égalitaires: les frères et sœurs plus âgés exercent moins de pouvoir sur les plus jeunes, et ces derniers n'ont plus besoin d'autant de supervision. Les différences d'âge relatives diminuent, tout comme celles ayant trait aux compétences et à l'indépendance.

Par ailleurs, les frères et sœurs plus jeunes qui vivent avec un frère aîné antisocial courent un sérieux risque de présenter un comportement antisocial, des problèmes de drogues, de violence, et cela, peu importe la discipline parentale (Snyder, Bank et Burraston, 2005).

Des chercheurs ont effectué une étude longitudinale auprès de 200 familles américaines blanches et ont tracé un graphique des changements des relations fraternelles entre le milieu de l'enfance et l'adolescence (Kim *et al.*, 2006). Comme dans les recherches antérieures, les sœurs rapportent une plus grande intimité entre elles que les frères ou que les paires mixtes. De plus, le niveau d'intimité entre les enfants du même sexe demeure stable. En revanche, les frères et les sœurs semblent devenir moins intimes entre le milieu de l'enfance et le début de l'adolescence. Ils se rapprochent davantage au milieu de l'adolescence, soit à une période où la plupart des jeunes s'intéressent davantage au sexe opposé. Leurs conflits tendent alors à diminuer.

### 10.3.4 Les relations avec les pairs

Pendant l'enfance, la plupart des interactions entre pairs sont dyadiques, c'est-à-dire qu'elles se déroulent entre deux personnes, bien que des regroupements plus importants commencent à se former au milieu de l'enfance. À l'adolescence, le système social des pairs se complexifie et se diversifie. Même si les adolescents continuent d'avoir des amitiés individuelles, les cliques, des groupes structurés d'amis qui font des choses ensemble, deviennent plus importantes. Enfin, un troisième type de regroupement plus grand apparaît généralement à l'adolescence, qui n'est pas basé sur les interactions personnelles, mais sur la réputation, l'image ou l'identité: la gang. On ne parle pas ici de gangs de rue, mais bien de regroupements de jeunes qui se distinguent en fonction de caractéristiques sociales particulières. L'appartenance à cette gang est une construction sociale, une série d'étiquettes que les jeunes utilisent pour diviser la carte sociale en se basant sur le quartier, l'ethnicité, le statut socioéconomique ou d'autres facteurs. Ces trois niveaux de regroupement entre pairs peuvent coexister, certains pouvant même se recouper. De plus, les regroupements changent avec le temps. Aussi, l'appartenance à une clique ou une gang a tendance à diminuer au fur et à mesure que l'adolescence progresse (Brown et Klute, 2003).

L'engagement croissant auprès des pairs joue un rôle déterminant à l'adolescence:

- C'est une source importante de soutien affectif pendant la période de transition complexe que représente l'adolescence;
- C'est un espace où l'adolescent peut expérimenter différentes facettes de sa personnalité;
- C'est un milieu où le jeune devient autonome et indépendant de ses parents;



#### La gang

La gang procure à l'adolescent une sorte d'étiquette sociale.

- C'est un lieu pour établir des relations intimes et pour s'exercer à l'intimité avant l'âge adulte.

Les pairs exercent ainsi une forte influence sur le comportement de l'adolescent, ce que les parents déplorent parfois. L'influence des pairs atteint normalement son maximum vers l'âge de 12 ou 13 ans, puis diminue. À 13 ou 14 ans, les adolescents populaires peuvent adopter des comportements légèrement antisociaux consistant, par exemple, à essayer des drogues ou à entrer au cinéma sans payer afin de prouver à leurs pairs qu'ils se sont affranchis des règles parentales. Dans une étude portant sur l'influence des pairs dans la prise de risques, 306 adolescents du secondaire et des jeunes adultes ont joué à un jeu vidéo. Pour tous les groupes d'âge, la prise de risques était plus grande en compagnie de pairs que seuls, particulièrement chez les plus jeunes participants (Gardner et Steinberg, 2005).

### Les relations amoureuses

Les relations amoureuses représentent un élément central du monde social de la plupart des adolescents. Elles contribuent en effet au développement de l'intimité et de l'identité et ont tendance à inclure des relations sexuelles, comme on peut le voir dans la mise en situation de ce chapitre.



#### Les relations amoureuses à l'adolescence

Avec l'avancement en âge, l'adolescent accorde de plus en plus d'importance à une relation exclusive avec un partenaire amoureux.

Avec l'apparition de la puberté, la plupart des garçons et des filles commencent à penser aux membres de l'autre sexe et à interagir différemment avec eux. Généralement, les adolescents passent donc des rendez-vous avec des groupes mixtes à des relations amoureuses avec une seule personne qui, selon eux, contrairement aux amitiés avec l'autre sexe, comprennent de la passion et un sentiment d'engagement. Les relations amoureuses ont tendance à devenir plus intenses et plus intimes au cours de l'adolescence. Ainsi, au Québec, 77 % des garçons et 79 % des filles de cinquième secondaire rapportent avoir déjà eu une relation amoureuse (Gouvernement du Québec, 2009). Vers l'âge de 16 ans, les adolescents pensent davantage à leur partenaire amoureux et interagissent plus avec lui qu'avec leurs parents, leurs amis, leurs frères et sœurs (Bouchey et Furman, 2003). Ce n'est toutefois que vers la fin de l'adolescence ou le début de l'âge adulte que les relations amoureuses commenceront à combler l'ensemble des besoins affectifs auxquels ce type de relation peut répondre, et seulement dans une relation qui dure un certain temps (Furman et Wehner, 1997).

La relation de couple des parents peut servir de modèle et ainsi influencer la qualité des relations intimes que l'adolescent développe. À cet égard, une étude menée auprès d'adolescents québécois démontre que leur satisfaction amoureuse est non seulement liée à celle de leurs parents, mais qu'elle est aussi associée à la qualité de la relation entre le parent et son adolescent (Baril *et al.*, 2007). Par ailleurs, le groupe de pairs étant aussi le milieu où se déroulent la plupart des relations amoureuses, il peut donc avoir une influence sur le choix du partenaire et sur l'évolution de la relation (Bouchey et Furman, 2003).

### L'importance de l'amitié

L'intensité et l'importance des amitiés, de même que la quantité de temps passé avec les amis, sont probablement plus élevées à l'adolescence que pendant tout le reste de la vie. Les amitiés ont en effet tendance à être plus réciproques, plus égales et plus stables. Celles qui sont moins satisfaisantes perdent de l'importance ou sont abandonnées. Une plus grande intimité, la loyauté et le partage marquent la transition vers des amitiés plus semblables à celles des adultes. Les adolescents plus âgés commencent à compter davantage sur leurs amis que sur leurs parents pour partager de l'intimité et obtenir du soutien. Comme on l'a vu dans la mise en situation, les amitiés entre filles ont aussi tendance à être plus intimes que les amitiés entre garçons et à donner fréquemment lieu à des confidences (Brown et Klute, 2003). L'intimité avec les amis du même sexe augmente au début et à la moitié de l'adolescence, puis diminue habituellement au fur et à mesure que l'intimité avec les personnes du sexe opposé augmente (Laursen, 1996).

L'intimité croissante des amitiés adolescentes reflète le développement cognitif et affectif. Les adolescents sont désormais plus à même d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments personnels. Comme ils sont plus aptes à considérer le point de vue de l'autre, il leur est donc plus facile de comprendre les pensées et les sentiments d'un ami. L'augmentation de l'intimité reflète également le souci que les jeunes adolescents ont de se connaître eux-mêmes. Ainsi, les confidences faites à un ami aident les jeunes à explorer leurs propres sentiments, à définir leur identité et à valider leur confiance en eux (Buhrmester, 1996).

Enfin, la capacité d'être intime est liée à l'adaptation psychologique et à la compétence sociale. Les adolescents qui ont des amitiés intimes, stables et réconfortantes ont généralement une haute opinion d'eux-mêmes, de bonnes notes à l'école, sont sociables et peu susceptibles d'être hostiles, anxieux ou déprimés (Hartup et Stevens, 1999). Ils ont aussi tendance à avoir établi des liens solides avec leurs parents (Brown et Klute, 2003). Un processus bidirectionnel semble donc être en action : de bonnes relations favorisent l'adaptation, ce qui favorise ensuite de bonnes amitiés.

Comme les enfants plus jeunes, les adolescents ont tendance à choisir des amis qui leur ressemblent. De plus, les qualités qui amènent des amis à se choisir mutuellement peuvent les entraîner à se développer dans la même direction. Ils peuvent en effet s'influencer l'un l'autre, que ce soit pour les activités prosociales ou pour les comportements à risque ou problématiques (Barry et Wentzel, 2006). Par exemple, les amis ont tendance à avoir des attitudes semblables envers les études et le rendement scolaire, ainsi que les mêmes taux de consommation de drogue (Hamm, 2000). Les parents influencent quant à eux indirectement le choix des amis de leurs adolescents en décidant du quartier dans lequel ils habitent et de l'école que leurs enfants fréquentent, mais aussi par l'ampleur et le type de supervision qu'ils exercent et, surtout, par la qualité de leur propre relation avec eux (Knoester, Haynie et Stephens, 2006). Toutefois, l'utilisation croissante des médias sociaux par les adolescents rend cette supervision de plus en plus difficile. Les médias sociaux ont des effets positifs et négatifs sur les relations sociales à l'adolescence, comme on peut le voir dans l'encadré 10.2.



Quels besoins l'amitié entre Marie-Pier et Gabrielle contribue-t-elle à combler chez celles-ci ?



### Les amitiés à la fin de l'adolescence

Vers le milieu de l'adolescence, une plus grande intimité reflète une meilleure habileté à partager ses sentiments et ses émotions.

## ENCADRÉ 10.2 APPROFONDISSEMENT

### L'utilisation des médias sociaux par les jeunes

L'omniprésence de la communication électronique, comme la messagerie instantanée, les courriels, les messages textes, ainsi que des médias sociaux, tels que Facebook, Twitter et Instagram, a changé la façon dont beaucoup de jeunes communiquent. Pour certains, cela est devenu une dépendance ; alors que les jeunes Québécois de 13 à 17 ans envoient en moyenne plus de 3200 messages textes par mois, certains dépassent les 15 000 (Karsenti, 2013). En tant que groupe, les adolescents sont les principaux utilisateurs des plateformes sociales interactives. Ils passent plus de temps sur Internet que les adultes et se servent de ces technologies surtout pour communiquer. Selon les premières recherches réalisées sur ce phénomène, il apparaissait que la communication en ligne réduisait les contacts sociaux des adolescents avec leurs amis et leur famille. En effet, les études menées dans les années 1990 et 2000 sur les effets de l'utilisation d'Internet ont révélé trois faits : les jeunes qui consacraient beaucoup de temps à



Internet en passaient moins en compagnie de leurs amis (Nie, 2001), ils avaient moins d'amis (Mesch, 2001) et leurs contacts sociaux et leur bien-être étaient moindres (Kraut et al., 1998).

Cependant, Internet est devenu beaucoup plus accessible ; des technologies plus perfectionnées se sont répandues, telles que la messagerie instantanée et Facebook, et ont remplacé les clavardoirs publics. L'utilisation accrue d'Internet s'est mise à entraîner des effets positifs. Ainsi, des études européennes et américaines ont permis de constater que 88 % des jeunes utilisent la messagerie instantanée pour communiquer avec leurs amis (Valkenburg et Peter, 2007). D'après des études récentes, la communication électronique stimule les contacts sociaux au lieu de les réduire ; les jeunes se sentent plus proches de leurs amis et de leur famille, ils peuvent rester en contact avec des amis qu'ils ne peuvent voir régulièrement, ils peuvent mieux connaître les autres élèves de leur école et ils ont plus de possibilités d'entrer en relation avec d'autres personnes (Common Sense Media, 2012).

L'une de ces études a porté sur Twitter. Les chercheurs ont conclu que cette plateforme sociale favorise la camaraderie et l'intégration à une communauté virtuelle chez les personnes qui y sont actives depuis plusieurs mois (Chen, 2010).

La possibilité de se révéler plus facilement dans les communications en ligne constitue la principale raison qui sous-tend les meilleurs contacts sociaux et le bien-être accru observés chez les utilisateurs. Souvent, les internautes deviennent anormalement intimes avec leurs interlocuteurs lorsque l'environnement virtuel laisse peu de place aux indices contextuels visuels et auditifs. Ils craignent moins le jugement des autres et s'expriment plus librement (Valkenburg et Peter, 2009). Dans la mesure où les adolescents associent la révélation de soi à l'amitié véritable, la propension élevée à se dévoiler dans les environnements virtuels peut aussi être associée à la formation d'amitiés de qualité (Valkenburg et Peter, 2007), ce qui, par conséquent, augmente les contacts sociaux et le bien-être des utilisateurs des technologies de communication.

Il y a toutefois un revers à la médaille. Ce sont justement les aspects de la communication électronique favorisant les liens sociaux, en particulier

l'anonymat, qui ont fait d'Internet un outil de choix pour les intimidateurs. Comme nous l'avons vu précédemment, l'intimidation est une forme d'agression qui vise à nuire. L'Université de Toronto (2008) a conduit une vaste enquête sur la cyberintimidation auprès de 2186 jeunes de plusieurs écoles primaires et secondaires de la région de Toronto. Voici quelques-uns de ses résultats :

- 21 % ont été victimes de cyberintimidation au cours des trois derniers mois ;
- 36 % des intimidations ont été faites par un « ami » et 22 % par un autre élève de l'école ;
- 52 % n'ont pas réagi face à l'intimidation ;
- 35 % ont déjà participé à une cyberintimidation ;
- 28 % ont déjà été témoins d'intimidation envers quelqu'un d'autre.

Bien que la révélation de soi soit courante sur Internet, le mensonge y est aussi très répandu. Il est d'ailleurs plus facile de mentir dans un courriel qu'avec un stylo sur du bon vieux papier (Naquin, Kurtzberg et Belkin, 2010).



### FAITES LE POINT

8. De quelle façon la relation avec les parents se modifie-t-elle avec l'arrivée de l'adolescence ?
9. Quel type de pratique parentale devrait être privilégié par les parents ? Pourquoi ?
10. Expliquez comment les relations avec les pairs se transforment au cours de l'adolescence.
11. De quelle façon les relations amoureuses évoluent-elles au cours de l'adolescence ?

## 10.4 Les problèmes psychosociaux à l'adolescence

Même si la majorité des adolescents traverse cette période d'une manière relativement sereine, une minorité d'entre eux doit faire face à des problèmes psychosociaux divers. Parmi ces problèmes, on note la présence de la délinquance juvénile, qui réfère à l'ensemble des infractions commises par les individus d'âge mineur (Cloutier et Drapeau, 2008). Au Québec, 13,6 % des infractions au *Code criminel* sont le fait de jeunes de 12 à 17 ans (Ministère de la Sécurité publique, 2012). Qu'est-ce qui influence donc les jeunes qui se livrent à des actes violents ou à d'autres actes antisociaux et quels sont les processus à l'œuvre dans le développement de ces tendances antisociales ? Comment les comportements problématiques se transforment-ils en délinquance chronique ? C'est ce que nous allons voir maintenant.

### 10.4.1 Les facteurs de risque

Les comportements antisociaux ont tendance à se développer au sein de la famille. Les analyses de plusieurs études ont en effet conclu que les gènes influencent de 40 % à 50 % de la variation des comportements antisociaux dans une population, et de 60 % à 65 % de la variation des comportements antisociaux agressifs (Rhee et Waldman, 2002; Tackett *et al.*, 2005). Toutefois, les gènes ne sont pas les seuls prédicteurs du comportement antisocial. Les recherches démontrent que même si la génétique a une influence sur la délinquance, des influences environnementales comme la famille, les amis et l'école affectent l'expression des gènes (Guo, Roettger et Cai, 2008).

Les déficits neurobiologiques, surtout dans les zones du cerveau qui régulent les réactions au stress, pourraient expliquer pourquoi certains enfants deviennent antisociaux. En effet, à cause de ces déficits, qui peuvent être dus à l'interaction entre des facteurs génétiques ou par un tempérament difficile et une adversité familiale précoce, ces enfants ne recevraient pas de signaux avertisseurs leur indiquant de réfréner leurs comportements impulsifs ou irresponsables, ou ne porteraient pas attention à ces signes. L'interaction entre ces facteurs de risque génétiques ou biologiques et ces facteurs environnementaux peut donc être à l'origine de nombreux comportements antisociaux (Van Goozen *et al.*, 2007).

Les chercheurs ont déterminé deux types de comportement antisocial. Un premier type se manifeste tôt, soit vers l'âge de 11 ans, et a tendance à conduire à la délinquance juvénile à l'adolescence. Un second type, plus léger, commence plus tard, après la puberté, et a tendance à augmenter temporairement en réaction aux changements qui se produisent à l'adolescence, soit une dissonance entre la maturité biologique et la maturité sociale, un désir accru d'autonomie et une diminution de la supervision exercée par les adultes. Les adolescents appartenant à ce deuxième type de comportement antisocial sont plus susceptibles de commettre des infractions relativement mineures (Schulenberg et Zarrett, 2006). Quant aux individus appartenant au premier type, ils sont plus à risque d'adopter des conduites délinquantes chroniques. Ainsi, la précocité de l'activité antisociale est un prédicteur extrêmement puissant de l'évolution vers des formes plus graves de délinquance (Cloutier et Drapeau, 2008). Selon la théorie de Bronfenbrenner, l'apparition précoce du comportement antisocial serait influencée par des facteurs interdépendants allant des influences microsystemiques (l'hostilité parent-enfant, des pratiques parentales inefficaces, la déviance des pairs) à des influences macrosystemiques (la structure communautaire et le soutien social disponible dans le quartier) (Buehler, 2006). Ces influences interdépendantes se manifesteraient dès le début de l'enfance et expliqueraient pourquoi les comportements antisociaux perdurent jusqu'à l'âge adulte ; ces adolescents ont peu de contrôle sur leurs impulsions, sont agressifs et n'ont pas tendance à penser à leur avenir (Monahan, Gauffman et Steinberg, 2009).

L'apparition tardive du comportement antisocial se produit généralement chez des adolescents qui viennent de familles dont les antécédents sont normaux. Par contre, il semblerait que les parents d'enfants qui deviennent antisociaux de manière chronique ne soient pas parvenus à renforcer les bons comportements au début de l'enfance et qu'ils aient été durs ou incohérents (voire les deux) lorsqu'ils punissaient les inconduites de leurs enfants (Snyder *et al.*, 2005). Au fil du temps, ces parents n'ont peut-être pas été suffisamment proches de leurs enfants ou n'ont pas assez participé à leur vie de façon positive (Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989). De leur côté, les enfants antisociaux peuvent se voir récompensés pour leurs mauvais comportements, puisque par leurs agissements, ils peuvent obtenir de l'attention ou encore faire ce qu'ils veulent.

Au début de l'adolescence, il peut y avoir une hostilité ouverte entre le parent et l'enfant. Lorsque les critiques constantes, la coercition empreinte de colère ou les comportements grossiers et non coopératifs caractérisent les interactions parent-enfant, ce dernier a tendance à manifester des comportements agressifs problématiques, qui empirent d'autant sa relation avec son parent (Buehler, 2006). Une étude menée au Nouveau-Brunswick a révélé que le mépris de l'autorité et l'impulsivité sont les principaux traits de personnalité qui distinguent les adolescentes délinquantes des adolescentes sans problèmes (Bergheul et Collette, 2013). De plus, les pratiques parentales inefficaces peuvent faire en sorte que les frères et les sœurs plus jeunes soient soumis à l'influence puissante d'un aîné déviant, surtout si la différence d'âge n'est pas très grande (Snyder, Bank et Burraston, 2005).

Comme on l'a vu précédemment, les pratiques parentales de style démocratique peuvent aider les jeunes à intérioriser des normes qui les protègent de l'influence négative



### Les comportements antisociaux

Les adolescents qui proviennent d'une famille pauvre qui leur offre peu de supervision sont plus susceptibles de commettre des actes antisociaux et de se joindre à une gang aux comportements déviants.

des pairs et qui les aident à s'ouvrir à des influences positives (Collins *et al.*, 2000). Les adolescents dont les parents savent où ils sont et ce qu'ils font sont moins susceptibles de commettre des actes délinquants ou de s'associer à des pairs déviants (Laird *et al.*, 2003; Lloyd et Anthony, 2003). Les données canadiennes vont dans le même sens et montrent que des pratiques parentales adéquates, qui utilisent les louanges et les incitations, ainsi qu'une discipline verbale, plutôt qu'une discipline sévère et des châtiments corporels, représentent des facteurs de protection contre la délinquance juvénile. On constate également que lorsque les parents se sentent responsables des mauvais comportements de leur enfant, ils ont tendance à utiliser une discipline verbale, alors que si ces mauvais comportements sont attribués au manque d'efforts de l'enfant, ils donnent lieu à une discipline sévère et incohérente (Beaulieu et Normandeau, 2011).

Par contre, l'absence de supervision, une trop grande permissivité, une discipline incohérente ou trop stricte, un faible lien d'attachement et l'incapacité d'établir des limites claires représentent de puissants facteurs de risque de délinquance et d'adhésion à des gangs de rue (Sécurité publique Canada, 2009).

Pour sa part, la situation économique de la famille peut influencer le développement des comportements antisociaux. Ainsi, les adolescents pauvres sont plus susceptibles que les autres de commettre des actes antisociaux, ceux dont les familles sont continuellement pauvres ayant même tendance à devenir de plus en plus antisociaux avec le temps. À l'inverse, lorsque les familles sortent de la pauvreté au moment où l'enfant est encore jeune, celui-ci n'est pas plus susceptible d'avoir des problèmes de comportement à l'adolescence qu'un enfant dont la famille n'a jamais été pauvre (MacMillan, McMorris et Kruttschnitt, 2004). En outre, comme nous l'avons mentionné, les lacunes de l'organisation sociale dans un quartier défavorisé peuvent avoir une influence sur la délinquance, en raison de leurs répercussions sur le comportement éducatif des parents et sur la déviance des pairs (Chung et Steinberg, 2006). Par conséquent, la combinaison de pratiques parentales protectrices et engagées et de l'efficacité collective peut décourager les adolescents de s'associer à des pairs déviants (Brody *et al.*, 2001). Le tableau 10.3 présente les principaux facteurs de risque et facteurs de protection dans la délinquance juvénile.

**TABLEAU 10.3** Les facteurs de risque et facteurs de protection dans la délinquance juvénile

	Facteurs de risques	Facteurs de protection
Dynamique et fonctionnement de la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques parentales inadéquates</li> <li>• Criminalité des parents ou de la fratrie</li> <li>• Parents antisociaux et attitudes favorables à la violence</li> <li>• Conflits familiaux</li> <li>• Toxicomanie des parents</li> <li>• Abus physique et négligence</li> <li>• Violence familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation basée sur l'attachement familial</li> <li>• Soutien positif au sein de la famille</li> <li>• Supervision parentale adéquate</li> <li>• Méthodes de discipline cohérentes</li> <li>• Conduites et pratiques parentales adéquates</li> </ul>
Caractéristiques de la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu familial précaire</li> <li>• Rupture familiale</li> <li>• Mobilité familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'éducation des parents</li> <li>• Stabilité financière</li> <li>• Stabilité de l'unité familiale</li> </ul>
Quartier de résidence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté du quartier</li> <li>• Criminalité du quartier</li> <li>• Présence de gangs de jeunes</li> <li>• Disponibilité des drogues et des armes à feu dans le quartier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des familles à la vie du quartier</li> <li>• Tissu relationnel établi dans le voisinage</li> <li>• Activités scolaires qui impliquent la famille</li> </ul>

Source : Adapté de Centre national de prévention du crime, 2013.



## 10.4.2 La prévention et le traitement

La grande majorité des jeunes qui commettent des actes de délinquance juvénile ne deviennent pas des criminels à l'âge adulte. En effet, la délinquance atteint généralement un maximum vers l'âge de 15 ans, puis diminue lorsque la plupart des adolescents et leurs familles s'entendent sur le besoin des jeunes d'affirmer leur indépendance. Cependant, les adolescents qui ne voient pas d'autres solutions positives ou qui viennent de familles dysfonctionnelles sont plus susceptibles d'adopter un mode de vie antisocial permanent (Schulenberg et Zarrett, 2006). Ce sont les garçons ayant subi des influences antisociales précoces qui sont les plus susceptibles de continuer d'avoir des comportements violents. Les moins susceptibles de persister dans cette voie sont les garçons et les filles qui réussissaient bien à l'école dès leur jeune âge, et les filles qui manifestaient un développement prosocial précoce (Kosterman *et al.*, 2001).

Par ailleurs, environ 5 % des adolescents vont prendre la route de la criminalité durable. Selon deux chercheurs québécois, il y aurait sept principales caractéristiques habituellement associées à cette trajectoire de la délinquance persistante : la précocité des comportements délinquants, la fréquence, la stabilité, la diversité des comportements délinquants, les délits contre la personne, l'intensification des délits avec le temps (la gravité) et les motifs utilitaires (agir pour le gain) (LeBlanc et Morizot, 2000). Puisque la délinquance juvénile a des racines dans la petite enfance, c'est durant cette période qu'il faut entreprendre les efforts de prévention qui s'attaquent aux multiples facteurs pouvant conduire à la délinquance. Ainsi, les adolescents qui ont participé à certains programmes d'intervention destinés à la petite enfance sont moins susceptibles d'avoir des problèmes que leurs pairs qui sont aussi défavorisés qu'eux. Les programmes efficaces sont ceux qui ciblent les enfants à haut risque vivant en milieu urbain et qui sont dispensés pendant au moins deux ans au cours des cinq premières années de leur vie (Schweinhart, Barnes et Weikart, 1993 ; Yoshikawa, 1994).

Au Québec, les Centres jeunesse (Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire, 2013) offrent aussi des programmes d'intervention destinés aux jeunes délinquants dans le but de les aider à régler leurs problèmes de comportement. On y trouve trois volets :

- L'intervention rapide en délinquance, où l'adolescent et sa famille reçoivent volontairement un soutien en situation de crise ;
- Le suivi dans la communauté pour les adolescents à qui la Cour a imposé des conditions spécifiques. Ce suivi implique au moins 60 heures d'intervention directe où on cherche à faire prendre conscience à l'adolescent de son comportement inacceptable tout en impliquant les parents et en les soutenant dans le processus de réinsertion sociale du jeune ;
- Le placement sous garde et surveillance, qui peut se dérouler en milieu ouvert ou en milieu fermé, selon la gravité du délit. Le placement vise à assurer la sécurité du public, sensibiliser l'adolescent à l'impact de sa conduite sur la victime, favoriser la participation à des activités constructives et prosociales et préparer la réinsertion sociale.

La Loi sur la protection de la jeunesse a été adoptée par l'Assemblée nationale du Québec en 1977 et a été modifiée substantiellement en 2006 afin de favoriser les conditions de vie des jeunes et de leur garantir une plus grande stabilité. Après cinq ans d'application, des recherches montrent que ces changements ont mené à une baisse dans le nombre de placements et à une diminution du nombre de milieux de vie et de déplacements pour les jeunes contrevenants (Turcotte *et al.*, 2011).

Par ailleurs, lorsque les enfants atteignent l'adolescence dans des quartiers pauvres aux prises avec de graves problèmes de criminalité, les interventions doivent être davantage centrées sur le dépistage des adolescents en difficulté et sur la prévention

du recrutement par les gangs de rue (Tolan *et al.*, 2003). Dans cette optique, trois organismes du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal (Dopamine, GCC La Violence et le Centre des jeunes Boyce-Viau) ont mis sur pied un projet axé sur la prévention. Le projet, qui porte le nom de *C qui ta gang?*, vise à joindre les jeunes à risque afin de leur offrir, ainsi qu'à leur famille, des modèles positifs auxquels s'identifier et un soutien adapté à leurs besoins. On cherche aussi à les aider à développer un esprit critique par rapport aux réalités de la criminalité et au phénomène de gang (Sécurité publique Québec, 2012).

Heureusement, comme nous l'avons dit, une grande majorité des adolescents n'ont pas de graves ennuis. Par contre, ceux qui manifestent des comportements perturbés peuvent – et doivent – être aidés. Avec de l'amour, de l'aide et du soutien, les adolescents peuvent en effet éviter les écueils, mettre à profit leurs forces et explorer leurs possibilités au fur et à mesure qu'ils approchent de la vie adulte.



### FAITES LE POINT

12. Quels sont les principaux facteurs de risque associés à la délinquance juvénile ?
  13. Nommez les deux principaux types de comportements antisociaux et dites lequel est le plus associé à la délinquance juvénile à l'adolescence.
  14. Quelles sont les sept principales caractéristiques associées à la délinquance persistante ?
- ◆ Les parents de Christophe sont plutôt autoritaires, mais depuis quelques mois, leur fils commence à montrer des signes de rébellion. Quelle attitude ces parents devront-ils adopter dans leurs pratiques parentales afin de mieux s'ajuster à l'adolescence de leur fils ?

## Résumé

### La quête de l'identité

- L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par une quête identitaire. Les adolescents ressentent un besoin de se définir et de trouver un sens à leur vie.
- Selon Erikson, l'enjeu majeur de cette période consiste en une confrontation entre l'accession à l'identité et la confusion identitaire. Les adolescents doivent résoudre cette crise pour développer une conception cohérente d'eux-mêmes.
- Marcia distingue quatre états identitaires qui se démarquent par la présence ou l'absence de questionnement, ainsi que par la capacité ou l'incapacité de contracter des engagements.
- Chez les adolescents appartenant à une minorité culturelle, le développement identitaire, qui comporte deux volets distincts, soit l'identité individuelle et l'identité culturelle, représente un défi de taille.

### La sexualité à l'adolescence

- Les pulsions sexuelles connaissent un accroissement subit avec la puberté.
- Selon Freud, les adolescents accéderaient au dernier stade du développement psychosexuel, soit le stade génital, qui leur

permettrait d'acquérir la maturité sexuelle et la capacité de procréer.

- C'est au cours de l'adolescence que l'orientation sexuelle se définit. Malgré l'acceptation grandissante de l'homosexualité, l'homophobie demeure une réalité qui peut rendre plus difficile l'établissement de l'identité chez les jeunes d'orientation homosexuelle.
- Les origines de l'orientation sexuelle suscitent encore des controverses, mais des facteurs biologiques, génétiques et environnementaux joueraient un rôle dans son développement.
- Deux préoccupations centrales concernent la sexualité des adolescents: le risque de contracter des ITS et le risque de grossesse.
- Depuis les années 2000, les ITS sont en recrudescence au Québec et au Canada. Les jeunes âgés de 15 à 19 ans seraient les plus à risque, près du tiers d'entre eux n'utilisant pas de préservatif.
- Le taux de grossesse chez les adolescentes québécoises a connu une baisse au cours des dernières années.
- Les mères adolescentes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et de donner naissance à des bébés prématurés ou ayant divers problèmes de santé.



### **Le développement des relations affectives et sociales**

- Avec l'arrivée de l'adolescence, les relations affectives et sociales se transforment et les jeunes passent plus de temps avec leurs pairs, et moins avec leur famille.
- Contrairement à la croyance populaire, c'est une minorité d'adolescents qui vivent une rébellion, la majorité d'entre eux traversant cette période sans vivre de bouleversements émotionnels majeurs.
- La plupart des adolescents déclarent avoir de bonnes relations avec leurs parents. Ils sont toutefois tiraillés entre leur besoin d'une plus grande autonomie et la dépendance qu'ils maintiennent à l'égard de leurs parents.
- Le style démocratique et un climat familial harmonieux favorisent un développement sain chez l'adolescent.
- Les adolescents sont moins proches de leur fratrie que pendant l'enfance. Ils passent plus de temps avec leurs pairs et ces derniers exercent une forte influence sur leurs comportements.

- Au milieu de l'adolescence, la plupart des adolescents ont déjà eu au moins une relation amoureuse.
- La capacité de développer des amitiés empreintes d'intimité est liée à une bonne adaptation psychologique et aux compétences sociales.

### **Les problèmes psychosociaux à l'adolescence**

- Seulement une minorité de jeunes adoptent des comportements antisociaux à l'adolescence et la grande majorité d'entre eux ne deviendront pas des criminels à l'âge adulte.
- Les comportements déviants qui commencent tôt prédisposent davantage à la délinquance juvénile à l'adolescence.
- Les facteurs de risque associés à la délinquance sont l'hostilité parent-enfant, des pratiques parentales inefficaces, la pauvreté et la déviance des pairs.
- Les programmes d'intervention et de prévention de la délinquance devraient commencer tôt et être davantage centrés sur le dépistage et la prévention du recrutement par les gangs de rue.

CHAPITRE

# 11



# Le développement du jeune adulte de vingt à quarante ans

## PLAN DU CHAPITRE

- 11.1 Les perspectives générales sur l'âge adulte**
  - 11.1.1 L'espérance de vie et l'allongement de l'âge adulte
  - 11.1.2 L'émergence de la vie adulte et l'atteinte de la maturité
- 11.2 Le développement physique**
  - 11.2.1 Les facteurs associés à la santé et au bien-être
  - 11.2.2 Les problèmes de santé mentale
- 11.3 La sexualité et la reproduction**
  - 11.3.1 Les comportements sexuels
  - 11.3.2 Les infections transmises sexuellement
  - 11.3.3 Les troubles menstruels
  - 11.3.4 L'infertilité
- 11.4 Le développement cognitif**
  - 11.4.1 Le développement de la pensée postformelle
  - 11.4.2 Le modèle de Schaie
  - 11.4.3 La théorie triarchique de l'intelligence de Sternberg
  - 11.4.4 L'intelligence émotionnelle
  - 11.4.5 L'évolution du jugement moral
- 11.5 Le développement affectif et social**
  - 11.5.1 Le développement de la personnalité adulte : les différents modèles théoriques
  - 11.5.2 Les relations affectives intimes ou profondes
- 11.6 Les styles de vie**
  - 11.6.1 Les types d'union : le mariage et l'union de fait
  - 11.6.2 Les couples de même sexe
  - 11.6.3 Le célibat
- 11.7 Les rôles sociaux du jeune adulte**
  - 11.7.1 Le départ de la maison familiale
  - 11.7.2 Le rôle de travailleur
  - 11.7.3 Le rôle de parent

L'âge adulte représente la période la plus longue de la vie. Malgré le fait qu'elle soit en continuité avec le développement survenu au cours de l'enfance, elle possède ses propres spécificités. De nombreux changements physiques, cognitifs et affectifs surviennent au cours de cette étape de vie. Chez le jeune adulte, les capacités physiques et intellectuelles sont à leur apogée, alors que celui-ci doit faire des choix déterminants pour le reste de son existence. Ainsi, certains jeunes adultes choisissent de poursuivre des études postsecondaires, tandis que d'autres accèdent plus rapidement au marché du travail. On observe également une grande diversité de modèles sur le plan des relations intimes. Plusieurs adultes s'engagent dans une relation de couple, mais certains décident de demeurer célibataires, que ce soit temporairement ou de façon plus permanente. L'arrivée des enfants chez certains couples marque enfin une transition importante dans la vie du jeune adulte et l'amène vers de nouvelles responsabilités.

## Mise en situation


Maxime a 22 ans. Il est l'aîné de sa famille et termine un baccalauréat en architecture. Il habite un appartement avec deux amis inscrits au même programme que lui. Il a quitté la maison familiale pour venir étudier à Montréal il y a trois ans déjà. Au début, Maxime a eu quelques difficultés à s'adapter à cette nouvelle vie. Il s'ennuyait du confort et de la sécurité que lui procurait le fait de vivre chez ses parents. De plus, il parvenait difficilement à payer son loyer, à se nourrir convenablement et à s'acquitter de toutes les obligations liées au fait de vivre de manière autonome. Depuis, Maxime a acquis de la maturité et développé des stratégies pour faciliter sa vie en appartement. Ainsi, bien qu'il ait obtenu des prêts et bourses du gouvernement, il occupe un emploi à temps partiel afin de répondre à toutes ses obligations financières et subvenir à ses besoins. L'été, il enseigne dans une école de kayak et donne des cours de ski alpin l'hiver, ce qui a l'avantage de le maintenir en forme. Par ailleurs, Maxime a appris à cuisiner, ce qui lui évite de dépenser trop d'argent au restaurant.

Depuis quelque temps, Maxime songe à emménager avec sa copine, Mélanie. Ils se fréquentent depuis maintenant deux ans et ont envie de partager des projets communs. Il est à la fois enthousiaste et préoccupé à l'idée de faire le grand saut. Mélanie est séparée et elle élève seule son fils de quatre ans. Ces dernières années, elle s'est

### « Maxime et Mélanie voudraient aussi avoir un enfant et s'acheter une maison. »

consacrée entièrement à son enfant et elle voudrait maintenant développer sa vie professionnelle. Elle aimerait reprendre des études, mais ne sait toujours pas vers quel domaine se diriger. Maxime et Mélanie voudraient aussi avoir un enfant et s'acheter une maison. Toujours très occupé, Maxime trouve difficilement le temps d'aller rendre visite à ses parents, qui habitent loin de Montréal. Malgré la distance, il demeure tout de même en contact avec eux sur Facebook. Lors d'occasions spéciales ou de fêtes familiales, Maxime se rend dans sa région natale, où il a alors l'occasion de revoir son frère et sa sœur.

Bien qu'il se sente parfois anxieux face à ses nouveaux engagements et à cette autonomie nouvellement acquise, Maxime réalise qu'il a beaucoup évolué depuis la fin du secondaire et il en est fier.

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



## 11.1 Les perspectives générales sur l'âge adulte

La durée du développement de l'âge adulte dépasse celle de toutes les autres périodes que nous avons vues jusqu'ici. C'est aussi la période qui a été étudiée le plus tardivement par les chercheurs en psychologie du développement. Pourtant, la personne adulte n'est pas seulement le produit de son enfance; elle possède ses propres spécificités. Si les principes de base sont en continuité avec ceux du développement antérieur, de nombreux changements interviendront sur les plans physique, cognitif, affectif et social.

### 11.1.1 L'espérance de vie et l'allongement de l'âge adulte

Au Canada, comme dans tous les pays développés, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis des générations et elle a atteint un niveau sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Alors que dans les siècles précédents, on mourait en moyenne entre quarante et cinquante ans, l'adulte d'aujourd'hui peut espérer vivre environ deux fois plus longtemps. Or, cet allongement de la vie a pour effet de prolonger la période de l'âge adulte qui, comparativement à l'enfance et à l'adolescence, occupe à présent en moyenne près des trois quarts de la durée totale du développement humain. Par ailleurs, si l'on compare la vie adulte actuelle à ce qu'elle était autrefois, on observe à quel point elle est devenue complexe, offrant à la personne une diversité de rôles et une variété de possibilités.

À l'âge adulte, de nombreux changements marquent le développement, mais, à la différence de l'enfance, ces changements peuvent aussi aller dans le sens du déclin et des

perdes. De plus, ces changements sont surtout d'ordre qualitatif et vont conduire l'individu vers une plus grande maturité. Voyons comment se développe cette maturité.

### 11.1.2 L'émergence de la vie adulte et l'atteinte de la maturité

À quel moment un individu devient-il adulte? Il est important de faire d'abord la distinction entre le statut d'adulte et le concept de maturité. Au Québec, l'âge adulte est légalement atteint à l'âge de 18 ans. Avec l'accès à la majorité juridique, l'individu acquiert un ensemble de droits, comme le fait de pouvoir voter aux élections ou de fréquenter les bars. Toutefois, le statut d'adulte ne s'accompagne pas nécessairement d'une maturité dans toutes les dimensions du développement.

La **maturité** désigne la période du développement au cours de laquelle l'individu atteint un point optimal dans l'une ou l'autre des dimensions développementales. La notion de maturité ne représente donc pas un concept global, puisqu'elle se compose de plusieurs dimensions qui n'évoluent pas toutes au même rythme. Ainsi, la maturité physique et la maturité sexuelle surviennent au cours de l'adolescence, avec la maturation des fonctions corporelles et des organes reproducteurs. Par ailleurs, la maturité cognitive, la maturité émotionnelle, la maturité affective et la maturité morale sont généralement acquises beaucoup plus tard. La maturité cognitive réfère pour sa part à l'état de la personne qui a atteint les stades les plus élevés du développement cognitif, par exemple l'atteinte du stade des opérations postformelles, sur lequel nous reviendrons. Avec l'atteinte de la maturité émotionnelle, l'individu acquiert une stabilité et une maîtrise de ses émotions qui contribuent à l'atteinte de la maturité affective, laquelle lui permet de s'attacher à l'autre sans toutefois sombrer dans la dépendance. Parallèlement à l'atteinte de ces formes de maturité, l'individu développe une aptitude à créer des liens interpersonnels, à jouer différents rôles sociaux (conjoint, parent, travailleur, etc.), à prendre des responsabilités et à tenir ses engagements. Cette forme de maturité sociale est atteinte le plus souvent au cours de la vingtaine. Finalement, la maturité morale réfère à l'état de la personne qui atteint, au minimum, les stades de la morale conventionnelle définis par Kohlberg. Cet individu développe une conscience morale qui évolue tout au long de sa vie d'adulte.

L'atteinte de ces différentes formes de maturité psychologique dépend en grande partie des expériences de vie du jeune adulte, de son éducation et de ses valeurs. Par exemple, le départ de la maison est un événement important dans la vie d'un individu; cela le pousse généralement à devenir plus autonome et responsable. Ce type d'événement peut contribuer à l'atteinte d'une plus grande maturité cognitive, affective et morale. Ainsi, comme nous l'avons vu dans la mise en situation, Maxime a dû développer différentes habiletés pour faciliter son adaptation à la vie en appartement, ce qui a contribué à l'atteinte des différentes formes de maturité évoquées plus haut.

Par ailleurs, certains psychologues croient que l'atteinte des différentes formes de maturité psychologique ne dépend pas des événements externes, mais plutôt de facteurs internes, comme la capacité d'autocontrôle, le sens des responsabilités ou l'autonomie. Ainsi, certains individus ne deviennent jamais réellement adultes, peu importe leur âge ou les événements de vie qu'ils traversent. Selon certains chercheurs, trois critères permettraient de définir la maturité adulte: le fait d'accepter des responsabilités, le fait de prendre des décisions de manière autonome et le fait de devenir indépendant financièrement (Arnett, 2006).

Dans les sociétés industrielles modernes, la réalisation de ces différents objectifs prend davantage de temps et suit des trajectoires très variées. Auparavant, la plupart des jeunes adultes terminaient l'école secondaire, se trouvaient un emploi stable, se mariaient et fondaient une famille. La femme demeurait alors généralement à la maison pour éduquer les enfants. Or, depuis la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, la révolution

#### Maturité

Période du développement au cours de laquelle l'individu atteint un point optimal dans l'une ou l'autre des dimensions développementales.



En quoi le départ de la maison familiale représente-t-il une transition importante dans la vie de Maxime?



technologique a obligé un nombre grandissant d'individus, aussi bien des femmes que des hommes, à poursuivre des études postsecondaires. Aujourd'hui, les jeunes adultes des deux sexes empruntent de multiples parcours dans leur développement. Tout comme Maxime, dans la mise en situation, ils étudient ou travaillent à temps plein ou à temps partiel et s'éloignent, pour ce faire, du domicile parental. Certains se marient, en général bien plus tard qu'auparavant, ou vivent en union de fait, alors que d'autres choisissent de demeurer célibataires.

Par ailleurs, le nombre d'enfants par couple a grandement diminué au cours des cinquante dernières années, et l'arrivée du premier enfant est souvent retardée. Certains adultes font le choix de ne pas avoir d'enfants pour se consacrer entièrement à leur carrière ou pour d'autres raisons. Enfin, l'ordre et le moment de ces différentes transitions varient grandement d'un individu à l'autre et laissent place à beaucoup plus de différences individuelles et culturelles qu'auparavant.

Désormais, plusieurs chercheurs en psychologie du développement reconnaissent donc que l'entrée dans la vie adulte représente une période de développement distincte, au même titre que la petite enfance ou l'adolescence, et qu'elle possède ses caractéristiques propres. C'est en effet une période d'exploration durant laquelle plusieurs possibilités s'offrent à l'individu et où il peut faire des choix de vie différents. Certes, l'individu n'est plus un adolescent, mais il n'assume pas nécessairement tous les rôles d'adulte, du moins au début. Or, plus il avance en âge, plus il est appelé à jouer une multitude de rôles de façon simultanée (parent, conjoint, travailleur, etc.). Bien que l'incertitude et les changements qui caractérisent la transition entre l'adolescence et l'âge adulte puissent être difficiles, dans l'ensemble, les jeunes sont impatients de vivre leur vie d'adulte et perçoivent positivement leur avenir (Arnett, 2007a).



### FAITES LE POINT

1. Que peut-on dire de l'espérance de vie actuelle comparativement aux générations précédentes ?
2. Quel type d'expériences de vie influence la maturité affective ou cognitive ?
3. Quels sont les principaux critères qui nous permettent de définir la maturité adulte ?

## 11.2 Le développement physique

La plupart des jeunes adultes sont en bonne ou en excellente santé physique. Leur endurance, leur force physique ainsi que leur fonctionnement moteur et sensoriel atteignent généralement leur pleine capacité. Toutefois, certains de ces aspects commenceront à décliner progressivement au cours de cette période.

### 11.2.1 Les facteurs associés à la santé et au bien-être

La majorité des individus de ce groupe d'âge sont en santé. Au Québec, par exemple, 90 % des hommes et des femmes adultes considèrent de façon positive leur état de santé. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Certains facteurs contribuent au maintien ou à la détérioration progressive de cet état. Les facteurs génétiques expliqueraient une partie des variations interpersonnelles. Toutefois, les recherches semblent démontrer que ce sont les facteurs comportementaux qui contribuent le plus au maintien ou à la détérioration de la bonne santé physique chez les jeunes adultes. En d'autres mots, les jeunes adultes peuvent influencer leur état de santé par les choix de vie qu'ils font. D'ailleurs il semble que ces facteurs puissent même entraîner des modifications épigénétiques qui, en agissant sur l'expression de certains gènes, auraient des conséquences à long terme sur l'état de santé (Dolinoy et Jirtle, 2008).



## Les habitudes de vie

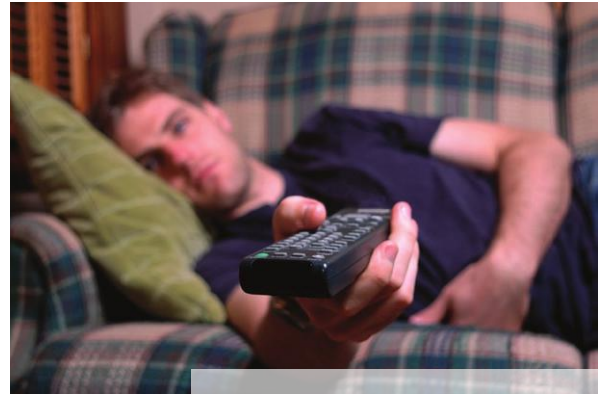
Comme pour les périodes de développement précédentes, la pratique régulière d'activités physiques et une saine alimentation représentent des facteurs importants dans le maintien de la santé des jeunes adultes, alors que certaines habitudes de vie, telles que la consommation d'alcool ou encore l'usage du tabac, entraînent des risques sérieux pour leur santé. En effet, les études montrent que les adultes actifs physiquement ont une meilleure santé physique et mentale. Ainsi, en plus d'aider à maintenir un poids santé, à augmenter l'endurance cardiaque et musculaire et à abaisser la tension artérielle, l'activité physique contribue aussi à réduire les symptômes d'anxiété et de dépression, les risques de diabète, certains types de cancer et l'ostéoporose (Bernstein *et al.*, 2005). Pourtant, en dépit de l'observation des effets bénéfiques de l'exercice physique, un nombre important de personnes adultes sont encore sédentaires au Québec. Une personne est jugée sédentaire si elle pratique une activité physique moins d'une fois par semaine (Nolin et Hamel, 2009). Bien qu'on suggère aux adultes de faire au moins 150 minutes d'activité physique par semaine (Société canadienne de physiologie, 2011), des données récentes montrent que seulement 37% des adultes de 18 ans et plus pratiquent le niveau recommandé d'activité physique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

En ce qui concerne les habitudes alimentaires des jeunes adultes québécois, la situation ne semble guère meilleure. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 9, l'épidémie mondiale d'obésité n'épargne pas le Québec. Depuis 20 ans, la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité a augmenté de près de 50% chez les adultes québécois. Ainsi, 57% d'entre eux ont un excès de poids (35% présentent de l'embonpoint et 22%, de l'obésité) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Des problèmes semblables à ceux des adolescents sont associés à un indice de masse corporelle élevé. En effet, l'obésité peut mener à la dépression chez l'adulte et inversement (Markowitz *et al.*, 2008). De plus, elle augmente aussi les risques d'hypertension artérielle, de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète, d'arthrite et de certains cancers. L'obésité diminue aussi la qualité et la durée de vie des adultes (Gregg *et al.*, 2005).

Sur le plan de la consommation d'alcool, des données québécoises montrent que 32% des Québécois âgés de 15 à 24 ans rapportent des épisodes de consommation excessive (soit cinq verres ou plus, au moins une fois par semaine), comparativement à 15,5% des adultes de 25 à 64 ans (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2009). Toutefois, ces mauvaises habitudes de vie peuvent être modifiées par l'individu lui-même. La publicité, les campagnes d'information et les lois gouvernementales peuvent aussi aider les personnes à changer leurs comportements. En effet, comme nous l'avons vu chez les adolescents, des données récentes sur le tabagisme laissent croire que la promotion de la santé au moyen de ces campagnes de sensibilisation porte ses fruits. En effet, on observe aussi une diminution des fumeurs adultes au Québec. Ainsi, en 2007-2008, la proportion de fumeurs réguliers s'élevait à 20% comparativement à 30% en 2000-2001 (Institut de la statistique du Québec, 2013). Il semble que le tabagisme soit plus présent dans les milieux socioéconomiquement défavorisés et chez les adultes peu scolarisés. Ainsi, on retrouve trois fois plus de fumeurs chez les individus n'ayant pas terminé leurs études secondaires que chez ceux qui détiennent un baccalauréat (National Center for Health Statistics [NCHS], 2008).

## Le stress

Pour la plupart d'entre nous, le mot «stress» a surtout des connotations négatives. Pourtant le stress est indispensable à notre survie puisqu'il nous permet de répondre à une situation menaçante détectée par notre cerveau. Ce dernier déclenche alors une série de réactions qui mèneront à la production de cortisol et d'adrénaline, les deux plus importantes hormones liées au stress. Ces hormones nous permettent de répondre à la situation menaçante, en la fuyant ou en la combattant. Cependant, ces hormones



### La sédentarité

Près de la moitié des adultes ne font pas suffisamment d'activité physique.

peuvent, en retour, agir sur certaines régions de notre cerveau et affecter notre mémoire ainsi que la régulation de nos émotions (Lupien, 2010). Si ces hormones sont produites de façon chronique, elles peuvent avoir des conséquences néfastes sur notre santé physique et mentale. Un nombre croissant de recherches suggèrent que notre santé psychologique affecte notre santé physique et qu'un niveau élevé de stress chronique est lié à de nombreux problèmes d'ordre physique et immunitaire (Ho *et al.*, 2010).

Selon Sonia Lupien, directrice du centre d'études sur le stress humain, une situation doit comporter une ou plusieurs des caractéristiques suivantes pour déclencher une réponse de stress :

- le contrôle : la personne sent qu'elle n'a pas le contrôle de la situation ;
- l'imprévisibilité : la situation est imprévue ou imprévisible pour la personne ;
- la nouveauté : la situation est nouvelle pour la personne ;
- l'ego menacé : la situation menace l'ego de la personne.

Sonia Lupien les regroupe sous l'acronyme CINÉ et soutient que toute réponse de stress peut être expliquée par une ou plusieurs de ces caractéristiques (Lupien, 2010).



Si, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la réponse de stress est présente à tout âge, chez le jeune adulte, les causes possibles de stress se multiplient, comme on peut le voir dans le cas de Maxime dans la mise en situation.

En effet, certains étudient, d'autres travaillent, plusieurs combinent études et travail avec une vie de famille. Ainsi, 26,6 % des adultes québécois considèrent leurs journées assez ou extrêmement stressantes, comparativement à 19 % des Canadiens. Les hommes et les femmes âgés de 25 à 34 ans sont les plus susceptibles de déclarer un niveau de stress élevé, ayant de multiples rôles associés aux responsabilités familiales et professionnelles (Statistiques Canada, 2011). Pour ce qui est du travail, environ 27 % des travailleurs adultes se disent assez ou extrêmement stressés. Les individus âgés de 25 à 44 ans sont les plus touchés. De plus, le niveau de stress semble augmenter avec le niveau de scolarité des individus. Enfin, les femmes représentent les deux tiers des travailleurs très stressés et elles mentionnent la famille comme source principale de stress (Statistique Canada, 2013).

Dès 1967, deux psychiatres américains, Thomas H. Holmes et Richard H. Rahe, ont établi des liens entre les événements de vie générateurs de stress et l'apparition de maladies. Dans une étude basée sur des entrevues réalisées auprès de 5000 patients hospitalisés, ils ont mis en évidence le fait que des événements malheureux, au même titre que des événements heureux, pouvaient être associés à un stress. À la suite de leurs observations cliniques, ils ont élaboré une échelle de stress sur laquelle différents événements sont calibrés en fonction du degré d'adaptation qu'ils exigent (*voir le tableau 11.1*). Ainsi, plus le score est élevé, plus l'individu risque de souffrir de problèmes de santé. Ces chercheurs ont ainsi déterminé qu'un score de 300 représente un seuil critique au-delà duquel l'individu court le risque de tomber malade.

L'échelle de Holmes et Rahe est intéressante, mais elle comporte un certain nombre de faiblesses : tout d'abord, elle ne considère pas les variations individuelles. Or, le même événement peut parfois être perçu très différemment par deux personnes et générer alors des niveaux de stress qui ne sont pas comparables. De plus, elle ne tient pas compte des caractéristiques dont nous avons parlé plus haut, par exemple, le fait que les événements peuvent être contrôlables ou non par l'individu. Un événement contrôlable, comme la décision de déménager, génère généralement moins de stress qu'un événement incontrôlable, comme la perte d'un emploi. Enfin, cette échelle laisse à penser que le stress est nécessairement lié à la présence d'événements particuliers, alors qu'à l'occasion, le stress peut aussi être associé à l'absence d'événements. Par exemple, une personne peut souffrir d'ennui ou s'inquiéter d'un appel qu'elle ne reçoit pas. De plus, même si les agents de

**TABLEAU 11.1** Une comparaison du niveau de stress associé aux événements de la vie aux États-Unis en 1967 et 2007

Événement de vie	Score attribué aux différents événements de vie	
	1967	2007
Décès du conjoint	100	80
Décès d'un membre de la famille	63	70
Divorce/séparation	73/65	66
Perte d'emploi	47	62
Grossesse/naissance d'un enfant	40	60
Décès d'un ami	37	58
Mariage	50	50
Retraite	45	49
Réconciliation conjugale	45	48
Changement d'emploi	36	47
Départ d'un enfant de la maison	29	43

**Note :** Il s'agit d'une comparaison des résultats de l'étude *First 30 Days* et de l'échelle de mesure du réajustement social, élaborée par Thomas H. Holmes et Richard H. Rahe et publiée dans le *Journal of Psychosomatic Research* (1967). Les scores provenant de plusieurs changements de vie doivent être interprétés avec prudence.

**Source :** Adapté de [www.first30days.com](http://www.first30days.com) et du *Journal of Psychosomatic Research*.

stress quotidiens comme l'irritation, la frustration ou le fait d'être surchargé ont peut-être moins de conséquences immédiates que les grands changements, leur accumulation peut néanmoins avoir un effet sur la santé et sur l'adaptation émotionnelle (Almeida, Serido et McDonald, 2006). Par ailleurs, le stress peut aussi nuire à la santé de façon indirecte, soit par l'entremise des habitudes de vie. Ainsi, les personnes stressées peuvent dormir moins et moins bien, fumer et boire davantage, mal s'alimenter et prêter peu d'attention à leur santé en général (American Psychological Association, 2007).

D'autres chercheurs ont décrit l'existence de liens entre le stress et les traits de la personnalité. Ainsi, certains individus seraient plus vulnérables aux maladies à cause de leur comportement et de leurs traits de personnalité. Meyer Friedman et Ray Rosenman (1959; 1974) ont distingué deux principaux types de personnalité: la personnalité de type A, qui désigne des personnes impulsives, ambitieuses, souvent pressées, compétitives et qui seraient particulièrement prédisposées aux maladies cardiovasculaires, et la personnalité de type B, qui désigne des individus plutôt calmes, peu ambitieux, réalistes, détendus et qui planifient généralement leurs tâches à l'avance pour ne pas avoir à courir.

Un troisième type de personnalité a été décrit par Denollet (1997): la personnalité de type D. L'affectivité négative et l'inhibition sociale caractérisent ce type de personnalité: il réfère à des individus qui vivent beaucoup d'émotions négatives (colère, irritabilité, anxiété), mais qui les intériorisent, sans les communiquer à d'autres personnes. Ces personnes ont une vision sombre de la vie et sont souvent tendues et malheureuses. Les personnalités de ce type seraient prédisposées non seulement aux maladies cardiovasculaires, mais aussi à des maladies liées au système immunitaire (Friedman, 2008).

Cette tentative de catégorisation ne met en évidence que la vulnérabilité à certains problèmes de santé et l'utilisation de stratégies d'ajustement différentes selon le type de personnalité. Le type A cherche à maîtriser les situations et à agir, alors que le type B a davantage tendance à utiliser des mécanismes de défense comme le déni et l'intellectualisation. Par ailleurs, à l'intérieur d'un même type, l'importance des



#### Le stress

Certains facteurs liés à la personnalité contribuent à un niveau de stress plus élevé et au développement de maladies.

composantes peut varier d'un individu à un autre. Une personne de type A peut être motivée par la recherche de la performance alors qu'une autre est animée par l'impatience et l'hostilité. Des recherches ont montré que l'hostilité serait associée à un niveau de stress plus élevé (Smith, 2003). Ces constats ne permettent donc pas d'établir une prédestination entre la personnalité et le stress (Brasseur, 2008).

Enfin, d'autres études montrent que les femmes et les hommes réagissent différemment au stress. Ainsi, les femmes auraient tendance à réagir au stress en développant de l'anxiété et des symptômes dépressifs, alors que les hommes seraient davantage portés à réagir au stress par la colère, l'agressivité ou l'abus d'alcool (Chneiweiss, 2002). Les recherches ont montré que les hommes produisent plus de cortisol (hormone de stress) que les femmes lorsqu'ils sont exposés à une situation très stressante (Lupien, 2010). Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles d'être stressées que les hommes et elles gèrent leur stress différemment. En effet, elles utilisent davantage des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions, c'est-à-dire qu'elles évitent de penser à une issue stressante, ou encore, elles recadrent l'événement afin de le voir positivement. Les hommes tendent plutôt à utiliser des stratégies d'adaptation centrées sur le problème, c'est-à-dire qu'ils posent les actions nécessaires afin de changer la situation désagréable (Brougham *et al.*, 2009).

Plusieurs moyens peuvent aider les individus à gérer leur stress, par exemple, la méditation, la relaxation, le yoga et la pratique régulière d'activité physique. Les professionnels de la santé mentale reconnaissent aussi l'efficacité des techniques de pleine conscience quant à la gestion du stress et de l'anxiété. Ces techniques consistent, pour l'individu, à centrer son attention sur le moment présent, puis à engager des actions liées à ses valeurs personnelles. À cet effet, une étude récente démontre que la capacité d'une personne à se centrer sur le moment présent est liée à un taux de cortisol moins élevé en réponse à un stress (Brown *et al.*, 2012). Selon Sonia Lupien, s'il est impossible d'éliminer tous les facteurs de stress, il est très important de les reconnaître et de trouver leur origine pour pouvoir les gérer et les empêcher de s'installer de façon chronique (Lupien, 2010).



#### Le soutien social

La présence d'un réseau social contribue au bien-être du jeune adulte.

#### Le soutien social

Les relations sociales semblent être associées de façon importante à la santé et au bien-être des jeunes adultes. Les recherches ont identifié au moins deux aspects interreliés de l'environnement social qui contribuent au maintien d'une bonne santé : l'intégration sociale et le soutien social (Cohen, 2004).

L'intégration sociale se définit comme un engagement actif dans divers rôles (conjoint, parent, voisin, ami, collègue, etc.), relations sociales et activités. Ainsi, le réseau social peut influencer à la fois le bien-être psychologique et la participation à des activités visant à entretenir de saines habitudes de vie, comme l'exercice physique, l'alimentation équilibrée et l'abstinence de substances psychotoxiques (Cohen, 2004). Cette intégration sociale a souvent été associée à un plus faible taux de mortalité (Berkman et Glass, 2000; Rutledge *et al.*, 2004). Les individus ayant un vaste réseau social et de multiples rôles sociaux sont donc plus susceptibles de survivre à une attaque cardiaque et moins enclins à souffrir d'anxiété ou de dépression que ceux qui ont un réseau social ou des rôles plus limités (Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000).

Les sites de réseautage social en ligne tels que Facebook fourniraient les mêmes avantages puisqu'ils favorisent les interactions et offrent un soutien social (Ellison *et al.*, 2007). C'est le cas de Maxime, dans la mise en situation, qui garde ainsi le contact avec sa famille. Il semble que les effets bénéfiques de l'intégration sociale soient dus en partie à la baisse du niveau de stress que les liens sociaux peuvent engendrer (Grant, Hamer et Steptoe, 2009).



Le soutien social réfère quant à lui aux ressources matérielles, informationnelles et psychologiques qui proviennent du réseau social et sur lesquelles la personne peut compter en cas de besoin. Lors de situations fortement stressantes, les individus qui reçoivent du soutien d'autres personnes sont plus susceptibles de bien s'alimenter et de bien dormir, de faire suffisamment d'exercice et d'éviter l'abus de drogues ou d'alcool; ils risquent donc moins de souffrir d'anxiété, de vivre de la détresse ou même, de mourir (Cohen, 2004).

Comme le mariage procure à la fois l'intégration sociale et le soutien social, il n'est pas surprenant de constater qu'il tend à être bénéfique pour la santé, particulièrement pour les hommes (Wu et Hart, 2002). Une enquête réalisée auprès de 127 545 adultes américains a en effet montré que les gens mariés, particulièrement les jeunes adultes, ont tendance à être plus en santé physiquement et psychologiquement que ceux qui n'ont jamais été mariés, qui cohabitent ou qui sont veufs, séparés ou divorcés. Le fait de mettre un terme à un mariage ou à une union de fait serait aussi associé à des effets négatifs sur les plans physique et psychologique, tout comme le fait de demeurer dans une relation insatisfaisante (Wu et Hart, 2002). De nouvelles études démontrent en effet que les gens malheureux dans leur mariage bénéficient d'une moins bonne santé que les adultes célibataires et cela, même s'ils bénéficient d'un soutien familial et amical accru (Hot-Lundstad, *et al.*, 2008). Il ne suffit donc pas d'être marié; encore faut-il être heureux dans cette union. Des chercheurs américains ont d'ailleurs découvert que c'est surtout le sentiment de solitude qui peut affecter le système immunitaire des personnes en santé, peu importe leur statut matrimonial (Jaremka *et al.*, 2013). L'incidence croissante de la dépression dans les pays occidentaux est souvent expliquée par des modifications sociétales augmentant l'isolement social: famille isolée, séparations fréquentes, affaiblissement des liens intergénérationnels et communautaires (Shankland, 2012).

### **Le statut socioéconomique**

Le lien entre le statut socioéconomique et la santé a été largement documenté. Les individus qui ont un revenu élevé se disent en meilleure santé et vivent plus longtemps que les individus qui ont un faible revenu (NCHS, 2004, 2006). Un lien a d'ailleurs été établi entre le niveau socioéconomique et le risque de maladies cardiovasculaires et d'AVC (Galobardes *et al.*, 2006). Au Canada, une corrélation a notamment été démontrée entre des maladies chroniques comme le diabète, l'asthme et l'insuffisance cardiaque et le statut socioéconomique (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2013).

Par ailleurs, certaines recherches montrent une corrélation entre un faible niveau de scolarité et un risque élevé de développer des affections potentiellement mortelles comme les infections transmises sexuellement (ITS), des blessures et des problèmes de santé chroniques (NCHS, 2004). Cela ne signifie pas que le revenu et l'éducation déterminent directement la santé, mais que ces facteurs sociaux sont liés à des facteurs environnementaux et à des conditions de vie qui prédisposent, ou non, au développement de problèmes de santé. Ainsi, une comparaison constante entre la santé des personnes vivant dans des quartiers canadiens aisés ou, au contraire, défavorisés, aide à déterminer comment il est possible d'améliorer la prévention et le traitement des maladies au Canada (ICIS, 2013).

### **11.2.2 Les problèmes de santé mentale**

Chez la plupart des jeunes adultes, le sentiment de bien-être s'améliore par rapport à l'adolescence. De plus, les problèmes comportementaux diminuent. Cependant, l'incidence des désordres psychologiques, tels que la dépression, la schizophrénie ou le trouble bipolaire, augmente en même temps. Comment expliquer ce paradoxe?

La transition de l'adolescence vers l'âge adulte signifie la fin des années relativement structurées qui marquent le secondaire. Si le fait de prendre ses propres décisions et de choisir différents parcours de vie est souvent libérateur, la responsabilité de ne pouvoir compter que sur soi-même et de devenir financièrement autonome peut être

accablante (Schulenberg et Zarrett, 2006). Au cours d'une année, on estime qu'environ 4 % de la population risque de souffrir de dépression majeure et 12 %, de troubles anxieux (Gouvernement du Canada, 2012). Ces statistiques ne tiennent pas compte du fait qu'un grand nombre de personnes sont aussi touchées par des problèmes émotionnels temporaires causant de la détresse. La majorité des problèmes de santé mentale débutent dans la vingtaine; ainsi, l'incidence de la dépression augmente progressivement de 15 à 22 ans (Schulenberg et Zarrett, 2006). Les personnes de tous âges, de tous les niveaux d'instruction, de tous les niveaux de revenus et de toutes les cultures peuvent être touchées par un trouble de santé mentale.



### FAITES LE POINT

4. Quels sont les principaux facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être du jeune adulte ?
5. Que peut-on reprocher à l'échelle de stress de Holmes et Rahe ?
6. Quels sont les problèmes de santé psychologique qui augmentent avec le début de la vie adulte ?
7. Vous participez à la conception d'un plan de prévention pour la santé des jeunes adultes. Quelles actions suggèrerez-vous ?

## 11.3 La sexualité et la reproduction

Les activités sexuelles et reproductives représentent une préoccupation centrale dans la vie du jeune adulte. Ces fonctions naturelles importantes peuvent toutefois impliquer certains problèmes d'ordre physique tels que les troubles liés aux menstruations, les infections transmises sexuellement et l'infertilité.

### 11.3.1 Les comportements sexuels

Selon une enquête menée en 2009-2010, les deux tiers des jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans ont eu des relations sexuelles au moins une fois. La probabilité d'être actif sexuellement augmente avec l'âge. Chez les jeunes de 15-17 ans, 30 % ont dit avoir eu des relations sexuelles, contre 68 % chez les 18-19 ans et 86 % chez les 20-24 ans. L'âge moyen de la première relation sexuelle des Canadiens était de 16,5 ans et seuls 9 % des jeunes avaient eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans (Rotermann, 2012). Comme nous l'avons vu dans le chapitre 10, il n'y aurait pas de différences notoires entre les garçons et les filles.

Les comportements sexuels des jeunes adultes sont très variés. Parmi les 25 à 44 ans, 97 % des hommes et 98 % des femmes auraient des relations vaginales; 90 % des hommes et 88 % des femmes pratiqueraient le sexe oral avec un partenaire de l'autre sexe, et 40 % des hommes et 35 % des femmes auraient des relations anales avec un partenaire de l'autre sexe. Environ 6,5 % des hommes et 11 % des femmes déclarent avoir des relations sexuelles avec un partenaire du même sexe (Mosher, Chandra et Jones, 2005). Sur le plan des pratiques sexuelles des gais et des lesbiennes, le **coït intercrural** et le **tribadisme** sont des pratiques courantes (Langis et Germain, 2009). Par « coït intercrural », on entend la stimulation avec friction du pénis entre les cuisses. Par tribadisme, on entend le frottement de la vulve sur une partie du corps de la partenaire ou le frottement de pubis à pubis entraînant la stimulation du clitoris.

#### Coït intercrural

Activité sexuelle pratiquée par les gais qui consiste en une stimulation par friction du pénis entre les cuisses.

#### Tribadisme

Frottement de la vulve sur une partie du corps de la partenaire ou frottement de pubis à pubis entraînant la stimulation du clitoris.

Enfin, les jeunes adultes ont tendance à avoir plus de partenaires que les adultes plus âgés, mais des rapports sexuels moins fréquents. En effet, les relations sexuelles occasionnelles sont des pratiques courantes chez les jeunes adultes qui ne sont pas engagés dans une relation durable. Les condoms sont les contraceptifs les plus utilisés, même si leur usage n'est pas constant. Les individus qui deviennent actifs sexuellement au

début de l'âge adulte plutôt qu'à l'adolescence ont tendance à s'engager dans des comportements moins à risque (Lefkowitz et Gillen, 2006).

### 11.3.2 Les infections transmises sexuellement

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 10, c'est chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans qu'on observe les taux les plus élevés d'ITS au Canada, de même que les augmentations les plus marquées de la prévalence de ces maladies. En effet, 80 % des cas de chlamydia et 70 % des cas de gonorrhée relèvent de ce groupe d'âge (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Ces taux sont particulièrement élevés chez les individus qui consomment de l'alcool ou des drogues.

Par ailleurs, le nombre d'individus atteints du VIH a grimpé dans toutes les régions du monde depuis 2002, les augmentations les plus fulgurantes étant recensées dans l'est et le centre de l'Asie ainsi que dans l'est de l'Europe. Toutefois, l'Afrique subsaharienne demeure la région la plus concernée avec 23,5 millions de personnes (sur 34 millions dans le monde) vivant avec le VIH. De plus, une proportion plus élevée de femmes est maintenant touchée par cette maladie, particulièrement dans les régions où la transmission hétérosexuelle prédomine, comme en Afrique et dans les Caraïbes. L'Agence de santé publique du Canada estime que 25 % des personnes vivant avec le VIH ignorent être infectées en raison de l'absence de test de dépistage. Au Canada, la principale catégorie de personnes exposées au VIH est celle des hommes ayant des contacts sexuels avec d'autres hommes, suivie des personnes vivant des relations hétérosexuelles et de celles qui utilisent des drogues injectables (ASPC, 2012). Avec l'arrivée des thérapies antivirales, le taux de mortalité des individus atteints du VIH a toutefois chuté radicalement et la moyenne de leur durée de vie a augmenté à plus de 35 ans (Bhaskaran *et al.*, 2008). Malgré cette bonne nouvelle, les progrès pharmaceutiques entraînent des effets indésirables tels qu'une diminution de la protection, car certaines personnes pensent, à tort, qu'on peut aujourd'hui guérir le VIH.

### 11.3.3 Les troubles menstruels

Le **syndrome prémenstruel (SPM)** est un trouble qui entraîne des inconforts physiques et des tensions émotionnelles environ 5 à 7 jours avant la période menstruelle. Ces symptômes peuvent inclure de la fatigue, des maux de tête, une sensibilité au niveau des seins, l'enflure des mains et des pieds, une tension abdominale, des nausées, des crampes, de la constipation, des rages alimentaires, un gain de poids, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, de l'irritabilité, des changements de l'humeur, des yeux larmoyants et des difficultés de concentration et de mémorisation. Selon le DSM-V, quatre de ces symptômes doivent être associés pour former le SPM (Hartlage, 2012). Ainsi, plus de 85 % des femmes menstruées peuvent manifester certains de ces symptômes, mais seulement 5 % à 10 % d'entre elles reçoivent un diagnostic de syndrome prémenstruel (ACOG, 2000).

Les causes du syndrome prémenstruel sont encore mal connues, mais celui-ci semble être une réponse normale à l'augmentation mensuelle de certaines hormones telles que l'œstrogène et la progestérone, ainsi qu'aux taux de testostérone et de sérotonine, un neurotransmetteur produit par le cerveau (Schmidt *et al.*, 1998; ACOG, 2000). Le tabagisme aurait aussi une incidence sur le risque de développer un SPM (Bertone-Johnson *et al.*, 2008). Les symptômes du SPM peuvent parfois être atténués par l'exercice physique, le fait de manger fréquemment de petits repas, une diète riche en hydrates de carbone et faible en sel et en caféine, ainsi que par une routine de sommeil stable. Les suppléments de calcium, de magnésium et de vitamine E peuvent aider également. Certaines médications, comme un diurétique contre la rétention d'eau et le gain de poids, peuvent aussi soulager certains symptômes (ACOG, 2000).

Le SPM peut parfois être confondu avec la dysménorrhée (des règles douloureuses ou crampes). Or, les crampes ont tendance à affecter davantage les adolescentes

#### Syndrome prémenstruel (SPM)

Trouble qui entraîne des inconforts physiques et des tensions émotionnelles environ 5 à 7 jours avant la période menstruelle.

et les jeunes adultes, alors que le SPM est plus fréquent chez les femmes âgées de trente ans et plus. Entre 40 % et 90 % des femmes rapportent avoir des symptômes de dysménorrhée et, dans 15 % des cas, la douleur est si intense qu'elle affecte les engagements scolaires ou professionnels (Mannix, 2008). La dysménorrhée est causée par des contractions de l'utérus qui sont le résultat de la production de prostaglandine, une substance chimique similaire aux hormones. Elle peut donc être traitée avec des inhibiteurs de prostaglandine comme l'ibuprofène (Wang *et al.*, 2004).

### 11.3.4 L'infertilité

Environ 7 % des couples américains souffrent d'infertilité, c'est-à-dire d'une incapacité à concevoir un enfant après douze mois d'essai (Wright *et al.*, 2006). Au Canada, alors que 5 % des couples étaient incapables de concevoir dans les 12 premiers mois en 1984, ce taux a atteint 12 % à 16 % en 2009-2010 (Statistique Canada, 2012). De façon naturelle, la fertilité des femmes commence à décliner à partir de la fin de la vingtaine, et plus encore à la fin de la trentaine. La fertilité des hommes est moins influencée par l'âge, mais elle décline significativement à la fin de la trentaine (Dunson, Colombo et Baird, 2002). L'infertilité peut influencer sur la relation de couple, mais c'est seulement lorsqu'elle est permanente qu'elle peut être associée à une détresse psychologique à long terme (McQuillan *et al.*, 2003).

La cause la plus fréquente d'infertilité chez les hommes est la production d'une quantité insuffisante de sperme. Dans certains cas, le canal déférent peut être bloqué, empêchant ainsi la sortie du sperme ou les spermatozoïdes de circuler suffisamment bien pour atteindre le col de l'utérus. Dans certains cas, l'infertilité masculine a une base génétique (Phillips, 1998). Chez la femme, les causes de l'infertilité peuvent être l'incapacité à produire des ovules ou à en produire des normaux; la présence de mucus à l'intérieur du col de l'utérus (qui peut empêcher le sperme de pénétrer à l'intérieur) ou un problème de l'endomètre (qui peut empêcher l'implantation de l'ovule fertilisé). Une cause majeure du déclin de la fertilité chez les femmes âgées de plus de trente ans est la détérioration de la qualité des ovules (Van Noord-Zaadstra *et al.*, 1991). Cependant, la cause la plus commune reste le blocage des trompes de Fallope, qui empêche les ovules d'atteindre l'utérus. Dans la moitié des cas, les trompes sont bloquées par des tissus cicatriciels provenant d'une infection transmise sexuellement et qui n'a pas été soignée (King, 1996). Par ailleurs, certaines femmes souffrent de troubles physiques comme le syndrome des ovaires polykystiques (Franks, 2009) ou une insuffisance ovarienne primaire (Welt, 2008) qui affectent leur fertilité.



#### Les solutions aux problèmes d'infertilité

Plusieurs traitements s'offrent aux couples infertiles. Toutefois, les médicaments fertilisants augmentent la probabilité de naissances multiples.

Le surplus de poids, chez les hommes (Sallmen *et al.*, 2009) comme chez les femmes (Maheshwari, 2010), semble aussi avoir une incidence négative sur la fertilité. D'autres facteurs comme le tabagisme, le stress psychologique, une consommation importante de caféine ou d'alcool et une exposition aux polluants environnementaux pourraient aussi avoir une incidence sur la fertilité, mais les preuves de leurs effets négatifs sont moins évidentes (Hofman *et al.*, 2007).

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, les couples infertiles bénéficient maintenant de plusieurs options pour devenir parents. Parfois, les traitements hormonaux, la médication ou la chirurgie peuvent corriger le problème d'infertilité. Cependant, les médicaments fertilisants augmentent la probabilité des naissances multiples. De plus, les hommes qui entreprennent un traitement de fertilité sont à risque de produire des spermatozoïdes comportant des anomalies chromosomiques (Levron *et al.*, 1998). À moins qu'il n'y ait une cause connue à l'infertilité, les chances de succès après 18 mois à 2 ans sont relativement élevées (Dunson *et al.*, 2002). Ainsi, en 2009-2010, environ un couple canadien sur sept ayant tenté de concevoir un enfant a eu recours à des techniques de procréation assistée (Statistique Canada, 2012).



**FAITES LE POINT**

8. Que peut-on dire du nombre de partenaires sexuels des jeunes adultes comparativement aux adultes plus âgés ?
9. Qu'en est-il de la prévalence des ITS chez les jeunes adultes canadiens ?
10. Expliquez ce qu'on entend par « infertilité ». Quelles en sont les causes les plus fréquentes chez les hommes et chez les femmes ?

## 11.4 Le développement cognitif

Les chercheurs en psychologie du développement ont étudié la cognition adulte à partir de diverses perspectives. Certains ont tenté d'identifier les capacités cognitives distinctes qui émergent au cours de l'âge adulte ou les façons différentes dont les adultes utilisent leurs habiletés cognitives au fil des stades successifs. D'autres ont centré leur attention sur les différents aspects de l'intelligence qui existent tout au long de la vie, mais qui ont surtout tendance à être mis de l'avant à l'âge adulte. Enfin, une théorie plus actuelle, qui s'applique autant aux enfants qu'aux adultes, s'intéresse particulièrement au rôle des émotions dans le comportement intelligent.

### 11.4.1 Le développement de la pensée postformelle

Bien que Piaget ait décrit le stade des opérations formelles comme étant le niveau optimal du développement intellectuel, certains scientifiques maintiennent que les changements cognitifs se poursuivent au-delà de ce stade. Ainsi, un courant de la théorie néopiagétienne s'intéresse à l'émergence de ces niveaux les plus élevés de la pensée réflexive ou du raisonnement abstrait. Un autre courant met aussi en évidence la présence d'une pensée postformelle, qui combine la logique, les émotions et les expériences pratiques dans la résolution de problèmes ambigus.

La **pensée réflexive** est une forme complexe de cognition que le philosophe et éducateur américain John Dewey (1910, 1991) a d'abord définie comme une forme de pensée qui consiste à analyser activement les informations et les croyances, à la lumière des preuves qui les soutiennent et des conclusions auxquelles elles aboutissent. L'individu qui a une pensée réflexive questionne continuellement les faits observés, formule des inférences et fait des liens. La pensée réflexive, élaborée à partir du stade des opérations formelles de Piaget, permet de créer des systèmes intellectuels complexes à même de concilier des idées apparemment contradictoires.

La capacité de penser de façon réflexive semble émerger entre 20 et 25 ans. Avant cet âge, les régions du cerveau qui permettent d'avoir des pensées de haut niveau ne sont pas totalement myélinisées. Au cours de cette période, le cerveau forme de nouveaux neurones ainsi que de nouvelles connexions synaptiques et dendritiques. Un environnement stimulant peut favoriser le développement de ces connexions corticales plus larges et plus denses. Par ailleurs, bien que la majorité des adultes développent la capacité d'avoir une pensée réflexive, peu d'individus atteignent une totale maîtrise de cette habileté, et encore moins peuvent l'appliquer à une variété de problèmes. Par exemple, un jeune adulte peut comprendre le concept de justice, mais il peut avoir de la difficulté à en évaluer la portée relativement à d'autres concepts comme l'aide sociale, la loi, l'éthique et la responsabilité. Cela pourrait expliquer pourquoi, comme nous le verrons plus loin, peu d'adultes atteignent le niveau le plus élevé du développement moral de Kohlberg. Cependant, pour plusieurs d'entre eux, l'éducation postsecondaire favorise le progrès en matière de pensée réflexive (Fischer et Pruyne, 2003).

Les recherches réalisées depuis les années 1970 portent à croire que la pensée mature est plus riche et plus complexe que la description qu'en faisait Piaget. Elle est

#### Pensée réflexive

Type de pensée logique qui émerge au cours de l'âge adulte et qui implique une évaluation active et continue de l'information et des croyances, à la lumière des preuves qui les soutiennent et des conclusions auxquelles elles aboutissent.

### Pensée postformelle

Type de pensée mature basé sur la combinaison de l'expérience subjective et de l'intuition, aussi bien que sur la logique. Ce type de pensée est utile pour résoudre les situations ambiguës et contradictoires, ainsi que pour faire des compromis.

caractérisée par l'habileté à gérer les incertitudes et les contradictions, et elle permet aux individus de faire des compromis. Le stade le plus élevé du fonctionnement intellectuel adulte est parfois appelé **pensée postformelle**. Cette forme de pensée commence généralement avec l'émergence de la vie adulte et souvent lors de l'accès à des études supérieures (Labouvie-Vief, 2006).

La pensée postformelle est flexible, ouverte, individuelle et adaptative. Elle se base à la fois sur l'intuition, les émotions et la logique pour aider l'adulte à faire face à un monde apparemment chaotique, et elle se sert aussi de l'expérience préalable de situations ambiguës. La pensée postformelle est également une pensée relative. Tout comme la pensée réflexive, elle permet à l'adulte de transcender un système logique unique (par exemple, un système politique établi) et de choisir entre des propositions ou des idées conflictuelles (par exemple, celles qui opposent les tenants de la psychanalyse et les béhavioristes), voire de les réconcilier. Alors que la pensée immature est dichotomique et voit les choses en blanc ou en noir (le vrai ou le faux, la logique ou les émotions, le corps ou l'esprit), la pensée mature considère, de son côté, les nuances de gris. Tout comme la pensée réflexive, la pensée postformelle se développe souvent en réponse à des événements ou à des interactions qui débouchent sur des façons nouvelles de voir le monde, remettant alors en question les visions simplifiées et polarisées.

Jan Sinnott (1984, 1998, 2003), une chercheuse marquante en psychologie du développement, a proposé plusieurs critères pour définir la pensée postformelle, comme le montre le tableau 11.2.

Le passage vers un mode de pensée postformelle peut ébranler un individu sur le plan émotionnel. Ainsi, le jeune adulte peut facilement être influencé par ses émotions et être porté à faire des distorsions cognitives, c'est-à-dire des erreurs d'interprétation ou de perception de la réalité, pour se protéger ou servir ses propres intérêts

**TABLEAU 11.2** Les critères de la pensée postformelle (selon Sinnott)

Critère	Description	Exemple
Alternance théorie-pratique	Capacité de passer constamment du raisonnement logique ou abstrait aux considérations pratiques et réalistes.	« Selon l'horaire, mon cours devrait finir à 15 h, mais comme il fait une chaleur accablante, je vais le terminer plus tôt, car mes étudiants ne sont plus attentifs. »
Définition du problème	Habilité à définir un problème comme faisant partie d'une classe ou d'une catégorie de problèmes logiques et d'en définir les paramètres.	« Le problème dont tu me parles est d'ordre éthique et non légal. Il n'existe donc pas de jurisprudence pour le résoudre. »
Alternance processus-produit	Habilité à voir qu'un problème peut être résolu soit au moyen d'un processus ayant des applications générales ou d'une solution concrète à un problème particulier.	« J'ai fait face à ce type de problème par le passé, et c'est de cette façon que je l'ai résolu. » Ou : « Dans ce cas, la meilleure solution devrait être... »
Pragmatisme	Habilité à choisir la meilleure solution parmi plusieurs solutions possibles.	« Si tu veux la solution la moins coûteuse, fais ceci ; si tu veux la solution la plus rapide, fais cela. »
Solutions multiples	Prise de conscience de la multiplicité des causes et des solutions possibles.	« Essaie ta solution, et si ça ne fonctionne pas, essaie la mienne. »
Conscience des paradoxes	Capacité à reconnaître que les problèmes et leurs solutions peuvent être porteurs de conflits et de contradictions.	« Si tu romps avec ton conjoint, tu vas retrouver ta liberté, mais cela pourra aussi entraîner des désavantages, comme le fait de souffrir de la solitude. »
Pensée autoréférentielle	Conscience qu'a une personne de son raisonnement intellectuel dans la résolution de dilemmes sociaux.	« Si ton conjoint est infidèle, tu peux lui faire porter le blâme pour son geste ou tenter de comprendre la dynamique relationnelle qui l'a entraîné. »

(Labouvie-Vief, 2006). Par ailleurs, la pensée postformelle opère souvent dans un contexte social et émotionnel. Contrairement aux problèmes étudiés par Piaget, qui impliquaient des phénomènes physiques et qui demandaient des observations et des analyses objectives, les dilemmes sociaux sont généralement moins clairement structurés et sont souvent chargés d'émotion.

C'est donc dans ce genre de situation que les adultes ont tendance à faire appel à la pensée postformelle (Sinnott, 2003). Enfin, les recherches montrent que l'accès à la pensée postformelle progresse au cours de la jeune vie adulte et de l'âge mûr, particulièrement quand les émotions sont impliquées. Ainsi, dans une étude, on a demandé à des participants d'évaluer ce qui causait les résultats observés lors de situations hypothétiques, par exemple, un conflit conjugal. Or, les adolescents et les jeunes adultes avaient tendance à blâmer les individus et à chercher un coupable, alors que les personnes plus âgées étaient davantage portées à attribuer un comportement à l'interaction entre les personnes et à l'environnement. En outre, plus la situation était ambiguë, plus l'âge interférait dans la façon de l'interpréter (Blanchard-Fields et Norris, 1994).

### 11.4.2 Le modèle de Schaie

Le modèle du développement cognitif de Schaie s'intéresse à la façon dont l'intelligence évolue dans le contexte social tout au long de la vie (Schaie et Willis, 2000). Dans ce modèle, Schaie présente sept stades qui s'articulent autour de buts motivationnels survenant à différentes étapes de la vie. Ces buts se transforment au fil du temps : ils passent de l'acquisition d'information et d'habiletés (« Qu'est-ce que j'ai besoin de savoir ? ») à l'intégration pratique de connaissances et d'habiletés (« Comment pourrais-je utiliser ce que je connais ? »), puis à une recherche de signification et de buts (« Pourquoi devrais-je savoir... ? »). Le tableau 11.3 présente ces sept stades du développement cognitif définis par Schaie.

**TABLEAU 11.3** Les sept stades du développement cognitif (selon Schaie)

Stade	Période	Description	Exemple
Acquisition	Enfance et adolescence	L'individu acquiert des connaissances et des habiletés, surtout pour lui-même ou pour se préparer à l'insertion dans la société.	Recevoir une formation scolaire.
Réalisation personnelle	De la fin de la vingtaine au début de la trentaine	Le jeune adulte n'acquiert plus seulement des connaissances pour lui-même ; il les utilise pour atteindre ses objectifs, tels que la carrière et la famille.	Suivre un stage pratique au cours d'une formation universitaire.
Responsabilités	De la fin de la trentaine au début de la soixantaine	L'intérêt de l'apprentissage se déplace vers les domaines qui sont liés aux difficultés éprouvées quotidiennement par l'adulte d'âge mûr dans l'exercice de ses responsabilités conjugales, familiales et professionnelles.	Apprendre à être un bon parent, apprendre à bien gérer une entreprise.
Engagement social	De la trentaine à la soixantaine	Certains individus (hommes politiques, gens d'affaires, etc.) ont des responsabilités dans des systèmes sociaux plus larges, dans lesquels ils doivent résoudre des problèmes complexes sur plusieurs plans. Ce stade peut chevaucher le stade précédent.	Développer des habiletés relationnelles et des connaissances diverses (rouages politiques, principes économiques et administratifs, etc.).
Réorganisation	De la fin de la cinquantaine au début de l'âge avancé	Les personnes réorganisent leur vie et utilisent leur énergie intellectuelle autour d'activités qui ont un sens profond et personnel pour elles, plutôt que pour les besoins du travail comme elles le faisaient auparavant. Ce stade caractérise souvent le fonctionnement cognitif des individus retraités.	Faire de la peinture ou s'impliquer dans des groupes de discussion ou des groupes de lecture.

**TABLEAU 11.3** Les sept stades du développement cognitif (selon Schaie) (suite)

Stade	Période	Description	Exemple
Réintégration	À l'âge adulte avancé	Les personnes sont parfois moins impliquées sur le plan social et leurs fonctions cognitives sont modifiées en raison de changements biologiques. Elles deviennent alors souvent beaucoup plus sélectives quant aux activités auxquelles elles consacrent leurs efforts.	Se concentrer sur les raisons qui poussent à agir et sur les tâches qui sont les plus significatives.
Création de l'héritage	À la fin de la vie	Les personnes se concentrent sur des tâches liées à la fin de leur vie.	Prendre des dispositions pour le legs des biens ou pour les funérailles, écrire ou raconter sa vie comme un héritage pour les proches.

Source: Schaie et Willis, 2000.



Selon les stades de Schaie, qu'est-ce qui caractérise le développement cognitif de Maxime ?

Ce ne sont pas tous les adultes qui traversent ces stades selon la séquence présentée par Schaie. Par exemple, les stades concernant les responsabilités et l'engagement social peuvent se chevaucher ou alterner selon l'âge, le type de travail ou la structure de vie. Ainsi, le jeune adulte traverse les stades de la réalisation personnelle et des responsabilités. Toutefois, dès le stade de la prise des responsabilités (soit vers la trentaine), des variations commencent à apparaître en fonction des événements de vie vécus par la personne, de ses choix, de sa personnalité, etc.

### 11.4.3 La théorie triarchique de l'intelligence de Sternberg

David, Barbara et Jonathan avaient fait des demandes d'admission dans différents programmes à l'Université de Montréal. Tout au long de son cheminement académique, David avait presque toujours récolté des A, et il avait obtenu des notes très élevées à ses examens de fin de DEC. Il avait aussi reçu d'excellentes recommandations de la part de ses professeurs. Par contre, les résultats scolaires de Barbara n'avaient toujours été que passables, et sa cote R était inférieure aux exigences requises par le programme universitaire pour lequel elle avait postulé. Cependant, les lettres de recommandation fournies par ses professeurs étaient remplies d'éloges sur la qualité de ses travaux et sur ses idées innovatrices. Enfin, les résultats scolaires de Jonathan et ses lettres de recommandation étaient bons, mais ils ne figuraient pas parmi les meilleurs. Or, David et Jonathan ont été admis dans le programme universitaire de leur choix. Quant à Barbara, elle n'a pas été admise dans le programme voulu, mais on lui a proposé de travailler comme assistante de recherche tout en suivant des cours à titre d'auditrice libre. David a obtenu de très bons résultats au cours de sa première année de baccalauréat, mais il a moins bien réussi par la suite. Barbara, elle, a dépassé les attentes du département par sa contribution exceptionnelle au sein de son équipe de recherche. Quant aux performances de Jonathan, elles ont été plutôt moyennes, mais il a tout de même eu de la facilité à se trouver un emploi par la suite, et cette nouvelle vie s'est avérée plus facile pour lui.



#### Le stade des responsabilités

Parvenu à la trentaine, le jeune adulte assume généralement plusieurs responsabilités, comme celle d'être parent.

Selon la théorie triarchique de l'intelligence de Sternberg que nous avons présentée dans le chapitre 7, Barbara et Jonathan sont forts sur deux aspects de l'intelligence que les tests psychométriques ne mesurent généralement pas : l'intuition créatrice, qui, selon Sternberg, fait partie de la dimension expérientielle, et l'intelligence pratique, qui appartient à la dimension contextuelle. Étant donné que l'intuition créatrice et l'intelligence pratique sont des éléments cognitifs importants

dans la vie des adultes, les tests psychométriques deviennent moins utiles dans l'évaluation de l'intelligence de ces derniers et dans la prédiction de leur succès dans la vie. Dans le cas de David, ses habiletés analytiques, c'est-à-dire la dimension compositionnelle de son intelligence, l'ont aidé à traverser avec succès le secondaire et le collégial. Cependant, dans les études universitaires, où l'originalité de la pensée s'avère un atout, la supériorité de l'intelligence expérientielle de Barbara lui a davantage servi. Quant à Jonathan, grâce à son intelligence pratique de type contextuel, il a réussi à bien se débrouiller dans la vie et à trouver un emploi qui satisfait ses attentes.

Comme nous l'avons également vu dans le chapitre 7, la connaissance ou le savoir tacite constitue un aspect important de l'intelligence pratique (contextuelle) qui n'est pas appris de manière explicite. Le savoir tacite réfère au savoir informel, c'est-à-dire au bon sens commun dans la façon de faire les choses. Par exemple, il dicte la façon de faire pour obtenir une promotion. Il n'est pas corrélé avec les mesures d'habiletés intellectuelles générales, mais il représente un meilleur prédicteur du succès en affaires (Sternberg, Grigorenko et Oh, 2001). Le savoir tacite peut inclure la gestion de soi (savoir comment se motiver et organiser son temps), la gestion des tâches à faire (savoir comment rédiger un texte) et la gestion des relations interpersonnelles (savoir quand et comment renforcer ou critiquer un employé) (Smith, 2001).

Pour vérifier le savoir tacite chez l'adulte, Sternberg a utilisé une méthode qui consiste à comparer les choix d'une personne quant aux actions à poser dans des situations hypothétiques liées au travail à ceux des experts dans le domaine concerné. Le savoir tacite, mesuré de cette façon, ne semble pas être lié au QI, et il prédit la performance au travail avec plus d'exactitude que ne le font les tests psychométriques (Herbig, Büssing et Ewert, 2001). Évidemment, ce savoir tacite ne garantit pas à lui seul la réussite professionnelle : d'autres aspects de l'intelligence sont également impliqués. Toutefois, il contribue pour une large part au succès de l'individu dans la réalisation de ses projets personnels et professionnels.

#### 11.4.4 L'intelligence émotionnelle

En 1990, Peter Salovey et John Mayer ont proposé le terme **d'intelligence émotionnelle** pour référer à l'habileté d'une personne à reconnaître, à utiliser, à comprendre et à gérer ses propres émotions et celles des autres. Ce concept a ensuite été repris et développé par Daniel Goleman (1995, 1998, 2001), pour qui l'intelligence émotionnelle se compose de deux types de compétences : la compétence personnelle et la compétence sociale (*voir le tableau 11.4, à la page suivante*).

Certaines personnes sont très intelligentes, mais sont néanmoins incapables de s'adapter et de transiger efficacement avec leur environnement social. Cela peut s'expliquer par le fait que l'intelligence émotionnelle influe sur la qualité des relations interpersonnelles. En effet, des études ont montré que les étudiants du collégial qui obtenaient des résultats élevés à un test d'intelligence émotionnelle étaient plus susceptibles de dire qu'ils entretenaient des relations positives avec leurs parents et leurs amis que les étudiants qui obtenaient de faibles résultats au même test (Lopes, Salovey et Strauss, 2003). Leurs relations de couple étaient aussi plus satisfaisantes (Brackett *et al.*, 2005). De plus, d'autres études ont montré que les étudiants qui obtenaient de faibles résultats au test d'intelligence consommait davantage de drogues et d'alcool (Brackett, Mayer et Warner, 2004).

Par ailleurs, l'intelligence émotionnelle influence aussi l'efficacité au travail. Ainsi, sur un échantillon d'employés provenant d'une des plus grandes compagnies d'assurance en Amérique du Nord, ceux qui obtenaient des résultats élevés lors de la passation

#### Intelligence émotionnelle

Selon Salovey et Mayer, type d'intelligence qui réfère à l'habileté d'une personne à comprendre et à maîtriser ses propres émotions et à composer avec celles des autres.

**TABLEAU 11.4** Les compétences et les dimensions de l'intelligence émotionnelle (selon Goleman)

Compétences	Dimensions	Qualités émotionnelles
Compétences personnelles	Conscience de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience de ses propres émotions (connaître ses émotions, ses états intérieurs, ses désirs, ses besoins, etc.)</li> <li>• Autoévaluation réaliste de soi (connaître ses limites et ses forces)</li> <li>• Confiance en soi (certitude de sa valeur et de ses capacités)</li> </ul>
	Maîtrise de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle de soi (savoir gérer ses impulsions)</li> <li>• Crédibilité (rester honnête et crédible)</li> <li>• Conscience professionnelle (soucis de bien faire son travail)</li> <li>• Adaptabilité (souplesse face aux changements)</li> </ul>
	Motivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détermination (effort vers l'excellence)</li> <li>• Engagement (savoir s'impliquer)</li> <li>• Initiative (savoir saisir les occasions)</li> <li>• Optimisme (avoir confiance en soi et poursuivre ses objectifs)</li> </ul>
Compétences sociales	Empathie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compréhension des autres (sensibilité interpersonnelle, capacité de saisir les émotions et les pensées des autres)</li> <li>• Support (savoir aider, anticiper, reconnaître et satisfaire les besoins des autres)</li> <li>• Stimuler (savoir reconnaître et stimuler les capacités des autres)</li> <li>• Réunir (savoir tirer profit des différences interpersonnelles)</li> <li>• Sens politique (savoir saisir les émotions d'un groupe et les relations de pouvoir)</li> </ul>
	Aptitudes sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charisme (savoir persuader)</li> <li>• Communiquer (savoir être clair dans ses messages)</li> <li>• Leadership (savoir guider, diriger)</li> <li>• Entreprise (savoir initier et gérer des changements)</li> <li>• Médiation (savoir résoudre des conflits)</li> <li>• Entregent (savoir créer des relations)</li> <li>• Coopération (savoir collaborer avec les autres)</li> <li>• Synergie (savoir rassembler les gens autour d'objectifs communs)</li> </ul>

Source: Goleman, 2001.



#### L'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle contribue au maintien de bonnes relations sur les plans personnel et professionnel.

d'un test d'intelligence émotionnelle étaient aussi ceux qui étaient les mieux cotés par leurs collègues et leurs superviseurs sur le plan de la sociabilité, de la sensibilité interpersonnelle, du leadership et de l'habileté à gérer le stress et les conflits. Des scores élevés à ce test étaient aussi corrélés à des salaires plus élevés et à plus de promotions (Lopes *et al.*, 2006).

#### 11.4.5 L'évolution du jugement moral

Selon la théorie de Kohlberg, comme nous l'avons vu dans le chapitre 9, le développement moral dépend du développement cognitif chez les enfants et les adolescents. Leur jugement moral progresse dans la mesure où l'égoïsme diminue et où le raisonnement abstrait se développe. À l'âge adulte, par contre, le jugement moral devient plus complexe.

Pour Kohlberg, l'atteinte du troisième niveau de développement moral, soit celui de la morale postconventionnelle, est particulièrement liée à l'expérience de vie de chacun. Ainsi, la plupart des individus n'atteindraient pas ce niveau avant la vingtaine, et même plus tard, voire jamais (Kohlberg, 1973). Les deux principales expériences de vie qui poussent le jeune adulte vers le niveau de développement moral le plus élevé seraient, d'une part, le fait d'être confronté à des valeurs conflictuelles à l'extérieur

de la famille (par exemple, lorsque l'individu quitte la maison parentale pour aller étudier à l'extérieur) et, d'autre part, le fait de devenir responsable du bien-être d'une autre personne (par exemple, en devenant parent). L'expérience de vie peut alors amener le jeune adulte à reconsidérer ses définitions du bien et du mal. Selon une étude américaine, les élèves qui fréquentent l'église régulièrement, par exemple, sont moins susceptibles de tricher lors de la réalisation d'une tâche que ceux qui vont à l'église moins régulièrement (Bloodgood *et al.*, 2008).

Certains adultes font d'ailleurs spontanément référence à leurs expériences personnelles pour expliquer leurs choix en cas de dilemme moral. Ainsi, comme nous l'avons vu dans le chapitre 9, un individu qui a eu le cancer ou dont un proche en a été atteint sera plus susceptible de pardonner à un homme qui vole un médicament trop coûteux pour sauver la vie de sa femme et d'expliquer ce point de vue en évoquant sa propre expérience (Bielby et Papalia, 1975). En revanche, les personnes exposées à la guerre (Haskuka *et al.*, 2008) ou qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique à la suite d'une expérience de combat (Taylor, 2007) ont moins tendance à atteindre les niveaux élevés de développement moral selon le modèle de Kohlberg.

En ce qui concerne le jugement moral, les stades cognitifs ne suffisent donc pas à donner un portrait complet de la situation. S'il est vrai que l'individu qui fait preuve d'égoïsme est moins susceptible de prendre une décision morale à un niveau postconventionnel, l'individu qui est en mesure de réfléchir de manière abstraite ne va toutefois pas nécessairement atteindre le plus haut niveau de fonctionnement moral, à moins que son expérience de vie ne le lui permette.

Peu avant sa mort en 1987, Kohlberg a proposé un septième stade de jugement moral, qui va au-delà des simples considérations de justice. Dans ce septième stade, l'adulte réfléchirait à la « la nécessité de la moralité » (Kohlberg et Ryncarz, 1990). Cependant, l'atteinte de ce niveau serait si rare que même Kohlberg avait des réticences à le reconnaître comme un stade de développement en soi.

Une des critiques formulées à l'endroit de l'approche de Kohlberg est qu'elle favorise certaines cultures qui seraient, selon lui, plus susceptibles de mener l'individu au plus haut niveau de développement moral (Jenson, 1997). Dans la culture chinoise, par exemple, lorsqu'un individu est confronté à un dilemme moral, on s'attend à ce qu'il en discute ouvertement et qu'il se laisse guider par les normes sociales : la recherche de la conciliation et de l'harmonie prévaut (Dien, 1982). Par contre, le modèle de Kohlberg, fondé sur la justice, valorise plutôt une prise de décision basée sur un système de valeurs personnel. Cette croyance sous-jacente à la supériorité d'une certaine vision du monde a été critiquée puisqu'elle privilégie les normes culturelles occidentales. Plusieurs cultures, cependant, fondent leurs normes morales sur l'autorité divine ou la tradition. Or, il n'y a aucune raison pour que ces croyances soient considérées comme moralement inférieures ou comme le reflet d'une forme moins sophistiquée de raisonnement (Shweder *et al.*, 2006).

Comme nous l'avons aussi vu dans le chapitre 9, Carol Gilligan, pour sa part, a suggéré que le principal dilemme moral des femmes est le conflit entre leurs propres besoins et ceux des autres. Pour comprendre de quelle façon les femmes font leurs choix moraux, Gilligan (1982, 1993) a interrogé 29 femmes enceintes au sujet de leur décision de poursuivre ou non leur grossesse, les confrontant au dilemme moral de l'avortement. Elle a découvert que ces femmes voyaient la moralité en termes d'égoïsme ou de responsabilité, celle-ci étant définie comme l'obligation de donner des soins et d'éviter de blesser les autres. Gilligan en a conclu que les femmes pensent moins en termes de justice et d'équité que les hommes, et davantage en termes de responsabilité.

Cependant, d'autres recherches n'ont pas trouvé de différences significatives entre les hommes et les femmes sur le plan du jugement moral, et ce, tout au long de leur vie (Brabeck et Shore, 2003). Dans les quelques études où les hommes avaient des résultats légèrement supérieurs aux femmes, les différences n'étaient pas attribuables

au sexe de l'individu, mais plutôt au niveau de scolarité plus élevé des hommes et à leur emploi plus rémunérateur. Une méta-analyse récente des résultats de 113 études est parvenue à des résultats plus nuancés. Ainsi, même si les femmes sont plus susceptibles de réfléchir en termes de soins à donner aux autres et les hommes, en termes de justice, et même si des études sur l'imagerie cérébrale démontrent que ce sont les régions du cerveau associées aux soins qui sont activées chez les femmes et celles associées à la justice qui le sont chez les hommes (Harensk *et al.*, 2008), ces différences sont minimes. Les recherches récentes ne semblent donc pas appuyer les hypothèses formulées par Gilligan au sujet d'un biais masculin ou d'une perspective proprement féminine de la moralité (Walker, 1995).

Gilligan et Kohlberg placent la responsabilité à l'égard des autres au niveau le plus élevé du développement moral et reconnaissent l'importance, autant pour les hommes que pour les femmes, des liens avec les autres, de la compassion et de la sollicitude.



### FAITES LE POINT

11. Quel est le type de pensée qui caractérise le stade adulte ? Comment la définiriez-vous ?
12. Selon la théorie de Schaie, quels stades sont généralement atteints par les jeunes adultes âgés de 20 à 40 ans ? Décrivez-les.
13. Selon la théorie de Goleman, quelles sont les compétences et les dimensions de chaque composante de l'intelligence émotionnelle ?
14. En discutant avec un ami, vous voulez qualifier votre relation amoureuse, ou encore celle de vos parents, en utilisant les trois composantes de la théorie triangulaire de Sternberg. Que lui-dites vous ?

## 11.5 Le développement affectif et social

Les changements sociaux majeurs qui ont suivi la révolution industrielle ont peu à peu conduit à des transformations profondes dans le développement adulte. Parallèlement, plusieurs modèles théoriques ont été mis sur pied pour tenter d'expliquer ces changements. Aujourd'hui, de multiples transitions caractérisent le passage de l'adolescence à la jeune vie adulte. Ainsi, un nombre non négligeable de jeunes adultes choisissent de s'investir dans une relation à long terme dans le but de combler des besoins affectifs fondamentaux. C'est le cas de Maxime, dans la mise en situation, qui fréquente Mélanie depuis deux ans et qui souhaite maintenant emménager avec elle.



Confrontés à plus de responsabilités, la majorité d'entre eux quittent la maison parentale et doivent alors travailler pour subvenir à leurs besoins. Parallèlement à cette quête d'autonomie grandissante, plusieurs jeunes adultes poursuivent des études postsecondaires et doivent par conséquent combiner le travail et les études, et parfois les responsabilités parentales. Tous ces changements associés à la jeune vie adulte sont porteurs de tensions et nécessitent plusieurs adaptations successives. Elles peuvent être des sources de stress pour certains et des facteurs de développement personnel pour d'autres. Examinons plus en détail les différents aspects liés au développement affectif et social du jeune adulte, ainsi que les enjeux particuliers qui y sont associés.

### 11.5.1 Le développement de la personnalité adulte : les différents modèles théoriques

#### La théorie psychosociale d'Erikson : un modèle normatif

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, pour Erikson, les changements développementaux relatifs à chaque période de la vie sont normatifs, dans la mesure



où ils semblent toucher la plupart des membres d'une population et qu'ils s'expriment par des stades de développement psychosocial qui s'étendent de la naissance à la mort.

Parvenu à l'âge adulte, l'individu est au sixième stade de développement psychosocial et doit, selon Erikson, résoudre la crise opposant l'**intimité versus l'isolement**. Ainsi, le jeune adulte doit être en mesure de développer des relations intimes dans lesquelles il s'engage profondément et à long terme avec les autres, faute de quoi il risque de vivre un sentiment d'isolement et d'être trop préoccupé par sa propre personne. Par ailleurs, l'adulte de cet âge a également besoin de se retrouver avec lui-même : les deux polarités sont donc nécessaires pour assurer un bon équilibre dans le développement. Cependant, selon Erikson, le jeune adulte doit avoir préalablement développé une identité forte pour pouvoir vivre des relations intimes avec une autre personne, relations qui impliquent la capacité de se révéler à l'autre, de faire des compromis et de s'accepter mutuellement. Si cette sixième crise est résolue, elle permet alors le développement d'une force adaptative particulière : l'amour. Pour Erikson, cette relation intime doit se vivre entre deux partenaires qui ont choisi de partager leur vie et d'avoir des enfants, sous peine de conséquences négatives pour le développement de la personne. Cette théorie a été critiquée puisqu'elle exclut les personnes vivant seules, les personnes célibataires, homosexuelles ou encore n'ayant pas d'enfant. Aujourd'hui, on reconnaît que cet engagement dans une relation intime peut se vivre de différentes façons et que cela n'empêche pas un sain développement, comme nous le verrons plus loin.

Les psychologues qui ont poursuivi dans la même voie qu'Erikson ont identifié des **tâches développementales** qu'une personne doit accomplir pour réussir l'adaptation aux différentes étapes de la vie (Roisman *et al.*, 2004). Parmi les tâches développementales du jeune adulte, on note le départ de la maison pour poursuivre des études ou pour aller travailler à l'extérieur, le développement de relations amicales et amoureuses plus intimes et la capacité de subvenir à ses propres besoins grâce à une indépendance financière et affective (Arnett, 2004). Par ailleurs, les théoriciens du modèle normatif insistent sur le fait que le développement ne s'arrête pas avec le début de l'âge adulte et que les humains continuent de changer et de se développer tout au long de leur vie adulte.

### Le modèle des événements de vie de Neugarten

Bernice Neugarten, une éminente chercheuse en psychologie du développement, a proposé un **modèle des événements de vie** pour expliquer le développement humain. Neugarten et ses collaborateurs en sont venus à la conclusion que ce n'est pas tant l'âge qui marque le développement humain, mais plutôt le moment où certains événements se produisent dans la vie de la personne (Neugarten et Neugarten, 1987). Les **événements de vie normatifs**, appelés aussi « influences normatives liées à l'âge », se produisent à un moment attendu au cours du cycle de la vie (*voir le chapitre 1*). Ils sont prévisibles selon l'**horloge sociale**, c'est-à-dire qu'ils correspondent aux normes et aux attentes d'une société donnée à une période donnée (par exemple, avoir un enfant à 28 ans ou prendre sa retraite à 65 ans). Ces événements sont dits « non normatifs » s'ils se produisent à un moment non attendu dans une culture donnée et à une période donnée, en d'autres mots, si ces événements surviennent de façon imprévue dans la vie d'une personne (par exemple, avoir un enfant à 50 ans ou prendre sa retraite à 30 ans).

Si les événements se produisent selon l'horloge sociale, le développement se fait harmonieusement. Par contre, Neugarten croit que ce sont les événements non normatifs qui déclenchent les crises adaptatives de la vie adulte (par exemple, un jeune père de famille qui perd son emploi ou un jeune couple qui ne parvient pas à avoir un enfant). Toutefois, la personnalité des individus influence leur façon de gérer ces crises. En effet, une personne résiliente affronte mieux une crise adaptative qu'une personne anxieuse. Quant à l'horloge sociale, elle diffère beaucoup selon les cultures et l'époque. Ainsi, les normes rattachées aux événements normatifs ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies et laissent place à davantage de variabilité. Par exemple, au Québec, de nombreuses femmes reportent leur première grossesse à un âge plus tardif. Ainsi,

#### Intimité versus isolement

Selon Erikson, sixième crise du développement psychosocial au cours de laquelle le jeune adulte doit être en mesure de développer des relations intimes profondes et à long terme. Si la crise n'est pas résolue, l'individu risque de vivre un sentiment d'isolement et d'être trop préoccupé par sa propre personne.



En quoi le comportement de Maxime correspond-il au stade de développement psychosocial du jeune adulte décrit par Erikson ?

#### Tâche développementale

Tâche qui doit être accomplie pour réussir l'adaptation aux différentes étapes de la vie.

#### Modèle des événements de vie

Selon Neugarten, modèle où ce n'est pas tant l'âge qui marque le développement humain, mais plutôt le moment où certains événements se produisent dans la vie d'une personne.

#### Événement de vie normatif

Appelé aussi « influence normative liée à l'âge », événement qui se produit à un moment attendu dans une culture et à une période données.

#### Horloge sociale

Ensemble des normes et des attentes sociales associées aux périodes où certains événements, comme avoir un enfant ou prendre sa retraite, sont censés se produire.

alors que déjà 10 % des premières naissances avaient lieu chez des femmes de plus de 35 ans en 2005, ce pourcentage ne cesse d'augmenter, atteignant 14 % en 2013 (Institut de la statistique du Québec, 2013). L'âge moyen à la naissance du premier enfant a augmenté de deux années depuis 1995 et atteignait 28,3 ans en 2011. Le taux de fécondité des femmes de 40-44 ans, même s'il est peu élevé, a quintuplé, passant de 2 pour mille en 1985 à 10 pour mille en 2011 (Institut de la statistique du Québec, 2012). Aujourd'hui, on accepte davantage qu'un couple ait son premier enfant vers la quarantaine, qu'une personne prenne sa retraite à 50 ans ou qu'une autre travaille toujours à 70 ans.

Cette théorie fondée sur la chronologie des événements contribue à notre compréhension de la personnalité adulte en soulignant le caractère individuel des événements vécus au cours de la vie et en remettant en question le modèle des stades liés à l'âge. Toutefois, sa pertinence et son utilité se limitent aux cultures et aux périodes pour lesquelles des normes ont été établies.

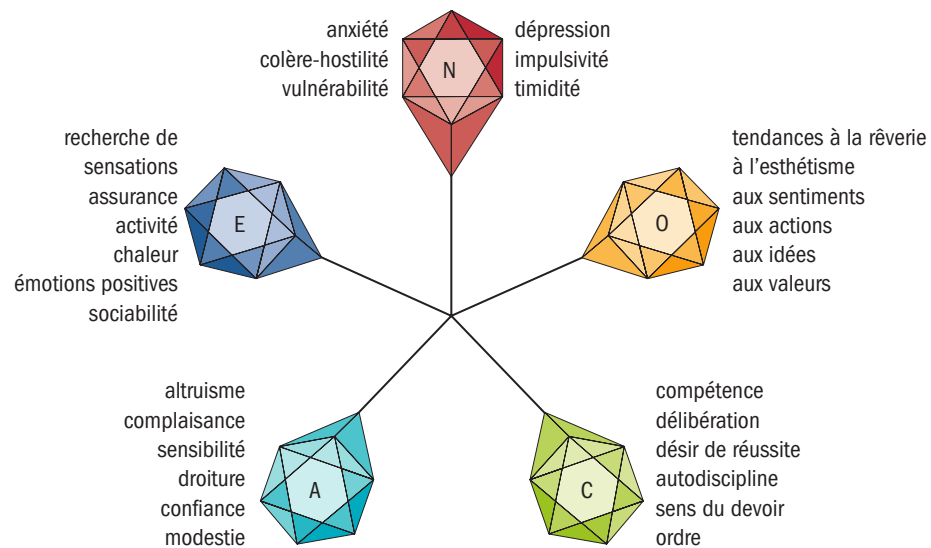
### Le modèle des traits de Costa et McCrae

#### Modèle des traits

Selon Costa et McCrae, modèle qui présente la configuration de la personnalité en fonction de cinq dimensions ou facteurs : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, les aptitudes consciencieuses et l'amabilité.

Le **modèle des traits**, ou modèle des cinq facteurs, de Paul. T. Costa et Robert R. McCrae, s'intéresse à la stabilité et au changement dans les traits de personnalité. Ce modèle, aussi appelé *big five*, présente la configuration de la personnalité en fonction de cinq dimensions ou facteurs : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, les aptitudes consciencieuses et l'amabilité. Chacun de ces cinq grands facteurs regroupe une série de six traits liés au facteur dominant (*voir la figure 11.1*).

**FIGURE 11.1** Le modèle des cinq facteurs (*big five*) de Costa et McCrae



Chacun des cinq facteurs de base de la personnalité regroupe six traits ou facettes liés à ce facteur. N = névrosisme, O = ouverture à l'expérience, C = aptitudes consciencieuses, A = amabilité, E = extraversion.

Source : Costa et McCrae, 2006.

Le névrosisme regroupe six traits ou six facettes de la personnalité qui reflètent l'instabilité émotionnelle. Les personnes chez qui ce trait domine sont anxieuses, promptes à se mettre en colère et sensibles à la critique. Elles peuvent aussi être dépressives, se sentir inutiles ou être aux prises avec un sentiment de culpabilité. Les personnes extraverties, elles, sont sociables et chaleureuses ; elles aiment être actives et recherchent l'excitation. Les personnes qui font preuve d'ouverture à l'expérience recherchent pour leur part la nouveauté ; elles sont créatives et ouvertes aux idées nouvelles. Les personnes

chez qui ce trait domine appréciant la beauté et les arts et remettent en question les valeurs traditionnelles. Les personnes consciencieuses sont quant à elles disciplinées, ordonnées, compétentes et ambitieuses. Enfin, l'amabilité décrit les personnes ouvertes aux autres, confiantes, altruistes et facilement influençables.

Par ailleurs, le modèle des cinq facteurs semble être lié à différents aspects du bien-être physique et mental de l'individu. Par exemple, le fait d'être consciencieux a été associé aux comportements sanitaires qui augmentent l'espérance de vie (Bogg et Roberts, 2004). Il a aussi été associé à la satisfaction conjugale, à la qualité de la relation parent-enfant et aux troubles de la personnalité (Gattis *et al.*, 2004; Kochanskae *et al.*, 2004). Par ailleurs, les individus qui obtiennent des résultats élevés sur le plan du névrosisme ont tendance à être plus anxieux et dépressifs, et les individus qui ont des résultats faibles quant à la dimension de l'extraversion sont plus enclins à la phobie sociale et à l'agoraphobie (Bienvenue *et al.* 2001).

Selon le modèle des cinq facteurs, une personne peut posséder plusieurs traits d'un même facteur et peu de traits d'un autre, ce qui détermine alors la tendance de sa personnalité. Des études menées dans plus de trente cultures différentes, du Zimbabwe au Pérou, ont mis en évidence ces cinq facteurs, qui semblent donc universels. Toutefois, ceux-ci ne sont pas nécessairement aussi importants dans toutes les cultures, et des facteurs supplémentaires semblent exister dans certaines d'entre elles (McCrae, 2002). Par ailleurs, si les cinq traits identifiés par Costa et McCrae sont relativement stables dans le temps, ils présentent néanmoins des changements notoires entre l'adolescence et l'âge de 30 ans, qui ralentissent par la suite (McCrae, 2002). La direction de ces changements varie selon les différents facteurs de personnalité. Ainsi, l'amabilité et le fait d'être une personne consciencieuse vont généralement augmenter, tandis que le névrosisme, l'extraversion et l'ouverture à l'expérience vont décliner (McCrae *et al.*, 2000). Selon Costa et McCrae, ces modèles de changements liés à l'âge semblent aussi être universels, car présents dans toutes les cultures étudiées.

D'autres études ont montré que des changements importants s'opèrent dans presque tous les traits de personnalité tout au long de la vie, mais que ceux-ci seraient toutefois plus marqués au début de l'âge adulte (Roberts et Mroczek, 2008). Ainsi, on assisterait à une augmentation sur le plan de la dominance sociale (de l'affirmation, une facette de l'extraversion), de la stabilité émotionnelle et des aptitudes à être consciencieux. La personnalité montrerait aussi des changements notables, généralement positifs, après l'âge de trente ans, et même à l'âge avancé. Selon ces recherches, les changements chez le jeune adulte ne seraient pas liés à la maturation ou à des causes génétiques, mais plutôt aux expériences de vie qui surviennent au cours de la jeune vie adulte (Robert, Walton et Viechtbauer, 2006). Dans les faits, certains individus changent plus que d'autres. De plus, tous les changements ne sont pas positifs. Ainsi, les jeunes adultes qui connaissent des succès et qui sont satisfaits de leur carrière ont tendance à connaître une augmentation importante de leur stabilité émotionnelle et à être encore plus consciencieux, tandis que les personnes qui sont négligentes ou agressives au travail ont tendance à présenter une baisse quant à ces traits de personnalité (Roberts et Mroczek, 2008). Devant ces résultats, qui remettent en question la continuité de la personnalité, surtout après 30 ans, Costa et McCrae reconnaissent aujourd'hui que des changements surviennent tout au long de la vie et que la personnalité à l'âge adulte semble plus malléable et plus complexe qu'on ne le croyait. Toutefois, ce modèle n'expliquant pas la cause des changements, d'autres études seraient nécessaires. Le modèle de Costa et McCrae a également suscité certaines critiques de type méthodologique. Ainsi, Block (1995), pour qui la personnalité est plus qu'un ensemble de traits, prétend que ce modèle, largement basé sur des évaluations subjectives, manque de validité lorsqu'il n'est pas appuyé par d'autres mesures. De plus, selon lui, la sélection des facteurs est arbitraire et les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.



#### Les aptitudes consciencieuses

Le fait d'être consciencieux est associé à des comportements favorisant la santé, augmentant ainsi l'espérance de vie.

**Approche typologique**

Approche qui considère la personnalité comme un tout influençant les attitudes, les valeurs, le comportement et les relations sociales et qui identifie trois types de personnalité : égo-résiliente, surcontrôlée et sous-contrôlée.

**Égo-résilience**

Faculté d'adaptation à une situation stressante.

**Le modèle typologique de Block**

Jack Block (1971, 2006) est considéré comme un pionnier de l'**approche typologique**, qui considère plutôt la personnalité comme un tout qui affecte les attitudes, les valeurs, les comportements et les relations sociales d'une personne. Ses recherches ont identifié trois types de personnalité : égo-résiliente, surcontrôlée et sous-contrôlée. Ces trois types diffèrent en fonction de deux facteurs : la capacité d'égo-résilience, ou autorésilience, et le contrôle de soi. L'**égo-résilience** réfère à la faculté d'adaptation en situation stressante. Les personnes égorésilientes sont bien adaptées : elles sont sûres d'elles, indépendantes, articulées, coopératives et centrées sur la tâche. Les personnes à fort autocontrôle, ou surcontrôlées, sont au contraire beaucoup plus réservées, tranquilles, anxieuses et dignes de confiance. Elles tendent à garder leurs pensées pour elles-mêmes et à éviter les situations de confrontation. Elles sont aussi plus sujettes à la dépression. Enfin, les personnes à faible autocontrôle, ou sous-contrôlées, sont actives, énergiques, impulsives, obstinées et facilement distraites. Ces trois types de personnalité semblent exister chez les deux sexes, dans différentes cultures et différents groupes ethniques, et apparaissent autant chez les enfants que chez les adolescents et les adultes (Caspi, 1998).

Une étude longitudinale réalisée en Allemagne confirme le lien qui existe entre la personnalité de l'enfant et son attitude à l'âge adulte. Dans le cadre de cette étude, des professeurs et des parents devaient évaluer annuellement 103 enfants, d'abord entre l'âge de 3 et 12 ans, puis entre l'âge de 17 et 23 ans. Les enfants qui avaient affiché un surcontrôle entre l'âge de 4 et 6 ans (en contenant leurs émotions) avaient tendance à être plus timides à l'adolescence et au début de l'âge adulte, alors que ceux qui avaient démontré un faible autocontrôle dans leur petite enfance (en exprimant leurs émotions) étaient plus agressifs. Ces traits devenaient plus évidents entre 17 et 23 ans. De plus, les enfants à faible autocontrôle, comme ceux à fort autocontrôle, avaient plus de difficulté que les enfants égo-résilients à assumer leurs rôles sociaux une fois devenus adultes (Dennissen, Asendorpf et Van Aken, 2008).

Évidemment, la découverte d'une tendance à la continuité dans les attitudes et les comportements ne signifie pas que la personnalité ne change jamais ou que certains individus sont condamnés à une vie mal adaptée. Les enfants à faible autocontrôle peuvent s'améliorer en vieillissant s'ils trouvent un domaine dans lequel leur énergie et leur spontanéité constituent un atout. De leur côté, les enfants à fort autocontrôle peuvent sortir de leur coquille s'ils découvrent que leur fiabilité est valorisée. De plus, bien que les types de personnalité établis au cours de l'enfance puissent prédire des modèles comportementaux à long terme, certains événements peuvent aussi changer la trajectoire de vie (Caspi, 1998). Ainsi, dans le cas des jeunes adultes qui présentent des problèmes d'adaptation, par exemple, une union avec une personne qui leur offre du soutien peut conduire à des changements très positifs.

**11.5.2 Les relations affectives intimes ou profondes**

Erikson considérait que le développement d'une relation intime représentait une tâche cruciale chez le jeune adulte. Le besoin de bâtir une relation forte, stable, intime et soutenante est effectivement une motivation très puissante du comportement humain. Le dévoilement de soi, qui consiste à révéler des informations importantes sur soi à quelqu'un d'autre, représente un élément central de l'intimité. Ainsi, les individus deviennent plus intimes et le demeurent lorsqu'ils échangent des confidences, qu'ils répondent à leurs besoins mutuels et qu'ils se manifestent du respect et de l'acceptation. Pour avoir des relations intimes, il faut donc être conscient de soi, avoir de l'empathie, ainsi que des habiletés à communiquer ses émotions, à résoudre des conflits et à tenir un engagement. Si la relation inclut une sexualité, il faut également avoir la capacité de prendre des décisions à cet égard. Ces habiletés sont particulièrement

utiles lorsque le jeune adulte décide de former un couple et d'avoir des enfants (Lambeth et Hallett, 2002).

### L'amitié

Les amitiés chez le jeune adulte peuvent être moins stables que dans les périodes précédentes ou subséquentes, principalement à cause des nombreux déplacements qu'il est susceptible de vivre (Collins et Van Dulmen, 2006). Pourtant, de nombreux jeunes adultes conservent des amitiés de qualité, malgré la distance (Johnson *et al.*, 2009). Au cours de cette période, les amitiés ont plutôt tendance à être centrées sur le travail, les activités familiales et l'échange de confidences et de conseils. Certaines amitiés sont extrêmement intimes et réconfortantes, alors que d'autres sont marquées au contraire par de fréquents conflits. Enfin, certaines amitiés subsistent toute la vie, alors que d'autres sont passagères (Hartup et Stevens, 1999).

Les jeunes adultes célibataires comptent davantage sur leurs amis pour combler leurs besoins sociaux que ceux qui sont en couple ou qui ont des enfants (Carbery et Buhrmester, 1998). Par ailleurs, le nombre d'amis et le temps passé en leur compagnie diminuent généralement durant la jeune vie adulte. En dépit de cette réalité, les individus ont tendance à avoir un sentiment de bien-être en compagnie de leurs amis, soit parce que ces derniers contribuent à ce bien-être, soit parce que les individus qui se sentent bien ont aussi plus de facilité à se faire des amis (Myers, 2000). Par ailleurs, les femmes ont généralement des amitiés plus intimes que les hommes. Alors que les hommes sont plus susceptibles de partager des activités et des informations plutôt que des confidences avec leurs amis, les femmes sont plus portées à partager des confidences avec eux et à recevoir leurs conseils et leur soutien (Helms, Crouter et McHale, 2003). Enfin, plusieurs jeunes adultes intègrent leurs amis à leur cercle familial. Ces amis proches sont alors considérés comme des sœurs ou frères d'adoption. Chez les gais et les lesbiennes, ces frères et sœurs d'adoption sont souvent des amis hétérosexuels appartenant à l'autre sexe (Muraco, 2006).

Au cours des dernières années, l'utilisation de sites de réseautage social comme Facebook a considérablement augmenté chez les jeunes adultes (Facebook, 2011). Bien que certains puissent les considérer comme nocifs, ils présentent aussi des avantages. Par exemple, Facebook est souvent utilisé pour maintenir et renforcer les liens amicaux et familiaux malgré la distance géographique (Subrahmanyam *et al.*, 2008), comme c'est le cas pour Maxime, dans la mise en situation.

Toutefois, selon une étude américaine menée sur une période de 19 ans, un nombre grandissant de jeunes adultes n'ont aucun confident. Cette situation se retrouve surtout chez les gens instruits, issus de la classe moyenne et qui maintiennent des relations avec leurs amis et leur famille par l'entremise de courriels ou par téléphone, plutôt qu'en personne (McPherson, Smith-Lovin et Brashears, 2006).

### L'amour

Selon la **théorie triangulaire de l'amour** de Robert Sternberg (2006), l'amour se développe un peu comme une histoire dont l'amoureux serait l'auteur, une histoire qui viendrait refléter sa personnalité et sa conception de l'amour. Considérer l'amour comme une histoire peut donc nous aider à voir comment les individus choisissent les éléments qui entrent en jeu et les combinent.

Toujours selon Sternberg (2006), les trois composantes clés de l'amour sont l'intimité, la passion et l'engagement. L'**intimité** réfère à la dimension émotionnelle et implique le dévoilement de soi, la connexion à l'autre, le partage d'activités, la chaleur et la confiance. La **passion** représente quant à elle la composante motivationnelle: elle est fondée sur les pulsions internes qui transposent l'excitation physiologique en désir



### L'intimité

Le jeune adulte doit être en mesure de développer des relations intimes dans lesquelles il s'engage profondément.



### Théorie triangulaire de l'amour

Selon Sternberg, théorie selon laquelle l'amour se compose de trois dimensions: l'intimité, la passion et l'engagement, la combinaison de ces dimensions définissant la forme d'amour.

### Intimité

Selon Sternberg, dimension émotionnelle de la théorie triangulaire de l'amour impliquant le dévoilement de soi, la connexion à l'autre, la chaleur et la confiance.

### Passion

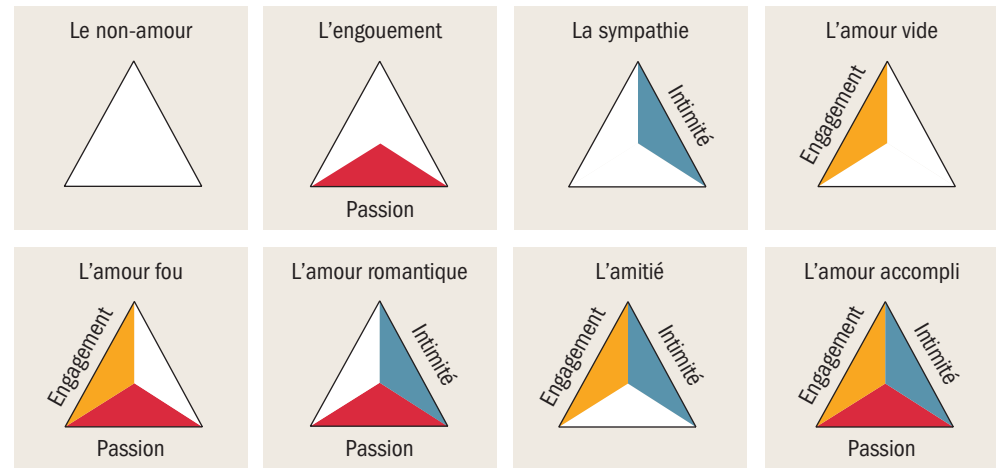
Selon Sternberg, dimension motivationnelle de la théorie triangulaire de l'amour basée sur des pulsions internes qui transposent l'excitation physiologique en désir sexuel.

### Engagement

Selon Sternberg, dimension cognitive de la théorie triangulaire de l'amour qui s'exprime par la décision d'aimer et de demeurer avec l'être aimé.

sexuel. Quant à l'**engagement**, la dimension cognitive, il s'exprime par la décision d'aimer et de poursuivre la relation. Peu manifeste au début de la relation, il tend à croître avec le temps. Le degré de chacune de ces composantes détermine le type d'amour vécu par l'individu (voir la figure 11.2). Huit modèles amoureux ont ainsi été définis.

**FIGURE 11.2** La théorie triangulaire de l'amour de Sternberg



Source : Sternberg, 2006.

**Le non-amour** Les trois composantes de l'amour sont absentes. Il décrit une relation interpersonnelle dans laquelle les interactions quotidiennes n'évoquent aucun sentiment amoureux.

**L'engouement** La passion est la seule composante présente et elle se manifeste par une forte attirance physique et une excitation sexuelle. L'intimité et l'engagement sont absents. Cet engouement peut apparaître soudainement et disparaître tout aussi soudainement, selon les circonstances. Bien que la passion puisse parfois durer longtemps, elle est surtout présente au début de la relation et elle tend à diminuer par la suite.

**La sympathie** L'intimité est la seule composante présente. Il s'agit d'une forme d'amitié dans laquelle la passion et l'engagement sont absents. Les partenaires peuvent partager certaines confidences et des activités. Ils s'offrent mutuellement de la compréhension, de l'affection et un soutien affectif, mais ils n'ont aucun désir mutuel et ne se sentent pas engagés l'un envers l'autre.

**L'amour vide** L'engagement est la seule composante présente. Il caractérise les unions de longue durée qui persistent malgré l'absence d'intimité et de passion. Il peut s'agir d'un mariage arrangé ou encore d'un couple dont les partenaires restent ensemble pour les enfants, pour préserver une aisance financière ou encore par peur de se retrouver seuls. Parfois, chaque partenaire mène sa propre vie.

**L'amour fou** La passion et l'engagement sont présents, mais l'intimité absente. Ce type d'amour ne dure habituellement pas, en dépit des intentions initiales. En effet, l'intensité de la passion incite les couples à s'engager rapidement, sans prendre le temps de développer une intimité.

**L'amour romantique** Cette forme d'amour est surtout présente en début de relation, lorsque l'engagement n'est pas encore manifeste mais que la passion et l'intimité sont élevées.

**L'amitié** L'engagement et l'intimité sont présents, mais la passion absente. Elle caractérise souvent les relations à long terme. L'attraction physique et l'engouement se

sont éteints, mais les deux partenaires se sentent proches l'un de l'autre et ont pris la décision de rester ensemble

**L'amour accompli** Les trois composantes sont présentes au sein de la relation, bien qu'elles puissent varier en intensité au quotidien. Plusieurs personnes aspirent à vivre cette forme de relation amoureuse. Pour parvenir à la maintenir dans le temps, chaque partenaire doit s'adapter aux besoins de l'autre et aux changements qui surviennent inévitablement dans une relation.

Les couples qui communiquent de manière constructive ont tendance à être plus satisfaits de leur relation amoureuse que ceux qui ne le font pas (Christensen *et al.*, 2006).

L'identité du jeune adulte semble aussi affecter la qualité des relations amoureuses. Une autre étude menée auprès de 710 jeunes adultes permet de constater qu'une identité bien établie est associée à des sentiments plus manifestes de camaraderie, d'affection et de soutien affectif au sein du couple (Barry *et al.*, 2009). Cela vient appuyer l'idée d'Erikson (1973), pour qui une identité forte est nécessaire pour l'établissement de relations intimes de haute qualité.



### FAITES LE POINT

15. Selon Erikson, quelle crise le jeune adulte doit-il résoudre ?
16. Montrez en quoi le modèle des événements de vie de Neugarten se distingue du modèle normatif.
17. Quelles sont les principales dimensions de la personnalité selon Costa et McCrae ?
18. Expliquez ce que Block entend par « égo-résilience ».
19. Expliquez les trois dimensions de l'amour selon Sternberg et leurs manifestations au sein des huit modèles amoureux.

## 11.6 Les styles de vie

Dans la plupart des sociétés occidentales, les normes concernant les styles de vie socialement acceptables ont beaucoup évolué depuis la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle. De plus, la personne peut modifier ses choix tout au long de l'âge adulte et connaître ainsi plusieurs styles de vie.

### 11.6.1 Les types d'union : le mariage et l'union de fait

Cette diversité dans les types d'union et les styles de vie semble particulièrement présente au Québec. En effet, la proportion de couples vivant en union de fait est nettement supérieure à la tendance observée dans les autres provinces canadiennes. Ainsi, en 2011, 37,8% des familles québécoises étaient formées de couples vivant en union libre, alors que ce pourcentage s'élevait à 16,7% dans le reste du Canada (Statistique Canada, 2012). Cette tendance est encore plus marquée chez les jeunes adultes, qui ne voient plus le mariage comme un pas inévitable vers l'âge adulte. Chez les adultes de 35 ans et moins, la moitié des personnes en couple optent pour l'union de fait, alors que chez les 25 ans et moins, 4 personnes sur 5 choisissent ce type d'union. Toutefois, chez les couples âgés de 35 à 39 ans, le pourcentage de gens mariés (35,4%) dépasse encore celui des couples vivant en union de fait (20,9%) (Statistique Canada, 2013).

Selon certaines études, les individus vivant en union de fait ont tendance à être moins religieux et traditionnels. Ils tendent également à être moins satisfaits que les gens mariés et à avoir une union moins stable (Heuveline et Timberlake, 2004; Seltzer, 2004). Ils ont moins confiance en leur relation, se confient et communiquent moins efficacement avec leur partenaire que ceux qui sont mariés. De plus, ils considèrent davantage



### Le mariage

En dépit de la popularité grandissante de l'union de fait au Québec, certains jeunes adultes privilégient toujours le mariage à ce type d'union.

le divorce comme une solution (Jose, O'Leary et Moyer, 2010). Lorsque ces couples ont des divergences quant à la division des tâches ménagères, ils seraient plus susceptibles de se séparer (Hohmann-Marriott, 2006). Par ailleurs, certains couples vivant en union de fait repoussent leur mariage en attendant d'avoir suffisamment d'argent pour le faire. Enfin, la dissolution du mariage ou d'une union libre est associée à une baisse importante du revenu familial. En effet, au Québec, 5,7 % des couples avec enfants ont un faible revenu, pourcentage qui grimpe à 30 % chez les familles monoparentales dirigées par une femme. De plus, 43 % des femmes ont connu une baisse de revenu de leur ménage, comparativement à 15 % des hommes, au cours des deux années suivant une séparation ou un divorce (Statistique Canada, 2013).

Au Québec, le *Code civil* ne reconnaît pas l'union de fait et les conjoints de fait ne sont pas considérés, au sens de la loi, comme étant réellement liés. Dans l'éventualité d'une rupture conjugale, les conjoints de fait n'ont donc ni droits, ni devoirs, ni obligations particuliers l'un envers l'autre, et ce, peu importe la durée de l'union. Cependant, les conjoints de fait peuvent signer un contrat de vie commune pour protéger leurs droits en cas de rupture ou de décès. De leur côté, les conjoints mariés religieusement ou civilement ont des obligations et des devoirs à respecter à l'égard de leur partenaire. Lors d'une séparation ou d'un divorce, le tribunal ordonne notamment à l'un des conjoints de verser à l'autre une pension alimentaire, c'est-à-dire une prestation pour compenser son apport financier à la famille.

Même si on observe un affaiblissement des normes sociales qui, autrefois, définissaient le mariage comme une institution dont la signification était universellement comprise, celui-ci est toujours considéré, dans la plupart des sociétés, comme la meilleure voie pour élever et protéger des enfants.

Comme les chiffres l'ont montré plus haut, les gens mariés sont encore majoritaires au Québec, mais ils se marient plus tard qu'auparavant. Ainsi, alors que dans les années 1950, la majorité des individus se mariaient au début de la vingtaine, l'âge moyen du mariage au Québec est actuellement de 33 ans pour les hommes et de 32 ans pour les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013).

Or, le mariage a été affecté par les changements démographiques et économiques qu'a connus la population du Québec. Alors qu'il était autrefois un moyen pour les femmes d'atteindre une sécurité financière, il est maintenant associé à une plus grande sécurité tant pour les hommes que pour les femmes.

En effet, les jeunes femmes sont maintenant plus scolarisées que par le passé et leur situation économique s'est améliorée. Cette situation modifie la dynamique de plusieurs couples mariés. Par exemple, en 1970, aux États-Unis, seulement 4 % des femmes de 35 à 44 ans gagnaient plus d'argent que leur mari. Or, en 2007, ce nombre atteignait 22 % (Cohn et Fry, 2010). L'amélioration des revenus des femmes s'explique par le fait que celles-ci sont maintenant plus nombreuses que les hommes à détenir un diplôme universitaire, dans une proportion de 34 % contre 26 % (Statistique Canada, 2012).

La satisfaction conjugale semble plus importante au sein des couples mariés que chez ceux qui ne le sont pas (Myers, 2000). Certains facteurs favorisent cette satisfaction conjugale. Parmi eux, on note la sensibilité à l'autre, la validation des émotions de l'autre ainsi que les habiletés à gérer les conflits (Clements, Stayley et Markman, 2004). Une recherche longitudinale menée auprès de couples de jeunes mariés a notamment montré que l'empathie, la validation des émotions et l'attention étaient associées au sentiment d'intimité et à une meilleure qualité de la relation (Sullivan *et al.*, 2010).

Par ailleurs, il semble que les attentes des femmes face au mariage diffèrent de celles des hommes. Celles-ci ont tendance à accorder plus d'importance à l'expression émotive que leur conjoint (Lavee et Ben-Ari, 2004). Ainsi, les efforts déployés par les hommes pour exprimer leurs émotions, prêter attention à la dynamique de la relation et consacrer du temps à des activités axées sur la construction de la relation contribuent largement à la satisfaction conjugale des femmes (Wilcox et Nock, 2006).



De plus, la façon dont les gens parlent de leur mariage fournit aussi des indications sur la probabilité de succès de leur union. Une étude américaine portant sur 2034 couples mariés montre en effet que ceux qui perçoivent la cohésion au sein de leur mariage par les « récompenses » obtenues (amour, respect, confiance, communication, compatibilité et engagement du partenaire) sont plus susceptibles d'être satisfaits de leur mariage et de demeurer plus longtemps mariés que ceux qui évoquent les « barrières » qui pourraient les empêcher de briser leur union (enfants, croyances religieuses, dépendance financière et engagement vis-à-vis de l'institution du mariage) (Previti et Amato, 2003).

Certains couples choisissent de demeurer ensemble malgré les conflits. La codépendance, le manque d'empathie, les faibles habiletés à gérer les problèmes et les divergences majeures sur le plan des valeurs figurent parmi les facteurs contribuant aux difficultés et aux déchirements dans les relations. Dans les cas extrêmes, les conflits conjugaux peuvent mener à de la violence entre les conjoints et, ultimement, à des homicides (voir l'encadré 11.1).

## ENCADRÉ 11.1

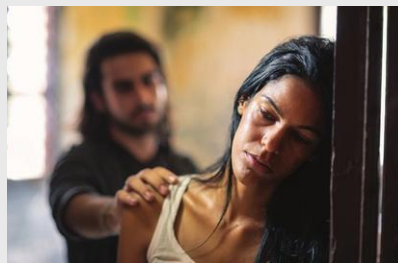
## APPROFONDISSEMENT

### La violence conjugale

On distingue généralement six formes de violence conjugale (INSPQ, 2006a) :

- La violence psychologique ou affective : Il s'agit de la forme de violence la plus difficile à détecter, mais aussi la plus répandue, puisque 1 Canadien sur 5 âgé de 15 ans et plus déclare en avoir été victime (Statistique Canada, 2011). Cette forme de violence consiste à exercer un contrôle psychologique sur la victime en l'humiliant, en adoptant une attitude méprisante, en surveillant ses allées et venues ou les personnes qu'elle fréquente, en l'ignorant pendant de longues périodes et en l'isolant de son entourage.
- La violence verbale : Souvent associée à la précédente, ce type de violence s'exerce par l'entremise des mots. L'agresseur, homme ou femme, formule des insultes, crie, blasphème ou utilise le sarcasme lorsqu'il s'adresse à sa victime. Les menaces verbales accompagnent souvent cette forme de violence.
- La violence physique : La personne qui utilise ce genre de violence exerce la force physique de façon directe ou indirecte envers sa victime. Dans le premier cas, l'agresseur exerce un contact physique qui a pour but de blesser sa victime. Il peut la gifler, la bousculer, la frapper, voire l'étrangler ou la tuer. Dans le cas de la violence physique indirecte, la personne peut lancer des objets visant à blesser l'autre, briser des biens appartenant ou non au conjoint, ou encore frapper un mur dans le but d'intimider.
- La violence sexuelle : Dans ce cas de violence, la victime est soumise à des pratiques sexuelles qu'elle ne désire pas ou qui sont dégradantes. Elle peut être obligée de regarder du matériel pornographique ou traitée comme un objet sexuel. Le harcèlement sexuel, les attouchements non désirés, l'inceste et le viol entrent dans cette catégorie. Selon de récentes enquêtes québécoises, cette forme de violence serait la plus répandue chez les jeunes adultes (Lussier, Lemelin et Lafontaine, 2002).
- La violence financière : La victime qui subit cette forme de violence est exploitée économiquement par son partenaire. L'agresseur lui

refuse l'accès à des ressources financières, surveille de façon indue ses achats ou exerce un contrôle sur le choix de son travail. Le fait de ne pas payer la pension alimentaire de façon intentionnelle est aussi une forme de violence financière.



- La violence spirituelle : Une personne est victime de violence spirituelle lorsque l'agresseur lui interdit de s'adonner aux pratiques spirituelles de son choix, lui impose les siennes ou invoque ses croyances religieuses pour justifier le contrôle qu'il exerce sur elle.

La violence conjugale se développe généralement de manière insidieuse et progressive, et ce, sur une longue période. D'ailleurs, de

nombreux chercheurs notent une escalade de la violence chez plusieurs couples au cours des années de vie commune (Wright *et al.*, 2008).

En 2011, on dénombrait au Québec près de 19 373 victimes de violence conjugale (Ministère de la Sécurité publique, 2011). Selon cette même enquête, le taux d'infraction envers les femmes est plus élevé, puisque 81 % des victimes étaient des femmes et 19 % étaient des hommes. Toutefois, une autre enquête permettant de mesurer la criminalité, qu'elle soit signalée ou non à la police, montre que presque autant d'hommes que de femmes sont victimes de violence. Ainsi, au Canada, le taux de crimes violents commis contre les femmes et déclarés par la police n'est supérieur que de 5 % au taux affiché chez les hommes (Statistique Canada, 2013). Comment peut-on expliquer ces grandes disparités entre les résultats de ces deux enquêtes ?

Les études récentes remettent en question le modèle unique de l'homme violent et de la femme victime. Dans les faits, une minorité des crimes commis dans un contexte conjugal (22 %) sont déclarés aux autorités policières. Par conséquent, plusieurs statistiques ne reflètent qu'une vision partielle de la réalité (Statistique Canada, 2011). Les hommes seraient particulièrement honteux et réticents à signaler la violence dont ils sont l'objet. Dans ce contexte, les spécialistes de la violence conjugale s'entendent de plus en plus pour dire que la violence conjugale

implique presque autant d'hommes que de femmes (Dallaire, 2002; Wright *et al.*, 2008).

Cependant, les hommes et les femmes se distinguent sur le plan de la forme et de l'intensité de la violence qu'ils subissent. Ainsi, les femmes seraient victimes d'incidents violents plus graves et récurrents que les hommes. Selon les données de Statistique Canada (2010), les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'un homicide par leur conjoint. Elles sont aussi davantage victimes d'agressions sexuelles, de voies de fait graves, de séquestration et de harcèlement criminel que les hommes.

Les Canadiens âgés de 25 à 34 ans sont trois fois plus nombreux que les Canadiens de plus de 45 ans à mentionner avoir été agressés physiquement ou sexuellement par leur conjoint (Statistique Canada, 2011). Le taux de violence entre partenaires amoureux non mariés est supérieur au taux de violence conjugale, tant chez les hommes que chez les femmes (Statistique Canada, 2013). En outre, les femmes et les hommes homosexuels sont deux fois plus susceptibles de déclarer avoir été victimes de violence conjugale que les personnes hétérosexuelles (Statistique Canada, 2010).

Au Québec, la violence conjugale chez les femmes autochtones est une problématique très présente. Près de 9 femmes autochtones sur 10 disent avoir été victimes de violence physique ou sexuelle aux mains d'un partenaire actuel ou ancien (Statistique Canada, 2011).

Par ailleurs, aucune étude ne permet de connaître le nombre de femmes immigrantes et réfugiées au Canada qui sont victimes de violence conjugale. Il semble que la croyance selon laquelle la violence conjugale

touche davantage les communautés culturelles soit basée sur des stéréotypes (Benhadjoudja, 2011).

Il n'existe pas une cause unique à la violence conjugale. Certains chercheurs ont évoqué l'importance de la socialisation de l'enfant dans l'apprentissage des comportements violents. Ces études révèlent que les enfants qui ont observé de la violence au sein de leur milieu familial ou qui ont été victimes de violence sont plus susceptibles d'employer à nouveau la violence pour résoudre leurs conflits conjugaux à l'âge adulte (Hamberger, 2009). Par ailleurs, certains auteurs montrent que la violence conjugale résulte d'un déficit sur le plan des habiletés sociales et de stratégies de communication dysfonctionnelles (Lussier *et al.*, 2008). Des difficultés à gérer la colère et des lacunes sur le plan des habiletés relationnelles (empathie, ouverture, communication, etc.) caractérisent les conjoints violents. Les théories de l'attachement suggèrent plutôt que la violence conjugale résulterait d'un problème survenu dans les premiers liens d'attachement avec les parents. L'enfant qui n'a pu compter sur la disponibilité d'une figure d'attachement stable et rassurante développerait une peur de l'abandon à l'âge adulte, qui s'exprimerait par des comportements visant à prévenir la prise de distance du partenaire. Paradoxalement, la colère mal exprimée éloignerait le partenaire, favorisant ainsi l'escalade de la violence (Wright *et al.*, 2008).

Bien que la violence conjugale puisse toucher toutes les couches de la société, un statut socioéconomique faible, le chômage et un niveau de scolarité peu élevé semblent corrélés à une plus grande probabilité d'être victime ou auteur de violence conjugale (INSPQ, 2012).

## 11.6.2 Les couples de même sexe

Les couples homosexuels québécois, qui représentent 0,02 % de tous les couples mariés du Canada, ont obtenu le droit de se marier en 2004. En plus d'avoir obtenu ce droit de se marier légalement, les gais et les lesbiennes du Québec ont également le droit d'adopter un enfant depuis 2002, comme nous le verrons plus loin. Le nombre de couples de même sexe qui se sont mariés a presque doublé entre 2004 et 2011. En effet, alors que seulement 245 mariages entre personnes du même sexe ont été célébrés en 2004, 498 ont été célébrés en 2011 au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2011).

Selon certaines études, il existerait des différences relationnelles entre les couples homosexuels et hétérosexuels. Lors de conflits, par exemple, les gais et les lesbiennes discuteraient beaucoup plus franchement et ouvertement de la sexualité et de la question de la monogamie dans le couple que les hétérosexuels (Perina, 2007). Toutefois, des différences existeraient aussi au sein même des couples homosexuels. En effet, des études montrent que les lesbiennes sont généralement plus désireuses que les gais d'avoir des rapprochements physiques et psychologiques intenses avec leur partenaire. De plus, tout comme les femmes hétérosexuelles, elles privilégient davantage la stabilité affective par un engagement à long terme. Elles préfèrent aussi les unions monogames (Ambert, 2003). De plus, les couples de lesbiennes pratiqueraient une sexualité moins génitale que les couples de gais (Frye, 2000). De l'avis de certains auteurs, ces particularités des couples gais et lesbiens relèveraient davantage de l'existence de différences fondamentales entre les hommes et les femmes que de l'orientation sexuelle elle-même (Langis et Germain, 2009).

À plusieurs égards, les relations gaies et lesbiennes ressemblent aux relations hétérosexuelles. Ainsi, les gais et les lesbiennes ont tendance à être au moins aussi

satisfaits de leur relation de couple que le sont les hétérosexuels. De plus, les facteurs qui permettent de prédire la satisfaction conjugale des couples hétérosexuels et homosexuels sont similaires, qu'il s'agisse des traits de personnalité, des perceptions de la relation par les partenaires, des façons de communiquer et de résoudre les conflits ou du soutien social (Kurdek, 2006). Toutefois, certaines différences entre les couples homosexuels et hétérosexuels ont été relevées. D'abord, les couples de gais et de lesbiennes sont plus susceptibles que les couples hétérosexuels de négocier les tâches ménagères en fonction de leurs goûts, de leurs habiletés et de leurs horaires de travail. De plus, ils ont tendance à résoudre les conflits de façon plus positive que les couples hétérosexuels. Enfin, les relations homosexuelles ont tendance à être moins stables que les relations hétérosexuelles (Kurdek, 2006).

### 11.6.3 Le célibat

Le célibat en tant que style de vie est devenu un véritable phénomène de société. Au Canada, on évaluait ainsi à 28 % le nombre de célibataires âgés de 29 à 54 ans en 2011 (Statistique Canada, 2011). Au Québec, Montréal est la ville comptant le plus de célibataires, c'est-à-dire de personnes qui n'ont jamais été mariées et qui ne sont pas en couple au moment du recensement. En 2011, 21 % des personnes âgées de plus de 15 ans étaient célibataires et vivaient seules dans la région métropolitaine (Institut de la statistique du Québec, 2013).

Ces adultes demeurent célibataires par choix ou par dépit. En effet, certaines personnes préfèrent rester célibataires : elles apprécient leur liberté et leur indépendance, voyagent, poursuivent leur carrière ou leur formation et s'adonnent à différents loisirs ou passions. Les femmes, en particulier, sont souvent indépendantes financièrement et ne subissent plus la même pression sociale à l'égard du mariage. Par ailleurs, plusieurs célibataires retardent leur mariage pour des raisons économiques (Want et Morin, 2009). La situation peut être très différente dans certains groupes culturels où le mariage demeure l'institution privilégiée, particulièrement pour les femmes.

D'autres personnes, par contre, subissent le célibat et le vivent comme un poids, acceptant mal la solitude. Les célibataires appartenant à cette catégorie se sentent impuissants relativement à cette situation et désirent y remédier.



#### Le célibat

Près du tiers des jeunes adultes sont célibataires.



#### FAITES LE POINT

20. Quel est le type d'union amoureuse le plus populaire au Québec depuis quelques années ?
21. En quelle année les couples de même sexe ont-ils obtenu le droit de se marier au Québec ?
22. Quelles sont les principales motivations des individus qui demeurent célibataires ?
23. Vous animez un atelier sur la santé auprès de femmes monoparentales immigrantes. Quelles informations leur donnez-vous ? Comment cet atelier peut-il contribuer à leur mieux-être ?

## 11.7 Les rôles sociaux du jeune adulte

Comme nous l'avons vu, l'entrée dans la vie adulte est caractérisée par l'émergence de multiples rôles : ceux de conjoint, de travailleur, de parent, etc. Or, ces différents rôles sont associés à des responsabilités et à des devoirs ainsi qu'à un ensemble de questionnements qui varient selon les individus et selon les périodes de leur développement.

### 11.7.1 Le départ de la maison familiale

Les jeunes adultes ont de plus en plus tendance à retarder le départ de la maison familiale. En effet, les études montrent que les chiffres ont augmenté de façon très



importante au cours des dernières décennies. En 2011, 42,3% des adultes de 20 à 29 ans vivaient chez leurs parents, comparativement à 26,9% en 1981. De plus, ceux qui quittent la maison parentale une première fois sont de plus en plus nombreux à y revenir, comme nous le verrons dans le chapitre 12, avec le phénomène du « boomerang » (Statistique Canada, 2013). Plusieurs jeunes quittent la maison parentale non pas pour se marier, mais pour aller étudier, comme l'a fait Maxime dans la mise en situation. Or, les recherches montrent que ceux qui quittent le domicile parental pour étudier ont davantage de chances d'y revenir que ceux qui le quittent pour se marier (Statistique Canada, 2008). Un certain nombre de jeunes reviennent à la maison à la suite de la dissolution d'une union de fait. Par ailleurs, 2,1% vivent à la maison avec leur conjoint marié ou partenaire en union libre (Statistique Canada, 2013).

Ce départ de la maison familiale représente une transition importante pour le jeune adulte et il s'accompagne souvent d'émotions variées. En effet, les parents représentent souvent un filet de sécurité pour bon nombre de jeunes. De plus, si le jeune adulte est en quête d'autonomie, cette quête est aussi une source d'anxiété, notamment en raison du manque d'emplois bien rémunérés et de difficultés économiques.

### 11.7.2 Le rôle de travailleur



Contrairement aux jeunes adultes des générations précédentes, qui pouvaient généralement s'attendre à intégrer directement le marché du travail après leurs études et espérer ainsi être indépendants financièrement, plusieurs jeunes adultes d'aujourd'hui n'ont pas une trajectoire aussi clairement définie. Certains alternent le travail et les études, alors que d'autres, comme Maxime, dans la mise en situation, cumulent les deux. La plupart des jeunes qui ne poursuivent pas d'études postsecondaires ou qui ne terminent pas leur secondaire vont directement sur le marché du travail, mais plusieurs retournent plus tard à l'école (Furstenberg, Rumbaut et Setterstein, 2005; Hamilton et Hamilton, 2006). Certains jeunes choisiront aussi de prendre une pause, communément appelée « année sabbatique », pour acquérir de nouvelles habiletés, travailler, voyager ou étudier à l'étranger (Jones, 2004). Enfin, d'autres fonderont une famille tout en poursuivant leurs études (Fitzpatrick et Turner, 2007). Ainsi, malgré leur « statut d'adulte », plusieurs jeunes adultes sont encore financièrement dépendants (Schoeni et Ross, 2005).

Comme le souligne Bronfenbrenner (2004) dans le modèle bioécologique, les changements sont inévitables au sein d'un environnement donné. Ces changements, nommés « transitions écologiques », se caractérisent souvent chez le jeune adulte par un changement de milieu de travail ou encore un changement de fonction au sein d'un même milieu. En effet, les jeunes adultes d'aujourd'hui changent beaucoup plus souvent d'emploi que les adultes des générations précédentes. Le milieu de travail joue donc un rôle important dans leur développement puisqu'il s'agit d'un nouveau microsystème dans lequel le jeune adulte se définit tant par ses activités que par les relations entretenues avec ses collègues de travail. Or, ces changements peuvent être autant une source de défis que d'anxiété. En effet, certains y voient des occasions de progresser et de s'accomplir, tandis que d'autres sont affectés négativement par l'instabilité que ces changements génèrent.

Par ailleurs, les choix éducationnels et vocationnels qui s'offrent après l'école secondaire peuvent représenter des occasions de croissance sur le plan cognitif. En effet, l'exposition à un nouvel environnement de travail ou d'études permet au jeune adulte d'aiguiser ses habiletés, de remettre en question ses croyances et de découvrir de nouvelles façons de voir le monde. Pour un nombre croissant d'étudiants âgés de plus de 25 ans, la poursuite d'études postsecondaires et la formation continue ravivent la curiosité intellectuelle, augmentent les possibilités d'emploi et améliorent les compétences professionnelles. Les études postsecondaires sont de plus en plus populaires auprès des jeunes adultes. Au Canada, le pourcentage de ceux qui poursuivent des études collégiales et universitaires à l'intérieur du pays est même plus élevé que dans la plupart des autres pays industrialisés. Ainsi, en 2011,

64,1% des Canadiens âgés de 25 à 64 ans avaient terminé un programme d'études postsecondaires (Statistiques Canada, 2011).

Au cours des 15 dernières années, cette participation aux études universitaires aurait augmenté tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les données montrent une augmentation beaucoup plus importante chez les femmes. En 2011, les femmes âgées de 25 à 64 ans représentent plus de la moitié (53,7%) des diplômés universitaires. Les femmes plus jeunes, âgées de 25 à 34 ans, représentent 59,1% des diplômés universitaires. De plus, alors que les immigrants âgés de 25 à 64 ans forment un peu moins du quart de la population adulte au Canada (24,6%), ils représentent plus du tiers (34,3%) des adultes ayant un diplôme universitaire (Statistiques Canada, 2011). Cependant, certains groupes demeurent sous-représentés. C'est le cas des Autochtones, des familles à faible revenu et des familles sans antécédents d'études supérieures. Par exemple, les jeunes adultes dont les parents gagnent au minimum 75 000\$ par année poursuivent beaucoup plus souvent des études universitaires que ceux provenant de familles moins bien nanties. Par ailleurs, le revenu des parents n'aurait pas d'incidence sur la décision de poursuivre ou non des études collégiales (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2009). Les étudiants dont les parents ont poursuivi des études universitaires sont souvent plus motivés à emprunter cette voie, car ils sont plus conscients des bénéfices découlant de la scolarisation. Cependant, malgré cette motivation à poursuivre des études, certains d'entre eux éprouvent néanmoins des difficultés à prendre une décision quant à leur choix de carrière.

Plusieurs facteurs influencent ce choix. Parmi ceux-ci, on retrouve les facteurs liés à la personnalité. Selon le psychologue John Holland (1997), le choix professionnel est en effet influencé par le type de personnalité du jeune adulte. D'après cet auteur, les individus peuvent être classés selon six types de personnalité : réaliste, investigateur, artistique, social, entreprenant et conventionnel. Ces six types se combinent pour former un profil de personnalité comportant un trait dominant. C'est ce trait dominant qui permettrait alors de prédire le choix de carrière du jeune adulte. Enfin, le milieu familial, le niveau de scolarité des parents et les ressources financières disponibles sont d'autres facteurs qui influencent le choix de carrière.

En 2012, 65,8% des hommes et 57,9% des femmes occupaient un emploi au Canada. Le taux d'emploi a eu tendance à augmenter au cours des 35 dernières années. Ce fait est attribuable, entre autres, à la plus grande proportion de femmes qui ont poursuivi des études postsecondaires au cours des dernières décennies et qui se retrouvent sur le marché du travail (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013).

Le travail occupe ainsi une place importante dans l'accomplissement personnel d'un individu. Toutefois, certains individus ne peuvent s'y épanouir de façon optimale à cause de comportements ou d'attitudes portant atteinte à leur intégrité psychologique. Le harcèlement psychologique au travail peut en effet ruiner l'existence de plusieurs travailleurs, comme le montre l'encadré 11.2. C'est pourquoi un nombre croissant d'études se sont intéressées à ce phénomène. Le gouvernement du Québec est aussi la première juridiction en Amérique du Nord à avoir élaboré, en 2004, de nouvelles dispositions à cet effet dans sa *Loi sur les normes du travail*.



### Les études postsecondaires

Un nombre croissant de jeunes adultes poursuivent des études postsecondaires.

## ENCADRÉ 11.2 APPROFONDISSEMENT

### Le harcèlement psychologique au travail

Le harcèlement psychologique au travail est défini comme « des comportements caractérisés par des paroles ou des actes répétés et intentionnellement offensants ou déplaisants pour la personne visée » (Chevalier et Selhi, 2008). Il peut provenir de l'employeur, d'un supérieur

hiérarchique, d'un collègue de travail ou d'un subordonné. Il existerait trois principales formes de harcèlement au travail :

1. Le harcèlement psychologique : Il se manifeste par des paroles ou des gestes qui sont hostiles et qui portent atteinte à l'intégrité psychologique de l'individu qui en est victime. Il peut s'agir, par



exemple, d'empêcher une personne de s'exprimer ou de l'isoler en lui coupant la parole ou en l'interrompant systématiquement. Il peut aussi s'exprimer par le fait de ridiculiser les propos d'une personne ou de la pousser à faire des erreurs en lui faisant des demandes contradictoires (Université Laval, 2007).

2. Le harcèlement discriminatoire: Cette deuxième forme de harcèlement est basée sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine ethnique ou les allégeances religieuses de la personne qui en est victime. Cela peut se traduire, par exemple, par le fait de faire des blagues racistes ou des allusions répétées à l'âge d'une personne (Chevalier et Selhi, 2008).
3. Le harcèlement d'ordre sexuel: Cette forme de harcèlement englobe les paroles et les gestes non désirés qui ont une connotation sexuelle. Il peut s'agir, par exemple, de regards insistants, de sifflements, d'invitations répétées, de questions intimes, d'attouchements ou de baisers non sollicités (Université Laval, 2007).

Selon une enquête québécoise sur les conditions de travail menée en 2011, 14,8% des travailleurs salariés et autonomes ont été l'objet de harcèlement psychologique; 2,5%, de harcèlement sexuel et 1,9%, de violence physique dans leur milieu de travail au cours des 12 mois précédant l'enquête. Certaines recherches ont démontré qu'il existerait par ailleurs des différences entre les hommes et les femmes quant à la probabilité d'être victimes de harcèlement au travail. Par exemple, les hommes plus scolarisés sont moins susceptibles de vivre du harcèlement psychologique alors que cette tendance n'est pas observée chez les femmes. Par ailleurs, les victimes de harcèlement sexuel sont majoritairement des femmes âgées de moins de 35 ans. Enfin, les femmes qui font un travail manuel sont plus à risque de vivre de la violence physique alors que chez les hommes, ce sont les techniciens qui sont les plus exposés (INSPQ et Institut de la statistique du Québec, 2011). Une enquête québécoise a révélé que les motifs les plus souvent évoqués pour porter plainte sont les propos et les gestes vexatoires, les atteintes aux conditions de travail, la menace de congédiement, la mise en échec de la personne et l'isolement (Brun et Kedl, 2006).

Le harcèlement au travail représente une source importante de stress et comporte plusieurs conséquences pour la personne qui en est victime. Parmi ces conséquences, on note sur le plan psychologique une baisse de l'estime de soi, une perte de confiance en soi et en ses capacités, un sentiment d'humiliation, de l'impuissance, de l'irritabilité et de la frustration. La personne peut en arriver à se sentir responsable de la situation, elle peut être déprimée et souffrir d'épuisement professionnel. Sur le plan physique, elle peut éprouver des malaises gastriques, ressentir des maux de dos, avoir des nausées et des vertiges et souffrir d'une fatigue extrême (Université Laval, 2007). Enfin, le harcèlement au travail est aussi lié à un taux d'absentéisme plus élevé et conduit parfois à la démission de l'individu (Blouin, 2007).

Le harcèlement au travail est considéré par certains chercheurs comme une forme d'abus de pouvoir. La personne qui harcèle

exerce de façon indue l'autorité inhérente à son poste dans le but de compromettre l'emploi d'un individu, de nuire à son rendement ou de s'ingérer dans sa vie professionnelle (Gouvernement du Québec, 2010). L'agresseur est généralement égocentrique et dominateur: il s'attaque à l'identité de la victime en l'empêchant le plus possible de penser, de comprendre et de réagir (Hirigoyen, 2001). Il est parfois difficile pour une victime de porter plainte puisque, d'une part, elle se trouve dans un état de vulnérabilité et peut avoir peur des représailles, et d'autre part, parce qu'elle ne sait souvent pas à qui s'adresser pour le faire. Or, l'individu qui se croit victime de harcèlement au travail peut s'adresser à la Commission des normes du travail du Québec dans les 90 jours suivant la dernière manifestation de harcèlement. Il doit alors fournir le nom et les coordonnées de son employeur, la date du début de l'emploi, une copie de son contrat de travail et un exposé rapportant les faits et les sentiments vécus.



Afin de contrer ce phénomène, la loi oblige les employeurs à fournir aux salariés un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique. Pour ce faire, ils doivent prévenir les situations de harcèlement psychologique et utiliser des mesures appropriées pour mettre fin à toute forme de harcèlement. Cette tâche peut être ardue puisque le harcèlement psychologique au travail n'est pas toujours facile à reconnaître et qu'il peut provenir de l'employeur lui-même. Il peut aussi être insidieux ou être confondu avec des conflits interperson-

nels, des droits de gérance de la part d'un supérieur ou des situations stressantes inhérentes à un type de travail (Commission des normes du travail, 2010). Par ailleurs, certains chercheurs soulignent le fait que la loi laisse place à l'interprétation des décideurs, et donc à beaucoup de confusion dans l'esprit des différentes parties en présence (Lamy, 2009). En dépit de cette réalité, certaines solutions s'offrent tout de même aux employeurs qui souhaitent combattre le phénomène du harcèlement. Parmi ces solutions, la médiation transformationnelle consiste à donner la parole à la personne qui se sent victime de harcèlement et à lui offrir un lieu sécurisant pour exprimer son point de vue. En même temps, elle permet à la personne à qui les reproches sont adressés de se rendre compte des conséquences de ses gestes ou de ses paroles, de s'expliquer et de présenter des excuses si elle le désire. Cette approche peut aussi proposer des mesures de réparation des torts causés à la victime (Weldon, 2009). La sensibilisation figure aussi parmi les solutions à envisager. Les employés doivent en effet être informés sur le harcèlement et sur les différentes formes de violence au travail afin d'être en mesure d'en reconnaître les manifestations et d'y réagir sans en minimiser les conséquences (Jetté et Cantin, 2001).

Peu importe le chemin emprunté pour faire cesser le harcèlement psychologique au travail, le mot d'ordre devrait donc toujours être le même: tolérance zéro en regard des différentes formes de violence exercées dans le contexte professionnel.

### 11.7.3 Le rôle de parent

Le fait de devenir parent constitue un autre rôle important que le jeune adulte est appelé à jouer. Comme nous l'avons déjà mentionné, dans la plupart des sociétés industrialisées, les jeunes adultes tendent à retarder l'arrivée du premier enfant et à avoir moins d'enfants que les générations précédentes. La plupart d'entre eux deviennent ainsi parents dans la vingtaine ou la trentaine, certains plus tard encore. En effet, les traitements favorisant la fertilité ont contribué à faire augmenter le pourcentage de femmes donnant naissance pour la première fois à la fin de la trentaine, dans la quarantaine ou même dans la cinquantaine (Martin *et al.*, 2010).

Par ailleurs, l'accroissement du nombre de familles monoparentales, recomposées ou homoparentales a profondément modifié le portrait classique de la famille nucléaire composée d'un père, d'une mère et des enfants. Toutefois, la famille biparentale demeure la structure dominante. Au Québec, la proportion des familles biparentales vivant avec des enfants de moins de 25 ans représentait 72,2 % de l'ensemble des familles. Parallèlement, le pourcentage de familles monoparentales ne cesse d'augmenter et représente 27,8 % des familles (6,1 % composées de pères seuls et 21,7 % composées de mères seules) (Gouvernement du Québec, 2011).

Si l'expérience parentale est une source de grand bonheur pour la plupart des jeunes adultes, elle s'accompagne aussi d'un certain nombre de préoccupations. En effet, la naissance du premier enfant représente une transition majeure qui génère un stress important chez les nouveaux parents et qui conduit à une série de changements dans leur vie. Aussi, parallèlement à l'excitation et à l'émerveillement, plusieurs parents ressentent une certaine anxiété quant à cette nouvelle responsabilité liée aux soins à donner à l'enfant et au temps et à l'énergie qu'ils doivent y consacrer. De plus, la grossesse et la récupération qui suit la naissance peuvent influencer sur la qualité de la relation de couple de différentes façons, soit en augmentant l'intimité entre les partenaires, soit en créant une barrière entre eux.

Par ailleurs, les parents, et plus particulièrement les mères, ont parfois des attentes irréalistes par rapport à l'arrivée d'un enfant, ce qui peut influencer sur leur bien-être. Ainsi, selon une étude américaine menée auprès de 71 nouvelles mères avant et après la naissance de leur premier enfant, les femmes ont tendance à montrer des signes de dépression et une adaptation plus faible à leur rôle parental lorsque l'expérience ne correspond pas à leurs attentes (Harwood, McLean et Durkin, 2007). De plus, bien que la plupart des jeunes mères travaillent désormais à l'extérieur de la maison, elles passent plus de temps à donner des soins à leurs enfants que ne le faisaient les mères des années 1960, qui restaient pourtant majoritairement à la maison. Cette situation paradoxale s'explique notamment par le fait que plusieurs reportent la venue d'un enfant à une période où elles seront plus disponibles pour s'en occuper, parce que les familles sont moins nombreuses qu'avant et parce que les parents ont davantage de moyens financiers à investir dans leurs enfants. Enfin, les normes sociales ont changé : les parents subissent donc plus de pression les poussant à investir du temps et de l'énergie dans l'éducation de leurs enfants, et ils sont davantage préoccupés par la nécessité de les surveiller afin d'éviter les mauvaises influences et de prévenir la violence scolaire et la délinquance (Bianchi, Robinson et Milkie, 2006). De leur côté, les pères d'aujourd'hui sont également plus impliqués auprès de leurs enfants que ne l'était leur propre père, mais la plupart ne le sont toutefois pas autant que leur conjointe. Le temps passé par les pères auprès de leurs enfants se rapproche davantage de celui des mères durant les fins de semaine et lorsque les enfants avancent en âge (Yeung *et al.*, 2001). Toutefois, en dépit des tendances observées, une étude américaine a montré que la moitié des parents déplorent encore le fait qu'ils ne passent pas suffisamment de temps auprès de leurs enfants (Milkie *et al.*, 2004).

L'expérience parentale est également associée à la baisse de la satisfaction conjugale, particulièrement durant les premières années de cette nouvelle expérience. Une analyse de 146 études portant sur 48 000 hommes et femmes a ainsi montré que les parents



#### Le rôle de parent

La venue du premier enfant est à la fois source de grand bonheur et de préoccupations.

rapportent une satisfaction conjugale plus faible que les couples sans enfant. Cette satisfaction est inversement proportionnelle au nombre d'enfants. La différence est nettement plus marquée chez les mères, puisque 38 % d'entre elles rapportent un niveau de satisfaction élevé, comparativement à 62 % chez les femmes qui n'ont pas d'enfants (Twenge, Campbell et Foster, 2003). Le déclin de la satisfaction conjugale chez les nouveaux parents s'expliquerait entre autres par le fait que ces derniers sont plus susceptibles de vivre du stress, ce qui affecte leur santé et leur état d'esprit. Certains peuvent aussi se sentir isolés et perdre de vue le fait que d'autres parents vivent des problèmes similaires. De plus, la division des tâches ménagères peut également devenir une préoccupation : par exemple, le fardeau des tâches ménagères et des soins à donner à l'enfant peut retomber surtout sur les épaules de la mère parce que celle-ci ne travaille temporairement plus et demeure à la maison (Schulz, Cowan et Cowan, 2006). Les parents qui participent à des groupes de discussion supervisés par un professionnel et dans lesquels ils peuvent parler des problèmes liés au fait de devenir parents rapporteraient un déclin moins important de leur satisfaction conjugale. Ce type de discussion aiderait en effet ces nouveaux parents à anticiper la nature des difficultés qui accompagnent leur nouveau rôle et les encouragerait à trouver leurs propres solutions (Schulz *et al.*, 2006).

Enfin, malgré leur désir profond d'être parents, certains couples hétérosexuels ou homosexuels ne peuvent avoir d'enfant. La science leur offre alors diverses options, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2. Toutefois, pour ces couples, l'adoption peut représenter une autre forme de solution. Ainsi, en 2012, le Québec a enregistré 236 adoptions internationales, ce qui représente une baisse pour une deuxième année consécutive. Cette tendance, qui s'observe dans tous les pays d'accueil, serait liée au système de protection des enfants dans les pays d'origine. Les régions de Montréal et de Laval regroupent à elles seules 25 % de toutes les adoptions réalisées en 2012 dans la province. Les pays d'origine des enfants sont principalement la Chine (99 enfants), les Philippines (31 enfants), la Corée du Sud (28 enfants) et la Colombie (20 enfants) (Secrétariat de l'adoption internationale, 2012). Depuis 2002, la *Charte des droits et libertés du Québec* permet également aux gais et aux lesbiennes d'adopter des enfants. Tout comme les parents hétérosexuels qui désirent adopter, les parents de même sexe doivent d'abord se soumettre à une évaluation psychosociale en vue d'obtenir le droit d'adoption. Cette évaluation mentionne alors l'orientation sexuelle des parents, mais ne peut conclure à une incapacité parentale uniquement pour cette raison (Secrétariat de l'adoption internationale, 2012).



### FAITES LE POINT

24. De quelle façon le départ de la maison familiale s'est-il modifié au cours des dernières décennies ?
25. De quelle façon la participation aux études universitaires a-t-elle changé ces dernières années ?
26. Expliquez en quoi l'arrivée du premier enfant peut affecter le couple.

## Résumé

### Les perspectives générales sur l'âge adulte

- L'âge adulte est la période de développement dont la durée est la plus longue, d'autant plus qu'on constate une augmentation de l'espérance de vie des adultes. Toutefois, c'est aussi la période qui a été étudiée le plus tardivement par les chercheurs.
- Malgré le fait que le statut d'adulte soit généralement atteint avec la majorité légale, celui-ci n'est pas nécessairement synonyme de maturité psychologique.

### Le développement physique

- Les jeunes adultes sont généralement en bonne santé. Certains facteurs favorisent le maintien de leur santé et de leur bien-être, particulièrement de saines habitudes de vie comme une bonne alimentation et la pratique régulière d'activité physique.
- La réponse de stress est indispensable à la survie, mais peut devenir néfaste pour la santé physique et psychologique lorsque le stress devient chronique.





- Certains types de personnalité ou événements de vie semblent plus propices au stress et aux maladies.
- La présence d'un soutien social contribuerait aussi au maintien d'une bonne santé alors que la consommation de substances psychotoxiques ou un stress mal géré seraient liés à une détérioration de celle-ci.
- Le statut socioéconomique interviendrait de manière indirecte dans le maintien ou la détérioration de l'état de santé du jeune adulte.
- De plus, la période de la jeune vie adulte est un moment propice pour l'apparition de certains problèmes de santé mentale, comme la dépression et la schizophrénie.

### La sexualité et la reproduction

- Les jeunes adultes pratiquent une variété de comportements sexuels et ont tendance à avoir plus de partenaires que les adultes plus âgés. Le groupe d'âge le plus à risque de contracter des ITS se situe de 15 à 24 ans.
- Une grande proportion de femmes sont affectées par le syndrome prémenstruel, qui s'accompagne d'inconfort physique et psychologique.
- Environ un couple canadien sur six connaît un problème d'infertilité. Cette difficulté à concevoir touche davantage les femmes âgées de plus de 30 ans, la fertilité déclinant naturellement à partir de la fin de la vingtaine.

### Le développement cognitif

- Avec l'âge adulte, l'individu atteint le stade de la pensée postformelle. Cette forme de pensée combine à la fois la logique, les émotions et les expériences pratiques dans la résolution de problèmes. L'individu acquiert également la capacité de penser de façon réflexive, ce qui l'amène à questionner continuellement les faits observés, à formuler des inférences, à faire des liens et à pouvoir ainsi concilier des idées apparemment contradictoires.
- Selon la théorie de Schaie, le jeune adulte franchit deux principaux stades qui lui permettent d'atteindre d'abord ses objectifs de vie, et ensuite d'assumer des responsabilités familiales et professionnelles.
- D'après la théorie de Sternberg, le jeune adulte développe différentes dimensions de son intelligence à travers ses expériences pratiques, son intuition et ses habiletés analytiques.
- Selon la théorie de l'intelligence émotionnelle, le jeune adulte développe aussi sur le plan personnel et social des compétences qui vont favoriser le maintien de relations interpersonnelles harmonieuses et sa réussite professionnelle.
- Certains jeunes adultes vont accéder au dernier niveau du développement moral de Kohlberg, ce qui leur permettra d'avoir une compréhension élargie des notions de bien et de mal.

### Le développement affectif et social

- Le jeune adulte atteint le sixième stade du développement psychosocial d'Erikson, dont l'enjeu est la capacité de s'engager à long terme dans une relation d'intimité.
- Selon Neugarten, le jeune adulte vit différents événements de vie, normatifs ou non, qui contribuent à son évolution.
- D'après Costa et McCrae, cinq facteurs caractérisent la personnalité de l'adulte, soit le névrosisme, l'ouverture à l'expérience, les aptitudes consciencieuses, l'amabilité et l'extraversion. Certains de ces facteurs favorisent le plein développement de son potentiel, alors que d'autres le ralentissent.
- L'approche typologique de Block suggère l'existence de trois types de personnalité, qui, en fonction des capacités d'auto-résilience et de contrôle de soi du jeune adulte, influencent l'adaptation de celui-ci à son milieu.
- Selon la théorie de Sternberg, trois dimensions permettent de caractériser les différentes formes d'amour: l'intimité, la passion et l'engagement.

### Les styles de vie

- Les styles de vie sont beaucoup plus diversifiés qu'autrefois. L'union libre est de plus en plus populaire au Québec, où près du tiers des familles sont formées aujourd'hui de couples vivant en union de fait. Cependant, le mariage représente encore une institution importante pour plusieurs jeunes adultes.
- Le nombre de couples constitués de partenaires de même sexe a augmenté au cours des dernières années. Enfin, plus du tiers des jeunes adultes sont célibataires, certains ayant choisi ce mode de vie, d'autres s'y adaptant plus difficilement.

### Les rôles sociaux du jeune adulte

- L'entrée dans la vie adulte se caractérise par l'émergence de multiples rôles sociaux. Le jeune adulte accède au marché du travail, établit une relation de couple plus durable et devient éventuellement parent. Le départ de la maison familiale figure parmi les premières transitions importantes et peut être retardé par plusieurs jeunes adultes.
- Les trajectoires conduisant l'individu vers le marché du travail sont beaucoup plus variées que chez les générations précédentes. Plusieurs jeunes adultes poursuivent ainsi des études postsecondaires tout en travaillant, tandis que d'autres vont directement sur le marché du travail ou prennent une année sabbatique. Ces différents cheminements représentent autant d'occasions de croissance sur le plan cognitif.
- Le fait de devenir parent représente un des rôles les plus importants du jeune adulte. L'arrivée du premier enfant constitue en effet une transition majeure, qui est à la fois source de stress et d'excitation.

CHAPITRE

# 12



# Le développement de l'adulte d'âge mûr de quarante à soixante-cinq ans

## PLAN DU CHAPITRE

- |             |   |             |   |
|-------------|---|-------------|---|
| <b>12.1</b> | <b>L'âge mûr: une étape particulière du cycle de la vie</b> | 12.4.2      | La crise ou la transition à l'âge mûr                 |
| <b>12.2</b> | <b>Le développement physique à l'âge mûr</b>                | 12.4.3      | L'évolution de l'identité                             |
| 12.2.1      | Les transformations corporelles                             | <b>12.5</b> | <b>L'évolution des relations sociales à l'âge mûr</b> |
| 12.2.2      | Les changements hormonaux                                   | 12.5.1      | La théorie du convoi social                           |
| 12.2.3      | La sexualité des personnes d'âge mûr                        | 12.5.2      | La théorie de la sélectivité socioémotionnelle        |
| 12.2.4      | La santé physique et mentale                                | 12.5.3      | Les relations de couple                               |
| <b>12.3</b> | <b>Le développement cognitif à l'âge mûr</b>                | 12.5.4      | L'amitié  |
| 12.3.1      | Les habiletés cognitives                                    | 12.5.5      | Les relations familiales                              |
| 12.3.2      | Les caractéristiques de l'intelligence à l'âge mûr          | 12.5.6      | Les relations avec les parents vieillissants          |
| 12.3.3      | La créativité   | <b>12.6</b> | <b>Les préoccupations professionnelles</b>            |
| <b>12.4</b> | <b>Le développement affectif et social à l'âge mûr</b>      | 12.6.1      | Le travail  |
| 12.4.1      | Les différentes approches théoriques                        | 12.6.2      | Le retour aux études                                  |

L'adulte atteint le mitan de sa vie encore en pleine possession de ses moyens physiques et intellectuels. Cependant, un lent déclin de l'organisme est en cours, et les premiers signes en sont déjà visibles. Bientôt, la femme perd sa capacité de reproduction, tandis que l'homme voit diminuer la vigueur de ses 20 ans. Engagé dans les responsabilités de ses divers rôles, l'adulte d'âge mûr est aussi plus susceptible que jamais de connaître le stress, particulièrement au travail. Il doit donc apprendre à le gérer sainement, sous peine de voir sa santé affectée. Au sommet de son développement cognitif, l'adulte de cet âge bénéficie néanmoins de l'expertise que lui donne l'expérience, et sa capacité d'intégration est remarquable. La prise de conscience d'être au mitan de sa vie amène chez lui un désir de générativité, qu'il va exprimer de diverses manières et plus particulièrement en s'occupant de la génération suivante. Enfin, il voit ses enfants grandir et ses parents mourir. C'est pourquoi, toujours importantes et plus complexes que jamais, les relations interpersonnelles de l'adulte d'âge mûr se transforment, tant dans son couple qu'avec ses enfants, ses parents ou ses amis.

## Mise en situation

Suzanne, 44 ans, et Denis, 46 ans, sont mariés depuis plus de 20 ans. Ils ont deux enfants : un garçon de 16 ans et demi, élève en secondaire 5, et une fille de 19 ans, qui est inscrite au cégep. Ils se disent satisfaits de leur vie de couple. Cependant, Suzanne aimerait bien que Denis s'implique davantage dans les travaux ménagers, car elle trouve sa tâche substantiellement alourdie depuis qu'elle a accepté la promotion qu'on lui a offerte au bureau. Pour occuper ce nouveau poste, elle a dû s'inscrire à un programme de formation professionnelle qui va durer un an, à raison de deux soirs par semaine plus quelques fins de semaine intensives. Denis, pour sa part, traverse une période difficile. Même s'il se réjouit du succès professionnel de sa conjointe, il se sent un peu désemparé, surtout lorsqu'il se retrouve seul à la maison, alors que Suzanne et les enfants sont à leurs occupations respectives. Il se sent vieillir et manque d'énergie. Il a gagné du poids et doit prendre un médicament pour contrôler sa tension. Denis voudrait passer plus de temps avec ses proches, mais il a l'impression qu'il est trop tard, qu'il arrive au moment où tout le monde s'en va.


Suzanne a remarqué le silence éloquent et l'humeur sombre de Denis et elle a décidé d'avoir une conversation sérieuse avec lui. Elle l'a invité au restaurant et ils ont eu une franche discussion. Chacun d'eux a exprimé ses craintes devant le temps qui fuit. Suzanne a parlé de ses rides et de ses cheveux où le gris est apparu, de son corps qui change et de sa peur de ne plus être aussi désirable pour Denis. Elle a exprimé ses craintes relativement à son nouvel emploi et aux exigences qu'il comporte, et elle a confié à Denis qu'elle avait besoin de son soutien et de son affection pour affronter ce défi. Pour sa part, Denis a avoué à Suzanne qu'il ressentait une certaine forme de jalousie à l'endroit de son succès professionnel, alors que lui-même vivait beaucoup



d'incertitude vis-à-vis de son travail. Il lui a appris qu'il craignait d'être mis à pied en raison des difficultés économiques éprouvées par son entreprise et que cette menace de perte d'emploi le stressait beaucoup. Ils ont également partagé leurs inquiétudes quant aux résultats scolaires de leur fils, Alex, de moins en moins motivé par l'école. Ils se sont aussi rendu compte que tous deux redoutaient le départ de leur fille Sophie, qui manifeste de plus en plus souvent son désir d'aller vivre avec son copain. Cet échange, parfois difficile, leur a cependant été fort profitable, car au terme de cette discussion, Denis et Suzanne ont décidé de se ménager

chaque semaine du temps libre pour se retrouver et faire des activités ensemble. Par ailleurs, ils envisagent de consulter les programmes des collèges et des universités afin de voir s'il existe des formations techniques ou professionnelles susceptibles d'intéresser Denis et de l'orienter vers un éventuel changement de carrière. Ils ont convenu de prendre le temps de parler sérieusement avec leur fils et de tout faire pour l'aider à finir son secondaire. Enfin, ils ont décidé d'inviter leur fille et son copain au restaurant pour discuter de leurs projets. Et ils se sont promis de ne plus jamais laisser le silence s'installer entre eux !

**« Suzanne a remarqué le silence éloquent et l'humeur sombre de Denis et elle a décidé d'avoir une conversation sérieuse avec lui. »**

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 12.1 L'âge mûr : une étape particulière du cycle de la vie

Si l'on a déjà vu l'âge mûr comme étant un construit arbitraire propre à certaines cultures, cette période est aujourd'hui considérée, dans les sociétés industrialisées, comme étant une étape particulière du cycle de la vie comprenant ses propres normes sociales, ses rôles et ses défis, et non plus comme étant le début de la vieillesse (Me-non, 2001; Lachman, 2004). Dans la culture occidentale, l'adolescence et l'âge mûr ont en commun l'idée de transition. En effet, alors que l'adolescence représente une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'âge mûr constitue également une sorte de transition entre la jeunesse et la vieillesse. Dans cet ouvrage, on situe chronologiquement l'âge mûr de 40 à 65 ans. Toutefois, cette définition est arbitraire, puisqu'il n'existe pas de consensus sur son début et sa fin ni sur les manifestations biologiques ou sociales qui en marqueraient les limites exactes. D'ailleurs, l'augmentation de l'espérance de vie de la population a pour conséquence d'en déplacer la limite supérieure (Lachman, 2001, 2004).

Période charnière, parfois tourmentée, pendant laquelle la personne prend conscience du temps qui fuit et ressent l'urgence de réaliser ses rêves, cette étape

du cycle de la vie est aujourd'hui considérée comme étant une période de maturité où les compétences de l'adulte culminent. La plupart des adultes d'âge mûr sont en bonne forme physique, cognitive et émotionnelle, et ils apprécient la qualité de leur vie (Fleeson, 2004). Cette période est marquée à la fois par une multiplicité de cheminements possibles, mais aussi par l'accroissement des différences individuelles. Certains courent le marathon alors que d'autres sont essouffés en montant les escaliers ; certains ont une mémoire excellente alors que d'autres voient leur mémoire s'affaiblir. Ainsi, beaucoup d'adultes d'âge mûr éprouvent un sentiment de stabilité dans le contrôle de leur vie (Skaff, 2006), même s'ils ont de lourdes responsabilités à assumer et de nombreux rôles à remplir.

Ceux qui ont atteint leurs objectifs et élevé leurs enfants peuvent éprouver un sentiment croissant de liberté et d'indépendance. Certains sont parvenus au summum de leur carrière professionnelle ou de leur créativité, alors que d'autres, malgré les difficultés, envisagent une nouvelle carrière, comme c'est le cas pour Denis dans la mise en situation. Enfin, quelques-uns ont perdu espoir et ont abandonné leurs rêves. Comme nous allons le voir, la façon de vivre cette période dépend de plusieurs facteurs. Au lieu d'être perçu comme une période de déclin et de pertes, l'âge mûr peut être vu comme une période de compétence et de maîtrise, une étape qui nous permet de réévaluer nos objectifs et nos aspirations et de décider comment nous profiterons au mieux du temps qui nous reste à vivre.



L'encadré 12.1W présente une culture qui ne possède pas de concept clair définissant la période de l'âge mûr.

## 12.2 Le développement physique à l'âge mûr

À l'âge mûr, le corps qui, de 20 à 40 ans, n'avait présenté que des changements lents et progressifs se transforme de façon soudaine. Bien que nombre de ces changements proviennent de causes biologiques et génétiques, les comportements et les habitudes de vie adoptées dès le plus jeune âge ont une influence sur le moment où arrivent ces changements ainsi que sur l'étendue des transformations corporelles. De la même façon, la santé et le style de vie de la personne d'âge mûr auront des répercussions sur ses années futures (Lachman, 2004; Whitbourne, 2001). Plus la personne a été et demeure active, plus elle le restera longtemps.

### 12.2.1 Les transformations corporelles

#### Les changements organiques et systémiques

Des changements dans l'apparence physique et le fonctionnement corporel apparaissent au début de l'âge mûr. Les cheveux commencent à grisonner et à devenir plus fins, la peau perd de son élasticité et se relâche en raison de l'amincissement de la couche de gras sous-cutané, des molécules de collagène qui se font plus rigides et des fibres élastiques plus cassantes, ce qui entraîne l'apparition des premières rides. La densité osseuse, qui culmine normalement entre la vingtaine et la trentaine, commence à diminuer. Les personnes d'âge mûr ont aussi tendance à prendre du poids, en raison d'une accumulation de graisse corporelle (Merrill et Verbrugge, 1999; Whitbourne, 2001). Les petites bedaines caractéristiques de la quarantaine peuvent ainsi apparaître. L'apparence générale se modifie donc. En ce qui concerne le fonctionnement organique, on n'observe aucun déclin chez la plupart des adultes d'âge mûr, sinon un déclin léger (Gallagher, 1993). Cependant, chez certaines personnes, le cœur commence à battre plus lentement et de façon plus irrégulière, et les maladies cardiovasculaires deviennent alors plus fréquentes. Des changements dans le système digestif (problèmes de digestion, d'excrétion) et dans le système reproducteur (ménopause, problèmes vaginaux, problèmes érectiles, etc.) se manifestent également. La programmation génétique est certes le principal facteur et l'élément déclencheur de ces transformations physiques. Cependant, le contexte environnemental et les habitudes de vie constituent probablement des facteurs essentiels influant sur l'ampleur, la vitesse et la sévérité de ces transformations (Lachman, 2004).



### Les travailleurs d'âge mûr

Les adultes d'âge mûr sont souvent plus prudents que les plus jeunes, ce qui peut s'expliquer par certaines attitudes compensatoires comme l'anticipation.

## Les capacités sensorielles et psychomotrices

À l'âge mûr, les capacités sensorielles et psychomotrices de la plupart des adultes vont subir plusieurs modifications. En effet, de nombreuses fonctions sont touchées, comme la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher, la force, l'endurance, le temps de réaction, la mobilité, etc., et ces pertes s'accroissent à mesure que l'on avance en âge (Pleis et Lucas, 2009). Autour de 45 ans, certaines personnes réalisent qu'elles ont maintenant de la difficulté à lire le bottin téléphonique ou à consulter le dictionnaire sans lunettes. Dans la cinquantaine, le déclin des facultés auditives s'accroît alors qu'environ 18 % des adultes connaissent des problèmes d'audition (Pleis et Luca, 2009). Dans la soixantaine, plusieurs admettent ne plus se sentir aussi alertes et solides sur leurs jambes. La capacité de la force physique et de la coordination décline graduellement, cette perte atteignant de 10 % à 15 % dans la soixantaine. Ce changement est causé par une perte de fibres musculaires, qui sont remplacées par du tissu adipeux. Il semble que le poids d'un enfant à la naissance, le déroulement de sa croissance physique durant la petite enfance et le statut socioéconomique des parents soient des prédicteurs importants de l'ampleur de ce déclin fonctionnel (Guralnik *et al.*, 2006; Kuhh *et al.*, 2006). Toutefois, ce déclin n'est pas inévitable et peut être prévenu par un entraînement physique approprié.

Malgré ces inconvénients, la plupart des personnes d'âge mûr restent très performantes et parviennent même à atteindre des sommets de compétence dans différents aspects de leur vie. Ainsi, malgré leurs pertes sensorielles et motrices, les adultes de cet âge restent de meilleurs conducteurs automobiles. Ils ont aussi moins d'accidents de travail et sont souvent plus performants que les plus jeunes, ce qui s'explique probablement par des attitudes compensatoires comme la prudence et l'anticipation.

Si tous les systèmes corporels sont affectés d'une façon ou d'une autre, les pertes sont généralement relativement minimes et la plupart des gens réussissent assez bien à s'y adapter. Le tableau 12.1 présente un relevé des principaux changements corporels survenant à l'âge mûr.

## 12.2.2 Les changements hormonaux

À l'âge mûr, des changements importants surviennent dans le fonctionnement hormonal lié à la reproduction, particulièrement chez les femmes. Ces changements n'affectent cependant pas nécessairement la sexualité des femmes d'âge mûr : certaines perdent de l'intérêt pour la sexualité, mais d'autres voient leur intérêt sexuel augmenter (Germain et Langis, 2009). Par ailleurs, des modifications se produisent également chez les hommes.

### La ménopause

La **ménopause** se caractérise par l'arrêt permanent de l'ovulation et des menstruations, ce qui met fin à la capacité de reproduction de la femme. Ce phénomène survient environ un an après la fin de la dernière période menstruelle, soit de 42 à 56 ans. L'âge moyen du début de la ménopause est de 52 ans pour les femmes canadiennes (Réseau canadien pour la santé des femmes, 2012). À partir de 35 à 45 ans, la production d'ovules matures décline progressivement et les ovaires sécrètent moins d'œstrogènes. Cette période, appelée **climatère** ou **périménopause**, est accompagnée d'une série de symptômes physiologiques plus ou moins prononcés selon les femmes et qui annoncent l'imminence de la ménopause. Les menstruations deviennent irrégulières et parfois absentes, le flux sanguin diminue et le moment de l'ovulation varie. Des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes pouvant occasionner des troubles du sommeil sont parmi les symptômes les plus fréquents : elles sont dues à la réduction des œstrogènes, laquelle affecte les centres cérébraux de contrôle de la température. Chez certaines femmes, ces symptômes sont quotidiens, alors que d'autres ne les ressentent jamais

### Ménopause

Arrêt définitif des menstruations et de l'ovulation qui survient environ un an après les dernières menstruations et qui met fin à la capacité de reproduction de la femme.

### Climatère ou périménopause

Période de changements hormonaux progressifs occasionnant une variété de symptômes physiologiques chez la femme et qui mène à la ménopause.

TABLEAU 12.1 Les systèmes corporels à l'âge mûr

	Composante	Description
Système sensoriel	Vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinq aspects de la vue sont affectés et perdent de l'efficacité : la vision de près, la vision dynamique (lire des signaux qui bougent), la sensibilité à la lumière, la capacité de localiser un signal visuel et la vitesse de traitement de l'information visuelle (Kline et Scialfa, 1996).</li> <li>• À la suite de divers changements concernant la pupille, moins de lumière atteint la rétine, ce qui nécessite plus d'intensité lumineuse pour compenser. Les personnes ont donc désormais besoin de plus de lumière pour lire. La réduction de la pupille et la décoloration progressive de la cornée entraînent aussi une diminution de l'acuité visuelle (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007).</li> <li>• Le cristallin devient plus opaque à partir de l'âge de 40 ans, ce qui peut causer des éblouissements par la lumière (par exemple, un conducteur qui sortirait d'un tunnel pourrait subir un aveuglement temporaire) (Vézina <i>et al.</i>, 2007). La facilité à s'adapter à l'obscurité requiert également plus de temps.</li> <li>• L'apparition ou l'évolution notable de la presbytie (difficulté à voir de près) est due à la perte d'efficacité du cristallin dans sa capacité d'accommodation. Ce problème de vision progresse et atteint un sommet vers l'âge de 60 ans (Kline et Scialfa, 1996).</li> <li>• La myopie (difficulté à voir de loin) augmente également, mais elle compense souvent la presbytie (les gens myopes ont alors une presbytie moins sévère).</li> </ul>
	Ouïe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'acuité auditive diminue et la presbycusie (difficulté à percevoir des sons, surtout aigus) fait son apparition. Ce phénomène évolue deux fois plus rapidement chez les hommes que chez les femmes et atteint une personne sur quatre à la fin de la cinquantaine (Pearson <i>et al.</i>, 1995 ; Horvath et Davis, 1990). À partir de la soixantaine, le seuil auditif (c'est-à-dire l'intensité minimum d'un son que l'oreille peut capter) augmente d'environ un décibel par année (Lee <i>et al.</i>, 2005).</li> <li>• Les pertes auditives sont plus fréquentes à l'âge mûr en raison des bruits en milieu de travail et des sons musicaux amplifiés par les casques d'écoute fréquemment utilisés par le passé (Gates et Mills, 2005).</li> </ul>
	Goût et odorat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nombre des cellules olfactives commence à diminuer et les papilles gustatives deviennent moins sensibles ; la nourriture peut donc sembler plus fade. Cette perte, qui est moins grande chez les femmes que chez les hommes, manifeste des différences individuelles (Whitbourne, 1999). Enfin, la capacité d'identifier les odeurs et leur intensité diminue avec l'âge.</li> </ul>
	Toucher et douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sensibilité du toucher diminue après 45 ans, tandis que la sensibilité aux douleurs d'intensité moyenne diminue après 50 ans. Les gens d'âge mûr restent néanmoins sensibles aux douleurs intenses.</li> </ul>
Système moteur	Force, endurance et coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La force et la coordination motrice ont graduellement baissé depuis la fin de la vingtaine. Vers 45 ans, on peut donc remarquer une certaine diminution de la force musculaire. À 60 ans, c'est de 10 % à 15 % de la force musculaire qui peut être perdue, en commençant par les bras et les épaules.</li> <li>• Une réduction de l'endurance apparaît après 40 ans, en raison de la diminution du métabolisme basal (Merrill et Verbrugge, 1999). Toutefois, les habiletés souvent utilisées par la personne (comme la marche ou certains efforts physiques) résistent davantage à cette perte. De façon générale, la pratique de ces habiletés physiques favorise l'endurance, qui décline alors plus lentement que la force musculaire.</li> </ul>
	Dextérité manuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dextérité manuelle diminue vers 40 ans, sauf pour ceux qui en font un usage régulier, comme les pianistes, les secrétaires, etc. Même si le temps de réaction motrice simple, comme presser un bouton dès qu'une lumière apparaît, ne varie pas beaucoup avant la cinquantaine, le temps de réaction ou de rapidité diminue graduellement au cours de l'âge adulte (Der et Deary, 2006).</li> </ul>
Système structural	Peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 50 à 60 ans, la peau devient plus relâchée et moins souple, en raison de la perte des gras sous-cutanés, des molécules de collagène plus rigides et des fibres d'élastine plus cassantes.</li> </ul>
	Cheveux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À partir de 40 ans, les cheveux deviennent plus minces ; leur taux de remplacement diminue ; la baisse du taux de mélanine occasionne le grisonnement ; la calvitie peut commencer chez les hommes.</li> </ul>
	Taille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La taille peut commencer à diminuer à cause du durcissement des disques intervertébraux.</li> </ul>
	Os	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La densité osseuse diminue, car plus de calcium est absorbé que métabolisé. Les os deviennent donc plus cassants. Cette perte osseuse s'accélère de 50 à 60 ans. Elle est deux fois plus rapide chez les femmes que chez les hommes, à cause de la baisse des œstrogènes, laquelle entraîne une décalcification osseuse qui peut se traduire par l'ostéoporose (Merrill et Verbrugge, 1999 ; Whitbourne, 2001).</li> </ul>

TABLEAU 12.1 Les systèmes corporels à l'âge mûr (suite)

	Composante	Description
Système circulatoire, cœur et artères	Cœur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le cœur bat plus lentement et plus irrégulièrement vers le milieu de la cinquantaine, ce qui explique pourquoi les maladies cardiaques sont plus fréquentes au tournant de la cinquantaine. Vers 65 ans, le cœur peut avoir déjà perdu jusqu'à 40 % de sa capacité aérobie.</li> </ul>
	Artères	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les artères deviennent plus minces et moins élastiques en raison des dépôts de mauvais cholestérol qui en durcissent les parois (Whitbourne, 2001). La pression artérielle augmente graduellement avec l'âge, même chez les personnes en santé et en bonne forme physique (Cheitlin, 2003).</li> </ul>
Système respiratoire	Poumons	<ul style="list-style-type: none"> <li>La capacité pulmonaire diminue après 40 ans. Après 70 ans, elle a perdu près de 40 % de sa capacité vitale, qui correspond au volume d'air maximum que les poumons peuvent absorber et rejeter.</li> </ul>
Système reproducteur	Organes féminins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chez la femme, la ménopause commence en moyenne vers le début de la cinquantaine (Vézina <i>et al.</i>, 2007). Cette période est alors marquée par des symptômes physiologiques qui varient selon les personnes : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, amincissement des muqueuses des parois vaginales, dysfonctionnement urinaire et sueurs nocturnes.</li> </ul>
	Organes masculins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chez l'homme, la prostate commence souvent à grossir, ce qui peut causer des problèmes de miction. Les érections peuvent être moins fermes, moins prolongées et, parfois, le désir sexuel peut s'en trouver affecté. Le taux de testostérone décroît d'environ 1 % par an, et ce, dès la trentaine (Asthana <i>et al.</i>, 2004 ; Lewis, Legato et Fish, 2006). Enfin, le nombre des spermatozoïdes viables diminue, mais la capacité reproductrice est maintenue.</li> </ul>
Autres	Système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le système immunitaire perd de son efficacité à partir de 40 ans.</li> </ul>
	Système digestif	<ul style="list-style-type: none"> <li>La sécrétion d'enzymes digestives diminue et la fonction rénale ralentit (Marieb et Lachaine, 2008).</li> </ul>
	Température	<ul style="list-style-type: none"> <li>La régulation de la température décroît en efficacité à partir de 50 ans, en raison de la perte des gras corporels. Au cours du climatère, on remarque parfois un dérèglement du centre de contrôle de la température chez certaines femmes.</li> </ul>
	Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le sommeil profond perd en durée et en qualité à l'âge mûr, ce qui va en s'accroissant vers la vieillesse.</li> </ul>

(Avis et Crawford, 2006). Après le climatère, donc lors de la ménopause proprement dite, d'autres changements peuvent aussi se manifester, comme une décalcification osseuse, une diminution de la lubrification vaginale, un amincissement des muqueuses des parois vaginales et un dysfonctionnement urinaire (Whitbourne, 2001 ; Avis, 1999). Si l'on ne peut démontrer que la diminution du niveau d'œstrogènes est responsable de la baisse du désir sexuel féminin, certaines femmes peuvent néanmoins éprouver des douleurs lors de la pénétration, à cause de cet amincissement de leurs parois vaginales et du manque de lubrification (NIH, 2005). L'utilisation d'un lubrifiant stérile est alors conseillée. Par ailleurs, certaines manifestations de nature psychologique sont souvent associées à cette période. L'irritabilité, l'instabilité de l'humeur, les insomnies, les difficultés de concentration et même la dépression augmentent chez les femmes ménopausées. Toutefois, les recherches ne permettent pas d'établir un lien clair entre ces manifestations et la ménopause. Elles semblent plutôt indiquer que ces symptômes particuliers sont davantage liés aux autres changements naturels qui accompagnent le vieillissement, à des perceptions individuelles, mais aussi à des interprétations culturelles de cette période de vie qu'à la ménopause elle-même, comme nous le verrons dans l'encadré 12.1. En effet, lors de cette période, bien des femmes vivent des changements importants et stressants, que ce soit dans leurs rôles, leurs responsabilités ou leurs relations, ce qui peut affecter leur état mental (Lachman, 2004 ; NIH, 2005). Par ailleurs, dans les cultures où la ménopause est perçue positivement et où les femmes plus âgées acquièrent un statut social, religieux ou politique, peu de problèmes sont associés à cet événement naturel (Aldwin et Levenson, 2001 ; Avis, 1999). Enfin, plusieurs femmes considèrent la ménopause comme un processus naturel et positif, une transition qui les mène vers la seconde moitié de leur vie (Avis et Crawford, 2006).



ENCADRÉ 12.1  D'UNE CULTURE À L'AUTRE**L'expérience de la ménopause n'échappe pas aux différences culturelles**

Pour de nombreuses femmes, les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes sont des symptômes normaux, bien que désagréables, de la ménopause. Or, on a souvent négligé le contexte socioculturel dans lequel elle se vit. En effet, ces symptômes sont rares, voire inexistantes, dans certaines cultures.

Dans une recherche menée par Margaret Lock, moins de 10 % des Japonaises dont le cycle menstruel devenait irrégulier ont dit avoir eu des bouffées de chaleur au cours des deux semaines précédant leurs menstruations, comparées à environ 40 % de l'échantillon de Canadiennes et 35 % de l'échantillon d'Américaines. En fait, moins de 20 % des Japonaises avaient eu des bouffées de chaleur, contre 65 % des Canadiennes, et la plupart de celles qui en avaient eu ont éprouvé peu ou pas de malaises physiques ou psychologiques. De plus, 3 % seulement des Japonaises ont dit avoir des sueurs nocturnes, et elles étaient beaucoup moins susceptibles que les Occidentales de souffrir d'insomnie, de dépression, d'irritabilité ou d'un manque d'énergie (Lock, 1994).

Au Japon, la ménopause n'est pas considérée comme un trouble médical, et les femmes n'accordent pas à la fin des menstruations l'importance que lui accordent les Occidentales. Le terme japonais qui s'en approche le plus, *kōnenki*, désigne en fait une période beaucoup plus longue comparable à la périménopause (Lock, 1994, 1998). L'expression « bouffée de chaleur » ne trouve pas non plus d'équivalent précis dans la langue japonaise, bien que celle-ci fasse de nombreuses distinctions subtiles entre divers états corporels. La peur du vieillissement est moins présente au Japon qu'en Occident, puisqu'on l'associe, comme la ménopause, à une liberté nouvelle (Lock, 1998). L'une des hypothèses proposées met en cause la diète japonaise, qui comporte une large part d'aliments d'origine végétale riches en phytoœstrogènes, des substances semblables à l'œstrogène. Grâce à eux, les symptômes liés à la chute du taux d'œstrogène seraient à peu près inconnus des Japonaises.

Les perceptions à l'égard de la ménopause varient considérablement d'une culture à l'autre. Chez les Tohono O'odham, une tribu autochtone



du Sud-ouest américain, la ménopause semble être un concept inconnu. Dans d'autres cultures, notamment en Inde et en Asie du Sud, elle constitue un événement heureux; une fois libérées des tabous relatifs aux menstruations et à la fertilité, les femmes améliorent leur statut et gagnent une nouvelle liberté de mouvement (Avis, 1999; Lock, 1994).

Au Canada, dans une étude menée en Nouvelle-Écosse auprès de 25 femmes caucasiennes ménopausées et vivant en milieu rural, ces dernières ont décrit leur expérience de la ménopause comme étant très intense, aussi bien sur le plan physique que psychologique. Si les bouffées de chaleur représentaient le symptôme majeur, le sentiment de perte de contrôle tant sur leur corps que sur leur perception de soi avait eu une incidence marquée sur leur vie (Price, Storey et Lake, 2008).

Aux États-Unis, une étude nationale sur la santé féminine a produit des résultats paradoxaux. Les Afro-Américaines ont généralement des sentiments plus positifs à l'égard de la ménopause que les Caucasiennes, peut-être parce qu'à côté du racisme dont ont souffert de nombreuses Afro-Américaines, la ménopause est perçue comme peu stressante (Avis et Crawford, 2006; Sommer *et al.*, 1999). Dans d'autres études, pourtant, les Afro-Américaines ont dit connaître plus de bouffées de chaleur que les Caucasiennes (Avis et Crawford, 2006), alors que dans l'étude nationale sur la santé féminine, les femmes blanches convenaient que la ménopause était un signe de liberté et d'indépendance (Sommer *et al.*, 1999). Or, selon une vaste étude communautaire, les femmes blanches sont plus susceptibles de vivre un stress psychologique durant la ménopause que les femmes issues d'autres groupes ethniques ou raciaux (Bromberger *et al.*, 2001). Enfin, les Américaines d'origines japonaise et chinoise de l'étude nationale ont exprimé les sentiments les plus négatifs au sujet de la ménopause, à l'opposé des résultats sur les Japonaises vivant toujours au Japon (Avis et Crawford, 2006; Sommer *et al.*, 1999).

D'autres recherches permettront sans doute d'en savoir plus. Ces résultats montrent néanmoins qu'un événement biologique aussi universel que la ménopause présente d'importantes variations culturelles, ce qui confirme une fois de plus l'importance de la recherche interculturelle.

À court terme, l'**hormonothérapie de remplacement** (la prise d'œstrogènes de synthèse seuls ou combinés avec de la progestérone synthétique, ou progestine) constitue la méthode la plus efficace pour réduire les symptômes physiologiques, particulièrement les bouffées de chaleur et la décalcification osseuse, mais des risques importants lui seraient associés, surtout si elle est utilisée sur une longue période de temps (Avis et Crawford, 2006; NIH, 2005). Ainsi, les premiers résultats d'une recherche menée en 2002 aux États-Unis par la Women's Health Initiative ont soulevé une véritable tempête médiatique. Cette étude montrait que les effets indésirables de l'hormonothérapie dépassaient les bienfaits escomptés, puisqu'elle pouvait augmenter les risques de troubles cardiovasculaires et qu'elle était associée à un risque accru de cancer du sein et des ovaires (NIH, 2005). Ces résultats ont amené de nombreuses femmes à abandonner les hormones de remplacement et à se tourner vers les thérapies alternatives. Toutefois, selon la chercheuse Sylvie Dodin

**Hormonothérapie de remplacement**

Traitement composé d'œstrogènes de synthèse, seuls ou combinés à de la progestérone de synthèse, destiné à réduire ou à prévenir les symptômes de la ménopause causés par la baisse du niveau d'œstrogènes dans l'organisme.

(2009), il n'existe pas de remède miracle contre les effets indésirables de la ménopause puisque l'effet des produits naturels est à peine supérieur à l'effet placebo et inférieur à celui de l'hormonothérapie. Après 2002, les recherches se sont multipliées et ont mené à une position plus nuancée à l'égard de l'hormonothérapie de remplacement. Ainsi, en 2012, la NAMS (North American Menopause Society) faisait les recommandations suivantes à propos de l'hormonothérapie de remplacement :

- considérer l'importance capitale de l'individualisation dans la prescription du traitement ;
- intégrer la santé et les priorités de vie de chaque femme dans la prise de décision ;
- évaluer les facteurs de risques personnels (thrombose, maladies coronariennes, cancer du sein) ;
- tenir compte de différents facteurs pour la durée d'utilisation (âge au début de la ménopause, facteurs de risques personnels) et du type d'hormonothérapie (œstrogènes ou œstrogènes et progestérone) (Agency for Healthcare and Quality, 2012).

### L'andropause

Chez les hommes, on n'observe pas de chute rapide et importante des hormones sexuelles à l'âge mûr ; le déclin hormonal est plus lent, plus discret. Certes, la production de spermatozoïdes décroît et leur motilité diminue, mais la plupart des hommes en produisent suffisamment pour procréer jusqu'à un âge avancé. Toutefois, la qualité génétique du sperme se détériore et peut éventuellement être la cause de problèmes chez le nouveau-né liés à la paternité tardive, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 (Lewis, Legato et Fish, 2006). La diminution progressive du niveau de testostérone marque une période appelée l'**andropause**, à laquelle sont associées certaines manifestations caractéristiques comme de la fatigue, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, un dysfonctionnement érectile, une baisse du désir sexuel ou une réduction de la masse osseuse et musculaire (Asthana *et al.*, 2004 ; Lewis *et al.*, 2006). Comme pour la ménopause, il n'est cependant pas toujours facile de distinguer les symptômes d'origine hormonale de ceux dont les causes peuvent être intrapsychiques ou psychosociales. D'autres facteurs tels que les modifications dans l'image corporelle, la peur de vieillir, les changements de rôles et l'obligation de s'adapter à des pertes sont en effet susceptibles d'expliquer plusieurs des symptômes associés à l'andropause.

#### Andropause

Période de changements physiologiques liés aux changements hormonaux du système reproducteur chez l'homme. Ces changements surviennent dans la cinquantaine et sont moins remarquables que chez la femme.



Dans la mise en situation, à quelles pertes Denis doit-il faire face ?

### 12.2.3 La sexualité des personnes d'âge mûr

De nombreux mythes concernant la sexualité des adultes d'âge mûr ont parfois joué le rôle de prophéties autoréalisantes, comme l'idée que le plaisir sexuel disparaît au cours de la ménopause. De nos jours, les progrès dans les soins de santé et une attitude plus ouverte à l'égard de la sexualité ont amené les gens à considérer le sexe comme faisant partie intégrante de leur vie, que ce soit à l'âge mûr ou avancé.

La fréquence de l'activité sexuelle et la satisfaction à l'égard de la sexualité tendent, il est vrai, à diminuer graduellement dans la quarantaine ou la cinquantaine. Toutefois, une étude a montré que, chez les femmes, ce déclin n'était pas lié à la ménopause, mais bien à l'âge et à la condition physique. Les causes physiques peuvent inclure une maladie chronique, une chirurgie, la prise de médicaments ou un abus de nourriture ou d'alcool (Rossi, 2004). En outre, avec la ménopause, les femmes se voient libérées de la contraception ; elles connaissent alors généralement mieux leur corps et prennent plus souvent l'initiative des relations.

Chez certains hommes, la baisse du taux de testostérone peut entraîner une **dysfonction érectile**, familièrement appelée « impuissance », qui se traduit par une incapacité à avoir ou à maintenir une érection du pénis suffisante pour avoir un rapport sexuel satisfaisant. Ce problème tend à augmenter avec l'âge. On estime qu'environ la moitié des hommes

#### Dysfonction érectile

Incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport sexuel satisfaisant.

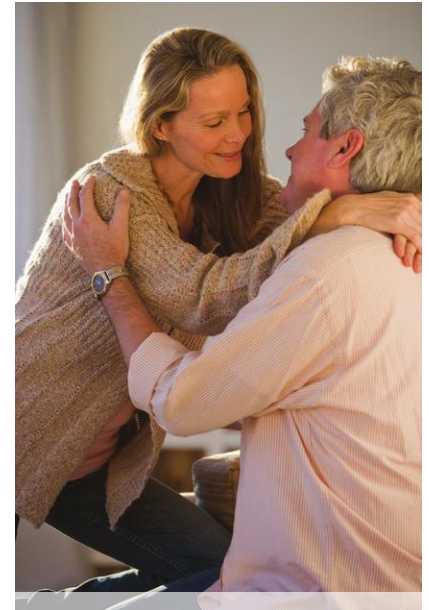
canadiens de plus de 40 ans en souffriraient (Grover *et al.*, 2006). Le diabète, l'hypertension, un taux élevé de cholestérol, la dépression et plusieurs troubles chroniques sont associés aux difficultés érectiles. Des problèmes d'alcool, de tabagisme ou d'autres drogues, un manque de connaissances ou de techniques sexuelles appropriées et l'anxiété ou le stress peuvent également être des facteurs contributifs (Lewis *et al.*, 2006; Utiger, 1998). Depuis quelques années, des médicaments comme le Viagra sont apparus sur le marché. Ces produits sécuritaires et efficaces ne doivent cependant être prescrits qu'à des hommes n'ayant pas de problèmes de santé autres qu'une déficience en testostérone (Lewis *et al.*, 2006).

La baisse de la fréquence des rapports sexuels à l'âge mûr est souvent attribuable à des causes non physiologiques, comme une monotonie dans la relation conjugale, des préoccupations professionnelles ou financières, la peur de ne pas avoir d'érection ou l'absence de partenaire (King, 1996; Masters et Johnson, 1966; Weg, 1989). En traitant ces causes, on peut donc amener une nouvelle vitalité dans la vie sexuelle des individus. Ici encore, on note de grandes différences individuelles. En effet, certaines personnes d'âge mûr ont des rapports sexuels plus fréquents, plus variés et même plus intéressants que dans leur jeunesse, alors que d'autres vivent un déclin assez remarquable sur ce plan (Dennerstein, 2006).

Comme une grande part de l'attraction sexuelle repose sur l'apparence physique, on remarque qu'un nombre croissant de personnes d'âge mûr dépensent du temps, de l'énergie et de l'argent pour tenter de paraître continuellement jeunes, que ce soit en consommant des produits soi-disant anti-âge (comme les hormones de croissance) ou en ayant recours à la chirurgie esthétique (liposuccion, *lifting*, injections de Botox, etc.). Selon un article relatant l'opinion de 51 chercheurs réputés dans le domaine du vieillissement, les prétentions selon lesquelles la consommation de produits anti-âge donne des résultats n'ont toutefois aucun fondement scientifique (Olshansky, Hayflick et Carnes, 2002b). Par ailleurs, les femmes sont désavantagées sur le plan de l'attraction sexuelle puisque, dans les sociétés occidentales, un double standard social existe encore à l'égard de l'attrait physique à l'âge mûr. En effet, les premiers signes du vieillissement avantagent les hommes, dont les tempes grises et les premières rides sont souvent perçues comme étant des signes de maturité et de virilité (Lock, 1998). Pour les femmes, les critères de beauté restent au contraire davantage fixés sur la jeunesse éternelle, et les premiers signes du vieillissement les désavantagent alors fortement. Ainsi, dans la mise en situation de ce chapitre, c'est le cas de Suzanne qui craint de ne plus être aussi désirable. Cependant, cet écart tend aujourd'hui à se réduire : de plus en plus d'hommes se préoccupent de leur apparence et tentent de paraître jeunes le plus longtemps possible.

### 12.2.4 La santé physique et mentale

Comparativement au début du xx<sup>e</sup> siècle, où l'on mourait souvent dans la quarantaine, les gens d'âge mûr qui vivent dans les pays industrialisés sont aujourd'hui relativement en bonne santé (Lachman, 2004). L'adoption d'habitudes de vie plus saines, une alimentation équilibrée et une meilleure accessibilité aux soins médicaux sont certainement des facteurs qui contribuent à cette amélioration. Malgré ce constat, il semble que la génération des baby-boomers soit en moins bonne santé que leurs aînés immédiats. En effet, dans une recherche, on a comparé trois cohortes respectivement composées d'individus âgés de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans et de 80 ans et plus. Chez les personnes appartenant à la première cohorte, on observait une nette augmentation des problèmes de santé, incluant des difficultés dans les activités quotidiennes, comme la préparation des repas, l'utilisation de la salle de bain ou la mobilité, ce que les deux autres cohortes n'avaient pas connu au même âge. Cette étude suggère que les individus qui atteignent aujourd'hui la soixantaine seraient plus à risque de développer des incapacités significatives que leurs contreparties des générations précédentes (Seeman *et al.*, 2009).



#### Les rapports intimes

Dans la quarantaine ou la cinquantaine, la fréquence de l'activité sexuelle et la satisfaction à l'égard de la sexualité tendent à diminuer graduellement.



## Les facteurs d'influence

Même si les adultes d'âge mûr sont généralement en bonne santé, plusieurs d'entre eux sont néanmoins susceptibles de connaître des problèmes de santé croissants, particulièrement ceux dont le statut socioéconomique est peu élevé (Lachman, 2004). Ils peuvent ressentir une perte d'énergie et sont plus susceptibles de connaître des périodes de fatigue ainsi que des douleurs occasionnelles ou chroniques. Selon la Fondation des maladies du cœur du Canada, cette génération s'expose tout particulièrement à des troubles cardiovasculaires, son taux d'obésité ayant fait un bond spectaculaire cette dernière décennie (Bulletin annuel de santé des Canadiens et des Canadiennes, 2006). Selon Statistique Canada (2010), l'indice de masse corporelle (IMC) des hommes de 40 à 59 ans a augmenté entre 2007 et 2009, où 4 hommes sur 10 avaient un IMC situé dans la catégorie de l'embonpoint, alors que 3 hommes sur 10 présentaient un poids normal. Chez les femmes du même âge, le rapport est inversé puisque 4 femmes sur 10 présentaient un poids normal, alors que 3 sur 10 se classaient dans la catégorie de l'embonpoint. Cette génération souffrirait aussi davantage d'arthrite, d'asthme, de diabète et d'hypertension que les autres groupes d'âge, même ceux plus vieux (Statistique Canada, 2009e). Les états émotionnels, la personnalité et le stress vécu par les personnes d'âge mûr influencent, on le sait, leur état de santé. Toutefois, comme le montre le tableau 12.2, une modification positive des habitudes de vie peut aussi augmenter le niveau de santé des individus, même après de nombreuses années d'habitudes négatives.

Au Canada, en 2011, 17% des hommes de 45 à 54 ans et 14,9% des femmes ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'**hypertension artérielle**, soit une élévation anormale et chronique de la tension artérielle. De 55 à 64 ans, ces pourcentages passent à 34,4% chez les hommes et à 30,7% chez les femmes. Ce sont les Canadiens obèses qui sont



Quels sont les aspects de son état de santé qui devraient inquiéter Denis et pourquoi ?

### Hypertension artérielle

Élévation anormale et chronique de la tension artérielle.

**TABLEAU 12.2** Les maladies liées aux habitudes de vie

Facteur	Troubles coronariens	Infarctus	Diabète	Cancer du sein	Cancer du poumon	Cancer de la prostate	Cancer colorectal	Cancer de la peau	Ostéoporose	Ostéo-arthrite
Cigarette	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alcool	?			?	?					
Cholestérol	X	X								
Calories			X							
Gras	X	X	?	?		X	X			
Sel		X								
Fibres			0				0			
Calcium										0
Potassium	0									
Embonpoint	X	X	X						X	?
Activité physique	0	0	0	(0)		(0)	0		0	0
Exposition aux toxines				X	X	X	X			
Exposition aux ultraviolets								X		

**Légende :** X = augmente le risque de maladie 0 = diminue le risque de maladie ? = peut augmenter le risque de maladie (0) = peut réduire le risque de maladie

**Source :** Adapté de Merrill et Verbrugge, 1999; NIH Consensus Development Panel, 2001; Melzer, Dayser et Pichard, 2004; Warburton, Nicol et Bredin, 2006; Adamu, Sani et Abdu, 2006.

les plus susceptibles de recevoir ce diagnostic, soit 32,4 % d'entre eux en 2011 (Statistique Canada, 2011). L'hypertension artérielle peut mener à des accidents vasculaires cérébraux et cardiovasculaires ainsi qu'à des problèmes d'insuffisance rénale.

Le cancer a remplacé l'hypertension comme cause principale de décès au Canada. Son incidence augmente avec l'âge, surtout à partir de 50 ans. On estime qu'en 2013, pour les deux sexes, 187 600 nouveaux cas (exception faite des cancers de la peau autres que le mélanome) seront diagnostiqués et 75 500 personnes décéderont du cancer. Les cancers qui mèneront à un décès chez les hommes seront, dans l'ordre, le cancer du poumon (27,2 %), le cancer colorectal (12,7 %) et le cancer de la prostate (10,0 %) ; chez les femmes, le cancer du poumon (26,3 %), le cancer du sein (13,9 %) et le cancer colorectal (11,6 %). C'est vers 55 ans et plus que l'incidence et le taux de mortalité chez les hommes dépassent ceux des femmes. En ce qui concerne le cancer du sein, il a connu une baisse importante et a atteint le taux le plus bas au Canada depuis 1950 (Société canadienne du cancer, 2013). Les progrès réalisés dans la prévention et le traitement du cancer du sein ont considérablement augmenté les chances de survie des femmes. L'auto-examen des seins et la mammographie – qui devrait être faite tous les deux ans, surtout pour les femmes âgées de 50 à 69 ans – sont deux bons moyens de prévention pouvant mener à un diagnostic précoce (Société canadienne du cancer, 2008).

Comme nous le verrons dans le chapitre 13, les femmes sont susceptibles de vivre plus longtemps que les hommes et affichent le taux de mortalité le plus bas tout au long de la vie. Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles d'aller chez le médecin ou de fréquenter les cliniques externes ou les salles d'urgence. Quant aux hommes, s'ils consultent moins, ils sont néanmoins plus susceptibles d'être longtemps hospitalisés et d'avoir des problèmes de santé chroniques (Addis et Mahalik, 2003). Le fait que les femmes consultent plus souvent ne signifie donc pas qu'elles sont en moins bonne santé que les hommes ni qu'elles souffrent de maux imaginaires. Elles consacrent seulement plus d'efforts au maintien de leur santé (Cleary, Zaborski et Ayanian, 2004).

Le style de vie des femmes ressemblant toutefois de plus en plus à celui des hommes, on ne retrouve plus le même écart entre les deux sexes en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, ces dernières ayant augmenté chez les femmes. Cette situation pourrait être attribuée d'une part à l'augmentation du diabète et de l'obésité, d'autre part au fait que les médecins contrôlèrent moins les facteurs de risque de maladies du cœur chez les femmes que chez les hommes (Vaccarino *et al.*, 2009). Enfin, l'**ostéoporose**, qui se traduit par une décalcification osseuse, est une autre maladie fréquente chez les femmes postménopausées et la cause principale des fractures qu'elles subissent. C'est pourquoi, à titre préventif contre cette maladie, les femmes de plus de 40 ans devraient faire de l'exercice et prendre de 1000 mg à 1500 mg de calcium par jour, combinés à de la vitamine D, qui aide à l'absorption du calcium. Les études ont montré que les suppléments de calcium et de vitamine D augmentent la densité osseuse (Jackson *et al.*, 2006). Même si la perte de densité osseuse a commencé, le processus peut être ralenti et même inversé si la personne suit une diète riche en calcium, si elle fait des exercices avec des poids et s'abstient de fumer (Barrett-Connor *et al.*, 2002). L'activité physique serait particulièrement efficace.

## Le stress et la santé

Nous avons déjà discuté dans le chapitre 11 de la relation intime qui existe entre le stress et la maladie, et nous avons vu que le stress chronique peut causer de sérieux dommages. L'anxiété, les humeurs maussades et les émotions négatives persistantes sont en effet souvent liées à une diminution de la santé physique et mentale (Almeida, Serido et McKonald, 2006). En outre, nous avons vu que même les événements positifs peuvent parfois être source de stress (*voir le tableau 11.1 à la page 341*). À la différence des adultes plus jeunes ou plus âgés, au début de l'âge mûr, les adultes sont susceptibles de subir des niveaux de stress plus élevés et de façon plus fréquente.

### Ostéoporose

Décalcification osseuse causée par l'arrêt de la production d'œstrogènes chez la femme. Elle rend les os poreux et plus faciles à fracturer.

De plus, ils sont soumis à davantage de facteurs stressants (American Psychological Association, 2007). Ces derniers sont liés en grande partie à l'évolution de leurs divers rôles : changements dans la carrière, préoccupations financières, enfants devenus adultes et vivant encore à la maison ou non, réorganisation dans les relations familiales, etc. Quant au travail, il occupe une place prépondérante parmi les sources de stress les plus fréquentes à l'âge mûr.

### Le stress au travail

Dans les sociétés industrialisées, le stress au travail est pratiquement devenu une épidémie. Les Japonais ont d'ailleurs inventé un mot pour décrire la mort par excès de travail : *karoshi*. Environ 40 % d'entre eux craignent en effet cette éventualité, le nombre de décès par surdose de travail étant passé de 21 en 1987 à 2207 en 2007 (Vision durable, 2009). Avec la mondialisation des marchés et la nécessité d'une productivité accrue à moindres coûts, les entreprises deviennent de plus en plus exigeantes envers leurs employés afin d'assurer leur compétitivité. Elles peuvent donc réduire le personnel tout en augmentant leurs exigences, ce qui entraîne un surcroît de travail et augmente le stress des travailleurs. Le tableau 12.3 présente les principaux symptômes associés au stress au travail.

**TABLEAU 12.3** Les trois types de symptômes associés au stress au travail

Symptômes physiques	Symptômes psychologiques	Symptômes comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergies</li> <li>• Migraines</li> <li>• Problèmes de peau</li> <li>• Problèmes de sommeil</li> <li>• Difficultés respiratoires</li> <li>• Problèmes gastro-intestinaux</li> <li>• Problèmes cardiovasculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ennui</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Frustration et irritabilité</li> <li>• Isolement</li> <li>• Pertes de mémoire</li> <li>• Difficultés de concentration et de prise de décision</li> <li>• Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agressivité</li> <li>• Abus d'alcool ou de drogues</li> <li>• Troubles alimentaires</li> <li>• Conflits</li> <li>• Baisse de la productivité</li> <li>• Absentéisme</li> <li>• Prédilection aux accidents</li> <li>• Décision de quitter l'emploi</li> </ul>

Source : Chaire de gestion de la santé et de la sécurité au travail, Université Laval, 2013.

Selon Sonia Lupien, l'effet le plus surprenant du stress au travail serait le présentéisme : le travailleur est présent, mais sa productivité et son efficacité sont réduites. Le stress ayant une incidence sur l'attention sélective, le travailleur ne parvient plus à discriminer les informations pertinentes de celles qui ne le sont pas (Lupien, 2010). Un niveau très élevé d'exigences quant à la performance, de faibles possibilités d'autonomie dans la production ainsi qu'un faible niveau de reconnaissance ou de fierté par rapport au travail fourni constituent la combinaison la plus fréquente de stress au travail susceptible de conduire à des problèmes de santé (Galinski, Kim et Bond, 2001). En outre, le stress causé par la perte d'un emploi est sans doute le problème le plus important lié au travail, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre.

Selon l'American Psychological Association (2007), le travail et l'argent seraient des facteurs de stress plus importants que les relations interpersonnelles et la santé. Les exigences toujours plus grandes du travail ont d'ailleurs fait apparaître un syndrome de plus en plus fréquent : le **syndrome d'épuisement professionnel** ou *burnout*. Ce syndrome consiste en « un état de fatigue ou une incapacité à fonctionner normalement dans le milieu de travail quand les demandes dépassent la capacité d'un individu à les recevoir » (IUSMD, 2009). Ce syndrome est particulièrement fréquent chez les professionnels de première ligne tels que les professeurs, les intervenants dans le domaine de la santé, les travailleurs sociaux, les policiers, etc. (Maslach, 2003) Ainsi, près de la moitié des prestataires de soins de santé (personnel infirmier, médecins, etc.)

#### Syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

État de fatigue ou incapacité à fonctionner normalement dans un milieu de travail quand les demandes dépassent la capacité de l'individu à les recevoir.

dit subir un niveau élevé de stress au travail. Au Canada, les infirmières qui travaillent directement auprès des patients (85 % d'entre elles) et en milieu hospitalier (60 % d'entre elles) sont parmi les plus touchées. Parce qu'elles sont obligées de faire des heures supplémentaires souvent non désirées, le surcroît de travail entraîne chez elles de plus en plus d'absentéisme, de maladies et de blessures et les conduit plus rapidement à l'épuisement professionnel (FCRSS, 2006).

Le syndrome d'épuisement professionnel se déclenche habituellement à la suite d'un stress prolongé et soutenu, plutôt qu'après une crise aiguë. Il s'accompagne souvent de problèmes physiques tels que de la fatigue persistante, de l'insomnie, des maux de tête, des douleurs musculaires et des troubles de digestion. Il entraîne aussi généralement des troubles d'ordre psychologique comme de l'instabilité émotionnelle et de l'irritabilité, des difficultés relationnelles, une tendance à s'isoler, un manque de confiance en soi et un sentiment d'incompétence causant la difficulté à prendre des décisions (Passeportsanté.net, 2008). Ces symptômes peuvent aisément être confondus avec ceux de la dépression, car la personne peut avoir des comportements très inattendus, par exemple quitter subitement son travail, se brouiller avec sa famille et ses amis ou afficher des comportements dépressifs.

### La gestion du stress

Comparativement à tous les autres groupes d'âge, les personnes d'âge mûr sont généralement mieux équipées pour gérer leur stress (Lachman, 2004). Elles ont, généralement, un meilleur sens de ce qu'elles peuvent faire pour changer une situation stressante et elles sont plus aptes à accepter ce qu'elles ne peuvent changer. En outre, elles ont développé de meilleures stratégies pour éviter le stress inutile, comme l'anticipation, qui consiste à mieux prévoir pour éviter d'éventuels désagréments (Aldwin et Levenson, 2001). Dans la mise en situation de ce chapitre, Denis songe ainsi à se préparer pour un nouvel emploi afin de devancer une éventuelle mise à pied par son employeur. Une étude effectuée dans un centre universitaire de recherche sur la douleur chronique, laquelle représente un important facteur de stress, a pour sa part démontré que les patients dans la cinquantaine faisaient preuve d'une meilleure capacité à faire face à la douleur et à éviter la dépression que les patients plus jeunes (Green, Tait et Gallagher, 2005).

Nous avons vu que le stress peut être indirectement dommageable pour la santé, puisqu'il provoque parfois des changements néfastes dans les habitudes de vie (alcool, tabac, malbouffe, etc.), mais qui ne règlent en rien les causes du stress. Une façon de gérer efficacement le stress serait donc d'adopter des habitudes de vie plus saines et de faire de l'exercice de façon régulière. L'utilisation des réseaux de soutien social représente un autre bon moyen de réduire le stress puisqu'il permet d'échanger des ressources et des responsabilités. Cette solution est toutefois plus souvent utilisée par les femmes que par les hommes (Taylor *et al.*, 2000; Taylor, 2006).



### L'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel touche particulièrement les personnes qui travaillent dans un contexte d'aide, comme les intervenants dans le domaine de la santé, les enseignants, les travailleurs sociaux et les policiers.



### FAITES LE POINT

1. Que se passe-t-il sur le plan des capacités sensorielles et psychomotrices à l'âge mûr? Nommez quelques changements organiques et systémiques qui surviennent à cette période.
2. Expliquez les effets de la ménopause et de l'andropause sur la sexualité des individus.
3. Quels sont les principaux facteurs d'influence d'une bonne santé physique et mentale à l'âge mûr?
4. Qu'est-ce que le syndrome d'épuisement professionnel? Quels en sont les symptômes?

## 12.3 Le développement cognitif à l'âge mûr

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'intelligence continue de se développer à l'âge adulte. Plusieurs études longitudinales ont d'ailleurs confirmé que la croissance de l'intelligence se poursuit au moins jusque tard dans la cinquantaine, voire souvent même au-delà (Willis et Schaie, 1999, 2006). De plus, la sentence qui affirme qu'il faut « les utiliser ou les perdre ! » ne s'applique pas seulement aux habiletés physiques, mais aussi aux habiletés cognitives.

### 12.3.1 Les habiletés cognitives

Nous allons voir comment les habiletés à résoudre des problèmes, à apprendre et à créer évoluent à l'âge mûr.

#### L'étude longitudinale de Schaie

Il semble que les gens d'âge mûr soient à un sommet sur le plan de leur développement cognitif, comme le démontre la vie de certains grands hommes de science, d'art et d'État, tels que Charles Darwin ou Léonard de Vinci. L'étude longitudinale de Seattle menée par Schaie et ses collaborateurs abonde dans ce sens. Cette vaste étude longitudinale, qui s'est déroulée sur plus de 35 années, a été amorcée en 1956 avec 500 sujets choisis au hasard, soit 250 hommes et 250 femmes, répartis dans des catégories d'âge de cinq ans d'intervalle et s'étalant de 22 à 67 ans. À la fin de l'étude, en 1994, 5000 sujets au total avaient ainsi été testés. L'évaluation des sujets portait sur six habiletés mentales de base : la compréhension verbale, la facilité d'élocution et la mémoire verbale, les habiletés numériques, l'orientation spatiale, le raisonnement inductif et la vitesse de perception (voir le tableau 12.4).

**TABLEAU 12.4** Les habiletés cognitives de base testées dans l'étude de Seattle

Test	Habilitété mesurée	Tâche	Type d'intelligence
Compréhension verbale	Reconnaître et comprendre les mots.	À partir de mots énoncés, trouver des synonymes de ces mots dans une liste à choix multiple.	Cristallisée
Facilité d'élocution et mémoire verbale	Se rappeler et retrouver les mots inscrits dans la mémoire à long terme.	Nommer le plus de mots possible commençant par une lettre prescrite, dans un temps donné.	Partiellement fluide ; partiellement cristallisée
Habiletés numériques	Réussir des épreuves mathématiques.	Effectuer de simples problèmes d'addition.	Cristallisée
Orientation spatiale	Manipuler mentalement un objet dans un espace à deux dimensions (rotation).	À partir d'une figure géométrique présentée, sélectionner la figure correspondant à cette image, dans une liste de figures mises en rotation.	Fluide
Raisonnement inductif	Identifier des modèles et inférer des principes et des règles permettant de résoudre des problèmes logiques.	Compléter une série de lettres (trouver la séquence sous-jacente).	Fluide
Vitesse de perception	Discriminer rapidement et de façon adéquate des stimuli visuels.	Identifier les images qui vont ensemble et celles qui ne vont pas ensemble, lors d'une présentation rapide à l'écran d'un ordinateur.	Fluide

Source : Schaie, 1989 ; Willis et Schaie, 1999.

Cette recherche n'a pas permis d'établir un modèle uniforme de changement lié à l'âge, ni entre les sujets soumis aux tests ni entre les habiletés cognitives (Schaie, 1994, 2005 ; Willis et Schaie, 2006). Bien que les chercheurs aient observé des gains et des pertes, plusieurs habiletés cognitives culminaient néanmoins durant l'âge mûr, tandis que la compréhension verbale s'améliorait à l'âge avancé. De fait, seulement



de 13 % à 17 % des adultes présentaient un déclin sur le plan des habiletés numériques et de la mémoire verbale de 39 à 53 ans. Même si la plupart des participants faisaient preuve d'une remarquable stabilité, certains pouvaient manifester un déclin plus précoce que d'autres, qui faisaient preuve d'une grande plasticité. Finalement, en dépit de larges différences individuelles, la plupart des participants à cette étude ne montraient aucune réduction significative dans la plupart des habiletés étudiées jusqu'à plus de 60 ans. De fait, aucun sujet n'a présenté un déclin sur l'ensemble des six habiletés étudiées, et plusieurs se sont même améliorés dans certains domaines (Willis et Schaie, 2006).

Les progrès réalisés dans le domaine de l'éducation, de meilleures habitudes de vie et d'autres influences environnementales positives sont peut-être responsables du fait que les cohortes successives ont progressivement obtenu, au même âge, de meilleurs résultats dans la plupart des habiletés étudiées. Les participants qui ont le mieux réussi tendaient à avoir un niveau de scolarité élevé et une personnalité flexible, à provenir de familles intactes, à avoir des occupations complexes sur le plan cognitif et à être satisfaits de ce qu'ils avaient accompli (Schaie, 1994, 2005; Willis et Schaie, 2006). Étant donné la grande performance cognitive de la plupart des participants d'âge mûr, on peut penser que les personnes de moins de 60 ans qui manifestent un déclin cognitif substantiel peuvent souffrir d'un problème neurologique. En particulier, l'observation d'un déclin dans la mémoire verbale et la facilité d'élocution à l'âge mûr (deux habiletés qui permettent de mesurer la fonction exécutive) permettrait de prédire un affaiblissement cognitif à l'âge avancé (Willis et Schaie, 2006).

### L'intelligence fluide et l'intelligence cristallisée de Horn et Cattell

En se basant sur une série de recherches menées durant plus de trente ans, deux autres chercheurs, Raymond B. Cattell (1965) et John Horn (Horn, 1967; Horn et Hofer, 1992) ont proposé de distinguer deux types d'intelligence: l'intelligence fluide et l'intelligence cristallisée. L'**intelligence fluide** comprend les opérations mentales utilisées pour résoudre un problème nouveau, telles que les habiletés à percevoir des relations, à former des concepts et à faire des inférences. Cette intelligence serait liée à la maturation neurologique et serait relativement indépendante de l'éducation et de la culture. L'**intelligence cristallisée**, quant à elle, concerne la capacité à utiliser des informations et des apprentissages antérieurs, c'est-à-dire des habiletés cognitives développées par l'éducation et par l'expérience de vie, telles que les habiletés langagières, les habiletés grammaticales, les habiletés à communiquer et à répondre à des situations sociales, etc.

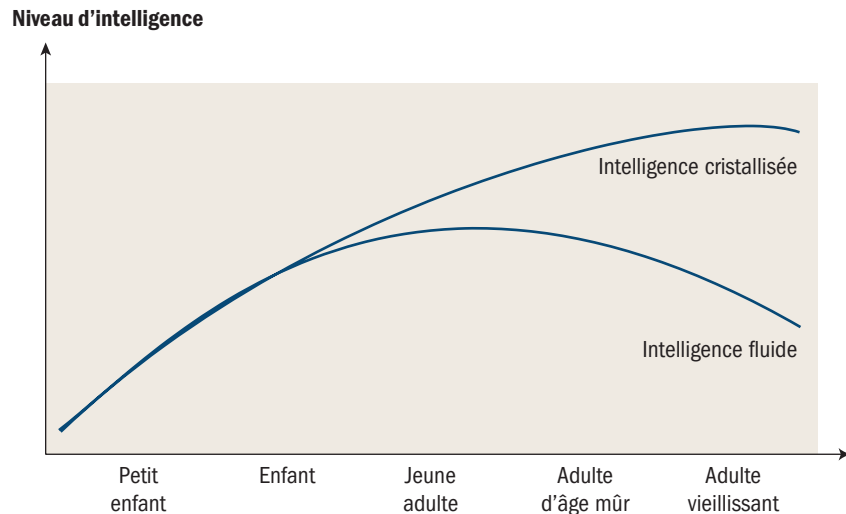
Selon ces chercheurs, l'intelligence fluide se développerait rapidement pour atteindre un sommet au début de l'âge adulte, puis déclinerait progressivement par la suite. De son côté, l'intelligence cristallisée continuerait de se développer jusqu'à la fin de l'âge mûr et même souvent jusqu'à un âge avancé (*voir la figure 12.1, à la page suivante*). Toutefois, à cause de la méthodologie utilisée, ces résultats reflètent peut-être davantage des différences entre les générations que des changements dus à l'âge. En effet, l'étude de Seattle montre non seulement que, à l'âge mûr, l'intelligence cristallisée atteint des sommets, mais aussi que le déclin de certaines habiletés de l'intelligence fluide (comme le raisonnement inductif et l'orientation spatiale) ne se manifeste pas avant 55 ou 60 ans. De plus, ces pertes sont graduelles et n'entraînent pas nécessairement des problèmes de fonctionnement (Lachman, 2004; Willis et Schaie, 1999). Les résultats observés quant à la mémoire verbale sont donc particulièrement rassurants si l'on considère que beaucoup de personnes s'inquiètent de pertes de mémoire liées à l'âge mûr et au vieillissement. Par ailleurs, l'exercice physique semble aussi améliorer le fonctionnement cognitif, et plus particulièrement l'intelligence fluide (Singh-Manoux *et al.*, 2005).

#### **Intelligence fluide**

Selon Horn et Cattell, type d'intelligence qui concerne la capacité de percevoir des relations, de former des concepts et de faire des inférences. Elle est liée au développement neurologique et décline avec l'âge.

#### **Intelligence cristallisée**

Selon Horn et Cattell, type d'intelligence qui concerne la capacité d'utiliser des informations et des apprentissages antérieurs. Elle est liée à des facteurs comme la culture et à des habiletés comme les capacités langagières ou le raisonnement pratique, et elle évolue avec l'âge.

**FIGURE 12.1** L'évolution de l'intelligence fluide et de l'intelligence cristallisée

On observe un déclin progressif de l'intelligence fluide, mais une augmentation graduelle de l'intelligence cristallisée.

### 12.3.2 Les caractéristiques de l'intelligence à l'âge mûr

S'il est intéressant de vérifier si les habiletés cognitives déclinent ou non à l'âge mûr, il est aussi très pertinent d'étudier quelles sont les principales caractéristiques de l'intelligence chez l'adulte d'âge mûr. Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que les connaissances accumulées au cours des expériences de vie pouvaient changer la manière dont fonctionne l'intelligence fluide. D'autres ont postulé que la pensée mature pourrait représenter une forme spéciale d'intelligence susceptible de contenir des habiletés particulières et de contribuer à la résolution de problèmes pratiques (Sinnott, 1996).

#### L'expertise

Dans un garage, deux jeunes mécaniciens sont affairés sur un moteur qui étouffe dès qu'on le démarre. Ils discutent des causes possibles, testent toutes les pièces électriques et électroniques liées au démarrage et ne trouvent rien. Ils se tournent alors vers le vieux mécanicien du garage pour lui demander son avis. Ce dernier s'approche de la voiture, la fait démarrer, écoute attentivement le bruit qu'elle fait lorsqu'elle étouffe et leur dit : «Le résonateur est bouché; retirez-le et débouchez-le...» Effectivement, la source du problème était là. L'expertise, ou la connaissance spécialisée, se retrouve fréquemment chez les personnes d'âge mûr qui savent mettre à profit leur expérience dans la résolution d'un problème. Elle est relativement indépendante de l'intelligence générale et de tout déclin dans les processus de traitement des données du cerveau. Avec l'expérience, certains processus de traitement de l'information et certaines habiletés de l'intelligence fluide peuvent être catégorisés, c'est-à-dire être consacrés à des connaissances ou à des compétences particulières. Quelques habiletés de l'intelligence fluide sont alors capturées pour servir à la résolution de problème dans un domaine d'expertise donné, par exemple la compétence professionnelle.



#### L'expertise augmente avec l'âge

L'expertise nécessaire pour interpréter des radiographies dépend, comme dans beaucoup d'autres champs professionnels, des connaissances spécialisées qui se sont accumulées et qui continuent d'augmenter avec l'âge.

Ainsi, même si les personnes d'âge mûr prennent habituellement plus de temps que les plus jeunes pour traiter de nouvelles informations, elles sont plus rapides lorsque cela concerne leur spécialité (Hoyer et Ribash, 1994). Leur pensée est souvent plus flexible : elles assimilent et interprètent les nouvelles connaissances plus efficacement, en se référant à un ensemble d'informations déjà existant, riche et bien organisé mentalement. Il semble également que les personnes d'âge mûr soient plus conscientes de ce qu'elles ne savent pas (Charness et Schultetus, 1999).

De nombreuses études portant sur diverses occupations professionnelles ont montré comment la connaissance spécialisée contribue à une performance supérieure dans un domaine donné (Billet, 2001). Cependant, la bonne performance n'est pas le seul mérite de l'expertise: le bon jugement en est un autre. Les problèmes que l'on doit résoudre se situant dans un contexte social, il faut être familiarisé avec les façons de faire en vigueur (par exemple, connaître les pratiques et les attentes qui ont cours dans une entreprise) pour juger rapidement et efficacement une situation (Billet, 2001). La pensée experte semble souvent automatique et intuitive. En effet, les personnes ne sont généralement pas entièrement conscientes des processus cognitifs sous-jacents, et elles ne peuvent donc pas toujours expliquer pourquoi elles sont arrivées à telle conclusion ni pourquoi quelqu'un d'autre était dans l'erreur (Charness et Schultelus, 1999). Cette façon de penser rappelle certaines caractéristiques de la pensée postformelle, et plus particulièrement sa nature intégrative.

### L'intégration

L'**intégration** représente la capacité de faire des liens abondants, de lier des informations et de créer des ensembles significatifs et d'une efficacité pratique. En effet, les adultes d'âge mûr savent généralement inclure la logique à l'intuition et à l'émotion. Ils sont en mesure d'associer des idées et des faits contradictoires et d'intégrer ce qu'ils apprennent à ce qu'ils savent déjà. Ils interprètent, à la lumière de leur expérience antérieure, ce qu'ils voient, lisent ou entendent.

La société bénéficie grandement de cette capacité intégrative de la pensée adulte mûre, puisque c'est souvent à cet âge que les personnes deviennent des leaders dans leur milieu. Elles sont alors capables d'assimiler des informations liées à différents secteurs du fonctionnement social. Cette habileté à unir et à rassembler l'information plutôt qu'à la séparer et à la traiter d'une façon morcelée est particulièrement utile aux gens d'âge mûr qui ont plusieurs rôles sociaux à jouer, des choix parfois difficiles à faire et des tâches complexes à assumer, telle la conciliation travail-famille (Sinnott, 2003). Dans la mise en situation, cette capacité d'intégration est utile à Suzanne, qui doit concilier travail, études et famille.

### Intégration

Capacité intellectuelle de faire des liens abondants, de lier des informations et de créer des ensembles significatifs et d'une efficacité pratique.



## 12.3.3 La créativité

L'âge mûr est souvent l'âge de la consécration pour les gens innovateurs et originaux. C'est à 40 ans que Louis Pasteur a développé sa théorie sur les germes responsables des maladies, à 50 ans que Charles Darwin a présenté sa théorie de l'évolution des espèces, et à 54 ans que Léonard de Vinci a peint la Joconde. Si la créativité commence avec le talent, celui-ci n'est cependant pas suffisant. Ainsi, on peut observer chez un enfant un talent, ou un potentiel créatif, qui se manifestera ou non à l'âge adulte sous la forme d'une performance créatrice, qui désigne ce qu'un esprit créatif peut produire et combien il peut produire (Sternberg et Lubart, 1995). La créativité se développe dans un contexte social particulier, mais pas nécessairement dans un environnement riche en stimulations de toutes sortes. Elle semble plutôt émerger à la suite d'expériences diverses qui bouleversent les conventions et de défis qui renforcent la capacité de l'individu à persévérer et à surmonter les obstacles (Simonton, 2000). Selon Robert T. Keegan (1996), ce qui caractérise un génie créateur, c'est la possession de connaissances expertes dans un domaine, la motivation intrinsèque à travailler pour le plaisir et un attachement émotionnel très fort à l'œuvre entreprise, qui permettent au créateur de persévérer malgré les obstacles. L'intelligence générale, telle que mesurée par les tests de QI, n'aurait que peu de lien avec la performance créatrice. Les gens très créateurs tendent à être indépendants, flexibles, non conformistes, ouverts aux nouvelles idées et aux nouvelles expériences et à aimer le risque (Simonton, 2000). Relativement à un problème, ils ont un regard plus approfondi que les autres et parviennent à des solutions beaucoup plus originales, car ils utilisent plutôt une pensée divergente (Sternberg et Hovath, 1998).



### Les caractéristiques des personnes créatrices

Tout comme Robert Lepage, les personnes très créatrices sont indépendantes, flexibles, non conformistes, ouverts aux nouvelles idées et aux nouvelles expériences et elles aiment le risque.

La créativité varie-t-elle avec l'âge chez l'adulte? De façon générale, il semble que la productivité des créateurs (nombre de publications, de peintures, de compositions, etc.) atteigne son sommet vers la fin de la trentaine ou le début de la quarantaine (Simonton, 1990). Toutefois, on peut observer des variations en fonction du champ de spécialisation, et ce, indépendamment des cultures. Ainsi, les poètes, les mathématiciens ou les physiciens tendent à être plus prolifiques vers la fin de la vingtaine et le début de la trentaine, tandis que les chercheurs en psychologie atteignent ce sommet vers 40 ans et que les écrivains, les historiens ou les philosophes deviennent de plus en plus productifs jusqu'à la fin de la quarantaine ou de la cinquanteaine (Dixon et Hultsch, 1999; Simonton, 1990). Toutefois, la diminution de la productivité peut être compensée par des gains en qualité.



### FAITES LE POINT

5. Nommez les six habiletés mentales de base selon Schaie et identifiez celles qui sont associées à l'intelligence fluide et à l'intelligence cristallisée.
6. Faites la distinction entre l'intelligence fluide et l'intelligence cristallisée selon Horn et Cattell.
7. Nommez et décrivez les deux habiletés susceptibles d'être propres à l'intelligence de l'âge mûr.

## 12.4 Le développement affectif et social à l'âge mûr

On sait aujourd'hui qu'au mitan de la vie, on doit percevoir la continuité et les changements dans le développement de l'individu à la lumière de l'ensemble du cycle de la vie (Lachman, 2004). Certes, il existe des différences entre le début et la fin de l'âge mûr. Toutefois, il est de plus en plus difficile de décrire un cycle de la vie caractéristique de cette période. À 40 ans, on peut en effet voir certains adultes devenir parents pour la première fois, alors que d'autres deviennent grands-parents. À 50 ans, certains commencent une nouvelle carrière, tandis que d'autres prennent déjà leur retraite. Par ailleurs, la vie ne progresse pas de façon isolée et le chemin de chaque individu croise celui des membres de sa famille, de ses amis, de ses connaissances et de personnes qui lui sont étrangères. Enfin, la cohorte, le sexe, le groupe ethnique, la culture et le statut socioéconomique viennent profondément influencer le cycle de la vie. Tous ces facteurs doivent donc être pris en compte lorsqu'on étudie le développement affectif et social de l'adulte d'âge mûr.

### 12.4.1 Les différentes approches théoriques

Pendant longtemps, l'âge mûr a été considéré comme étant une période de la vie relativement stable. Freud estimait d'ailleurs que la personnalité était formée de façon permanente chez les gens de plus de 50 ans et que la psychothérapie ne pouvait donc plus être utile passé cet âge. Les humanistes, au contraire, ont décrit l'âge mûr comme étant une période propice aux changements positifs, une période où la maturité rend possible l'actualisation de soi (Maslow, 1968). Or, les études longitudinales montrent que le développement psychosocial de l'individu d'âge mûr implique à la fois de la stabilité et du changement. Quels sont ces changements et par quoi sont-ils provoqués? Plusieurs théories ont tenté de répondre à cette question.

#### La théorie psychosociale d'Erikson

Pour Erikson, la période de l'âge mûr correspond à l'émergence de la septième crise, soit celle de **la générativité versus la stagnation**, marquée par deux polarités conflictuelles entre lesquelles la personne doit trouver un équilibre adéquat. La **générativité** réfère au besoin des adultes matures de laisser leur marque en aidant et en guidant la génération montante et en donnant un sens plus global à leur vie. La **stagnation** renvoie quant à elle

#### Générativité versus stagnation

Selon Erikson, septième crise du développement psychosocial caractérisée par l'émergence d'un sentiment de vide et d'une quête de sens, ainsi que par le désir de laisser sa marque et de s'occuper de la génération qui suit.

#### Générativité

Selon Erikson, désir des adultes d'âge mûr de laisser leur marque, de guider la génération suivante et de s'en occuper.

#### Stagnation

Selon Erikson, terme qui renvoie au sentiment de vide et d'inutilité.

au sentiment de vide et d'inutilité. Selon Erikson, le souci pour autrui, ou la sollicitude, représente la force adaptative qui peut être rattachée à cette période (Erikson, 1985).

Le désir d'une immortalité symbolique ou le désir qu'on ait besoin de nous, combiné aux demandes provenant de la famille et du travail ainsi qu'aux attentes et aux responsabilités de plus en plus grandes, contribue au développement de la générativité. Celle-ci peut s'exprimer non seulement dans le rôle de parents et de grands-parents, mais aussi dans celui de mentor ou de guide pour des personnes plus jeunes. La générativité tend à être associée au comportement prosocial (Mc Adams, 2006). Elle peut se vivre à travers la créativité ou le bénévolat et s'étendre au monde du travail, des arts, de la politique, etc. En effet, les personnes d'âge mûr sont globalement celles qui font fonctionner la société et ses institutions. Les postes qu'elles occupent, les rôles multiples qu'elles jouent et les responsabilités qu'elles assument les placent donc dans des circonstances idéales pour le développement de leur générativité. Des recherches ont démontré une corrélation entre le fait d'être impliqué socialement et le sentiment de bien-être chez les personnes d'âge mûr. Si l'on ne peut affirmer que la générativité est bien la cause de ce sentiment de bien-être, on peut supposer que le fait de contribuer significativement à l'évolution de la société procure un sentiment de satisfaction qui influe positivement sur l'image de soi (Mc Adams, 2001). À l'âge mûr, la générativité est un signe de maturité psychologique et de bonne santé mentale.

### La théorie de Neugarten

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 11 avec le modèle de Neugarten, le développement de la personnalité adulte dépend moins de l'âge que des événements de vie importants qui surviennent. De nos jours, les styles de vie sont plus diversifiés, les limites de l'âge mûr ont été repoussées et l'horloge sociale ne sonne plus au même moment pour tous. Par exemple, lorsque la vie des femmes était centrée principalement sur la maternité et l'éducation des enfants, la ménopause ne signifiait pas la même chose qu'à l'heure actuelle, où un très grand nombre de femmes d'âge mûr sont présentes sur le marché du travail. Autrefois, les gens mouraient plus jeunes, et les individus d'âge mûr se sentaient donc vieux et déjà proches de la fin de leur vie. Aujourd'hui, un grand nombre d'adultes d'âge mûr se retrouvent au contraire plus occupés et engagés que jamais. Certains élèvent encore de jeunes enfants, tandis que d'autres redéfinissent leur rôle de parent d'adolescents ou de jeunes adultes, ou leur rôle de proche aidant auprès de leurs propres parents vieillissants. D'autres encore décident de reprendre des études ou de suivre des cours pour répondre aux exigences de leur emploi, comme c'est le cas pour Suzanne dans la mise en situation de ce chapitre. Les personnes d'âge mûr semblent donc tout à fait aptes à gérer les multiples défis et les nombreux changements auxquels elles sont confrontées au milieu de leur vie (Lachman, 2001, 2004).

Bernice Neugarten (1977) a également mis l'accent sur certains changements plus intérieurs qui touchent la vie psychique des personnes d'âge mûr, soit l'évolution vers une intériorité croissante dans laquelle l'introspection prend davantage de place, une manière différente de percevoir le monde et d'interpréter l'expérience de vie, et des modifications dans la perception du temps et dans les attitudes liées aux rôles sexuels.

### 12.4.2 La crise ou la transition à l'âge mûr

Dans la mise en situation du début de ce chapitre, nous avons vu que Denis se questionne sur sa vie et qu'il a le sentiment qu'il est peut-être trop tard. Vit-il la célèbre crise de la quarantaine ou traverse-t-il tout simplement une période de transition ?

Les changements dans la personnalité et le style de vie qui surviennent autour de la quarantaine ont souvent été attribués à une période stressante communément appelée la **crise de la quarantaine**, durant laquelle une personne remet en question ses choix de vie et les évalue, tout en prenant de plus en plus conscience du vieillissement et de la mort.



#### La générativité

La générativité peut s'exprimer de plusieurs manières. Ici, un adulte d'âge mûr transmet ses connaissances et son expérience à un plus jeune en le soutenant dans son travail.



#### Crise de la quarantaine

Expression classique issue des premières théories sur le développement adulte et souvent utilisée dans les approches normatives pour définir la période de questionnement qui survient au milieu de la vie.

Il faut savoir que ce sont surtout les modèles normatifs qui ont mis de l'avant cette idée de crise. Aujourd'hui, ce concept de crise de la quarantaine est considéré comme inapproprié, dans la mesure où les recherches tendent à démontrer que les crises adaptatives fortes sont en réalité relativement peu fréquentes (Aldwin et Levenson, 2001; Lachman, 2004). Certains adultes d'âge mûr peuvent effectivement vivre une sorte de crise, mais d'autres se sentent au contraire plus que jamais en possession de leurs moyens. Certes, l'arrivée de l'âge mûr peut être une source de stress, mais pas plus que certains événements de la vie du jeune adulte (Wethington, Kessler et Pixley, 2004). C'est la raison pour laquelle la majorité des psychologues du développement préfèrent parler, à l'heure actuelle, de transition du mitan de la vie. D'un point de vue psychologique, cette transition implique souvent des modifications importantes dans la conception de soi et dans la façon dont la personne perçoit la signification, les buts et l'orientation de sa propre vie. Elle peut aussi être accompagnée du regret de ne pas avoir atteint tous ses objectifs de vie et d'un sentiment de contraction entre le temps qui file et l'urgence pour achever ce qui peut encore l'être (Heckhausen, 2001).

Cependant, ces éléments ne définissent pas à eux seuls l'apparition d'une véritable crise. Il est certain que la personne d'âge mûr doit s'adapter à divers changements physiques, professionnels, familiaux et autres, mais ses ressources personnelles (par exemple, sa capacité de résilience ou son ouverture au changement), de même que les circonstances (par exemple, le caractère prévu ou imprévu d'un événement, les attentes culturelles, etc.), sont en réalité des facteurs plus importants que l'âge (Lachman, 2004). Les personnes égorésilientes (*voir le chapitre 11*) seront plus susceptibles de s'adapter à ces changements, tout comme celles qui ont le sentiment d'avoir la maîtrise et le contrôle d'elles-mêmes et de leur vie. Par contre, les personnes possédant un trait élevé de névrosisme seront plus susceptibles de vivre une véritable crise (Heckhausen, 2001; Lachman, 2004).



En quoi Suzanne et Denis font-ils preuve d'adaptation face aux changements dans leur vie ?

### 12.4.3 L'évolution de l'identité

Même si Erikson faisait de la quête d'identité la tâche développementale fondamentale de l'adolescence, il croyait que l'identité continuait de se développer. Certes, les adultes d'âge mûr ont généralement une conception de soi bien établie sur plusieurs plans, parmi lesquels figurent principalement le sexe, l'âge, l'image corporelle et les rôles sociaux. Cependant, à l'âge mûr, des changements importants surviennent dans le corps, dans les attitudes liées au sexe et dans les rôles joués par une personne, ce qui peut influencer plusieurs aspects de l'identité.

#### Les styles d'identité de Whitbourne

Suzan Krauss Whitbourne (1987, 1996) a développé le **modèle du processus d'identité**, dans lequel elle définit à la fois comment se forme et se transforme l'identité et quels styles émergent de ce processus (Jones, Whitbourne et Skultety, 2006; Whitbourne et Connolly, 1999). Selon elle, l'identité se construit à partir de l'accumulation des différentes perceptions de soi qu'un individu intègre. Les caractéristiques physiques apparentes (« je suis fort » ou « je suis mince »), les habiletés cognitives (« je suis bon en maths ») et les traits de personnalité (« je suis une personne sensible » ou « je suis colérique ») sont ainsi incorporés au schéma identitaire. Ces différentes perceptions sont continuellement confirmées ou révisées à la suite des informations qui proviennent de multiples sources : les relations intimes, les situations de travail, les activités sociales ou autres.

D'après Whitbourne, les gens interprètent les interactions qu'ils ont avec leur environnement en se servant de deux mécanismes semblables à ceux décrits par Piaget dans le développement cognitif de l'enfant : l'assimilation et l'accommodation (*voir le chapitre 1*). Ainsi, lorsque la personne vit une nouvelle expérience, elle tente de l'intégrer à son schéma identitaire en utilisant l'**assimilation identitaire**. De son côté,

#### Modèle du processus d'identité

Selon Whitbourne, modèle qui explique le développement de l'identité sur la base de deux processus : l'assimilation identitaire et l'accommodation identitaire.

#### Assimilation identitaire

Selon Whitbourne, efforts d'une personne pour intégrer une nouvelle expérience à son concept de soi existant.

l'**accommodation identitaire** réfère à l'adaptation et aux ajustements du schéma d'identité d'une personne aux nouvelles expériences qu'elle vit. L'assimilation identitaire tend donc à assurer la continuité du concept de soi, alors que l'accommodation identitaire tend à le transformer. Whitbourne soutient que c'est le jeu entre l'assimilation et l'accommodation qui détermine le **style d'identité** d'une personne: celle qui utilise davantage l'assimilation identitaire adopte un style assimilateur, alors qu'à l'inverse, celle qui s'adapte rapidement en assimilant moins adopte plutôt un style accommodateur.

Selon Whitbourne et ses collègues, toute utilisation abusive de l'un de ces deux processus au détriment de l'autre est malsaine. Les gens trop assimilateurs ont en effet tendance à être inflexibles et à ne pas apprendre de leurs expériences. Ils tendent également à résister aux changements liés à l'âge et à vouloir maintenir à tout prix une image de jeunesse. Or, ce processus de déni peut rendre la réalité du vieillissement plus difficile à accepter lorsqu'elle devient inéluctable. D'un autre côté, les gens trop accommodateurs sont plus susceptibles d'avoir un faible caractère, d'être influençables, d'être très sensibles à la critique et de remettre facilement en question leur identité. Ils tendent également à se voir prématurément comme étant des personnes âgées et à se désespérer, ce pessimisme pouvant hâter leur déclin physique et cognitif. Au contraire, une personne saine possède une identité équilibrée qui lui permet de maintenir une conception de soi stable lorsqu'elle doit intégrer de nouvelles informations à son schéma d'identité. Par exemple, sur le plan des effets de l'âge, elle parvient à faire face aux changements et à y répondre avec souplesse, en cherchant à contrôler ce qui peut l'être et en acceptant ce qui échappe à son contrôle. Elle résiste aussi aux stéréotypes négatifs (du type «seules les femmes jeunes sont belles»), cherche de l'aide au besoin et envisage le futur sans anxiété exagérée (Jones *et al.*, 2006).

Le genre semble avoir lui aussi une influence sur l'adaptation de la personne, les femmes d'âge mûr ayant davantage tendance à utiliser l'accommodation identitaire, contrairement aux hommes, qui font plutôt preuve d'assimilation (Jones *et al.*, 2006).

### Le sentiment de bien-être à l'âge mûr

Le sentiment de bien-être est étroitement lié à une vision saine de soi-même (Keyes et Shapiro, 2004). Cette sensation subjective de bonheur provient de l'évaluation qu'une personne fait de sa propre vie (Diener, 2000). Mais comment mesurer ce sentiment de bien-être et déterminer les facteurs qui l'influencent ?

Plusieurs études ont démontré un déclin graduel des émotions négatives à partir de l'âge mûr, et ce, même si ces émotions (comme la peur, la colère ou l'anxiété) semblent légèrement plus présentes, à tout âge, chez les femmes que chez les hommes (Mroczek, 2004). En vieillissant, les adultes semblent donc apprendre à accepter ce qui leur arrive et à réguler leurs émotions efficacement (Lachman, 2004). Si l'état de santé a une influence certaine sur le sentiment de bien-être, la façon dont une personne se perçoit elle-même joue également un rôle important (Markus *et al.*, 2004). Une étude longitudinale de 16 années, menée auprès de plus de 3500 adultes, a montré que l'estime de soi suivait un cheminement parallèle à celui du sentiment de bien-être, ce qui suggère qu'ils pourraient être liés. L'estime de soi semble augmenter jusqu'à l'âge mûr pour atteindre un sommet vers 60 ans, puis elle déclinerait (Orth, Trzesniewski et Robins, 2010). Deux autres facteurs sont particulièrement déterminants à l'âge mûr: l'état matrimonial et l'éducation. En effet, les personnes d'âge mûr qui sont mariées rapportent davantage d'émotions positives que d'émotions négatives, comparativement aux personnes qui ne le sont pas. Il en est de même pour les gens ayant un niveau d'éducation élevé, mais seulement si le stress, qui a tendance à être élevé au milieu de la vie, est bien contrôlé (Mroczek, 2004).

Par ailleurs, le sentiment subjectif de bien-être est également lié aux traits de personnalité que nous avons vus dans le chapitre 11 avec le modèle de Costa et McCrae. Ainsi, les personnes qui sont stables émotionnellement – dont le trait de névrosisme

### Accommodation identitaire

Selon Whitbourne, efforts d'une personne pour modifier son concept de soi et l'adapter à son expérience.

### Style d'identité

Selon Whitbourne, manière dont une personne réagit le plus souvent aux événements de la vie susceptibles d'influer sur son concept de soi. Il y aurait deux styles d'identité: le style assimilateur et le style accommodateur.



### Le sentiment de bien-être

Les personnes qui sont physiquement et socialement actives ont tendance à se sentir plus heureuses.

est peu élevé –, qui sont physiquement et socialement actives – dont le trait d’extraversion est élevé – et qui sont très consciencieuses ont tendance à se sentir plus heureuses (Weiss, Bates et Luciano, 2008).

Enfin, l’augmentation de la satisfaction pourrait provenir du fait que la personne d’âge mûr regarde sa vie et l’évalue, cherchant un équilibre entre d’anciens désirs engloutis et des aspirations qui demeurent. C’est ce qui pourrait expliquer pourquoi il arrive fréquemment qu’une personne décide, au milieu de sa vie, d’y effectuer des changements (Josselson, 2003). Une personne qui réalise que sa vie n’a pas pris la direction désirée peut décider soudainement de changer. Par exemple, une femme qui a le sentiment de ne plus se réaliser dans son rôle traditionnel de mère au foyer peut décider de retourner sur le marché du travail, ou un homme qui ne se dépasse plus dans son travail peut se mettre à la recherche d’un nouvel emploi ou même réorienter complètement sa carrière.

Des chercheurs américains ont développé un modèle qui inclut six dimensions du bien-être psychologique, soit l’acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l’autonomie, la maîtrise de l’environnement, la présence de buts dans la vie et le développement personnel (Keyes et Ryff, 1999; Ryff, 1995; Ryff et Singer, 1998). Selon le modèle de Ryff, les personnes qui sont en bonne santé psychologique ont des attitudes positives à l’égard d’elles-mêmes et d’autrui. Elles prennent leurs propres décisions et ajustent leur comportement, elles choisissent des environnements compatibles avec leurs besoins et ont des objectifs qui donnent du sens à leur vie. Elles s’efforcent enfin d’explorer et de se développer le plus possible.

Si la majorité des adultes déclarent que leur satisfaction face à la vie augmente avec l’âge, ce n’est pas le cas pour tous. En effet, les personnes dont le réseau de relations sociales est pauvre et qui ont le sentiment d’avoir perdu le contrôle sur leur vie tendent à rapporter un déclin dans leur satisfaction face à la vie (Rocke et Lachman, 2008).



### FAITES LE POINT

8. Quels sont les deux pôles de la septième crise identifiée par Erikson ? Quelle est la force adaptative qui peut être rattachée à cette période ?
9. Expliquez la différence entre l’assimilation identitaire et l’accommodation identitaire selon le modèle de Whitbourne.
10. Votre oncle, âgé de 62 ans, s’ennuie depuis qu’il a pris sa retraite. L’école de son quartier a besoin de bénévoles pour l’aide aux devoirs. Votre oncle a envie de s’impliquer, mais il hésite. En vous servant de ce que vous avez appris jusqu’à présent dans ce chapitre, quels arguments pourriez-vous avancer pour le motiver à prendre sa décision ?

## 12.5 L’évolution des relations sociales à l’âge mûr

Il est difficile de parler de façon générale des relations à l’âge mûr, non seulement parce que cette période s’étend sur un quart de siècle, mais aussi parce qu’elle couvre, plus que jamais, une multiplicité croissante de trajectoires de vie. Il n’en demeure pas moins que les relations interpersonnelles restent importantes pour la majorité des adultes d’âge mûr, mais parfois d’une façon différente que lorsqu’ils étaient plus jeunes.

### 12.5.1 La théorie du convoi social

La **théorie du convoi social** soutient que les gens évoluent dans la vie à l’intérieur de convois sociaux, c’est-à-dire de cercles d’amis proches et de membres de la famille plus ou moins intimes sur lesquels ils peuvent compter pour recevoir de l’aide et

#### Théorie du convoi social

Selon Kahn et Antonucci, théorie qui stipule que, dans leur vie, les gens évoluent à l’intérieur de cercles concentriques délimitant des degrés variés de relations intimes auxquelles ils réfèrent pour obtenir assistance, réconfort et soutien social.



du soutien, et auxquels ils donnent en retour assistance et sollicitude (Antonucci et Akiyama, 1997; Kahn et Antonucci, 1980). Les caractéristiques individuelles (âge, sexe, religion, éducation, état civil et origine ethnique) et la situation de la personne (événements de vie, soucis quotidiens et financiers, etc.) influencent l'importance et la composition de ce convoi, aussi appelé **réseau de soutien**. Ces caractéristiques influencent également la quantité et la qualité du soutien social obtenu ainsi que la satisfaction que la personne en retire. De plus, la qualité de ce réseau constitue un facteur de bien-être et de santé mentale (Antonucci, Akiyama et Merline, 2001). Ce réseau demeure relativement stable dans le temps, mais sa composition peut changer. À certains moments de la vie, par exemple, les rapports avec la fratrie peuvent devenir très importants, alors qu'à d'autres moments, ce sont les liens avec les amis qui peuvent le devenir davantage. Les femmes ont en général un réseau de soutien beaucoup plus grand que celui des hommes, particulièrement en ce qui concerne le cercle intime (Antonucci et Akiyama, 1997). Dans les pays industrialisés, ce sont les gens d'âge mûr qui ont tendance à avoir les réseaux les plus larges, parce que beaucoup d'entre eux sont mariés, ont des enfants, des parents ou des frères et sœurs encore vivants, et parce qu'ils font partie d'un milieu de travail, du moins jusqu'à leur retraite (Antonucci *et al.*, 2001).

## 12.5.2 La théorie de la sélectivité socioémotionnelle

La **théorie de la sélectivité socioémotionnelle** proposée par Laura Carstensen est, d'une certaine façon, complémentaire à la théorie du convoi social, dans le sens où elle tente d'expliquer comment les personnes sélectionnent ceux qui font partie de leur réseau social (Carstensen 1995, 1996; Carstensen, Isaacowitz et Charles, 1999). Selon Carstensen, l'interaction sociale vise trois buts principaux: premièrement, elle est une source d'information utile et précieuse; deuxièmement, elle aide les gens à développer et à maintenir leur concept de soi; et troisièmement, elle est une source de joie, de réconfort et de bien-être. Dans la petite enfance, le besoin de soutien affectif est prédominant. Puis, de l'enfance à la période de jeune adulte, la recherche d'informations culmine. En effet, la personne éprouve alors le besoin de comprendre le fonctionnement de la société et la place qu'elle y occupe, ce qui peut l'amener à créer des liens, particulièrement avec des étrangers. À l'âge mûr, même si la recherche d'informations demeure importante, les gens reviennent néanmoins à la fonction de régulation émotionnelle des contacts sociaux, c'est-à-dire qu'ils recherchent principalement la compagnie de personnes avec lesquelles ils se sentent bien (Fung, Carstensen et Lang, 2001).

Les recherches visant à valider cette théorie de la sélectivité socioémotionnelle ont montré que les personnes d'âge mûr et les personnes plus âgées attachent une importance plus grande que les plus jeunes à l'**affinité émotionnelle**, c'est-à-dire la ressemblance ou la complémentarité dans l'expression des émotions (Carstensen *et al.*, 1999). Les relations interpersonnelles représentent le facteur de bien-être le plus important puisqu'elles pourraient être une source majeure de satisfaction et de santé physique et mentale (Markus *et al.*, 2004; Lachman, 2004). En effet, avoir un conjoint et être en bonne santé sont les principaux facteurs de bien-être chez les femmes dans la cinquantaine, selon deux études américaines effectuées à la grandeur du pays. Le fait d'avoir ou non des enfants semble faire peu de différence. Les mères qui sont seules, divorcées ou veuves sont les moins heureuses, les plus isolées et les plus en proie à la dépression (Koropeckyj-Cox, Pienta et Brown, 2007).

Toutefois, les relations interpersonnelles de l'âge mûr peuvent parfois représenter une source de stress supplémentaire, particulièrement pour les femmes (Lachman, 2004). En effet, leur sens des responsabilités et leur préoccupation à l'égard d'autrui peuvent les amener à être plus facilement affectées par les problèmes qui touchent leurs proches, que ce soit le conjoint, les enfants, les parents, les amis, les compagnons et compagnes de travail, etc. Ce stress indirect pourrait expliquer pourquoi

### Réseau de soutien

Concept utilisé dans la théorie du convoi social pour référer à un groupe de gens familiers qui serviront de référence et de soutien à une personne.



### Les relations sociales à l'âge mûr

Un réseau de soutien de qualité est un facteur de bien-être à l'âge mûr. En général, les femmes tendent à avoir un réseau de soutien plus important que les hommes, particulièrement sur le plan des relations intimes.

### Théorie de la sélectivité socioémotionnelle

Selon Carstensen, théorie qui décrit la façon dont les gens choisissent leur réseau de soutien social en fonction de trois critères principaux: la recherche d'informations, le maintien de l'identité, ainsi que le plaisir et le réconfort.

### Affinité émotionnelle

Ressemblance et complémentarité dans l'expression des émotions. Les personnes qui possèdent des affinités émotionnelles sont donc des personnes qui s'entendent bien entre elles ou qui partagent les mêmes intérêts.

les femmes d'âge mûr sont plus susceptibles de souffrir de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale et pourquoi elles tendent à être moins satisfaites de leur mariage que les hommes (Antonucci et Akiyama, 1997; Thomas, 1997).

### 12.5.3 Les relations de couple

Lorsque l'espérance de vie était plus courte, il était rare que des couples restent ensemble plus de 25, 30 ou 40 ans. Généralement, le mariage prenait fin à la mort de l'un des deux conjoints et le survivant pouvait alors éventuellement se remarier. Par ailleurs, les gens avaient plusieurs enfants qui, habituellement, ne quittaient la maison familiale qu'au moment de leur mariage. Les conjoints d'âge mûr demeuraient donc peu longtemps seuls l'un avec l'autre. Aujourd'hui, non seulement on dénombre plus de mariages finissant par un divorce, mais les couples qui restent ensemble ont encore souvent plus de vingt années de vie commune devant eux après le départ des enfants. Qu'en est-il alors de leur satisfaction conjugale ?



#### La satisfaction conjugale

On observe souvent une hausse du bonheur conjugal au moment où les responsabilités parentales et professionnelles diminuent.

#### La satisfaction conjugale

Selon l'analyse de deux études portant sur 8929 hommes et femmes dans leur premier mariage, la courbe de satisfaction conjugale prend la forme d'un *U*. Durant les 20 à 24 premières années de mariage, plus le couple est marié depuis longtemps et plus la satisfaction tend à diminuer. Celle-ci atteint son plus bas niveau au début de l'âge mûr. Puis, la relation entre la satisfaction conjugale et la durée du mariage commence alors à redevenir positive. Après 35 à 44 ans de mariage, le couple tend ainsi à être plus satisfait que durant les quatre premières années. Les tensions liées aux engagements familiaux, financiers et professionnels ne sont pas étrangères à cette baisse, puisque les années durant lesquelles la satisfaction conjugale décline sont aussi celles durant lesquelles les responsabilités parentales et professionnelles sont les plus élevées. Après le départ des enfants, on note souvent une hausse du bonheur conjugal, généralement au moment où plusieurs adultes prennent leur retraite et où leurs obligations financières diminuent (Orbuch *et al.*, 1996).

Par ailleurs, la satisfaction sexuelle est un facteur déterminant dans la stabilité et la satisfaction conjugale. Comme le démontre une étude longitudinale portant sur 283 couples mariés, les hommes et les femmes satisfaits de leur vie sexuelle ont en effet également tendance à être satisfaits de leur mariage, ce qui en prolonge la durée (Yeh *et al.*, 2006).

En ce qui concerne les couples de même sexe, on ne dispose que de très peu de recherches sur l'évolution de leurs relations à l'âge mûr, étant donné le caractère assez récent de leur reconnaissance sociale. Ces personnes appartiennent en effet à une génération où l'homosexualité était assimilée à la maladie mentale. Plusieurs d'entre elles n'ont fait leur *coming-out* qu'à l'âge adulte et vivent ouvertement en couple pour la première fois. Le fait que ces personnes aient intériorisé ou non les attitudes homophobes présentes dans la société semble affecter la qualité de leurs relations. Ainsi, les gais ou les lesbiennes qui ont intériorisé une vision négative de l'homosexualité sont plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression, sans doute parce que leur concept de soi est touché par cette perception négative, ce qui affecte leurs relations (Frost et Meyer, 2009). Les hommes qui ne font leur *coming-out* qu'à l'âge mûr sont souvent aux prises avec une quête d'identité marquée par la culpabilité et le secret. Ils se sont souvent engagés dans une relation de couple hétérosexuelle et vivent des relations conflictuelles avec les deux sexes.

#### Le divorce à l'âge mûr

Même si le divorce à l'âge mûr est plus fréquent qu'autrefois, la séparation peut toujours être traumatisante (Blieszner et Roberto, 2006). Le divorce est associé, pour les deux sexes, à un risque élevé de problèmes de santé, peut-être dû au niveau élevé de stress engendré par cette situation (Hughes et Waite, 2009).

Les mariages établis depuis longtemps sont moins susceptibles d'être rompus que ceux qui sont plus récents, parce que les membres du couple ont construit ensemble un capital conjugal fondé sur les bénéfiques affectifs et financiers liés au mariage et parce qu'il est difficile de le briser (Becker, 1991 ; Jones, Tepperman et Wilson, 1995).

Néanmoins, il semble que les couples aient tendance à divorcer à un âge plus avancé qu'autrefois. En effet, selon Statistique Canada, l'âge moyen des Canadiens divorcés a augmenté depuis 1980 et se situait, en 2008, à 44,5 ans pour les hommes et à 41,9 ans pour les femmes (Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2013). Lorsqu'il survient à l'âge mûr, que les personnes ont vécu ensemble pendant plusieurs années et qu'elles ont présumé que leur vie était établie, le divorce peut alors être vécu comme étant un événement traumatisant. Les personnes qui divorcent dans la quarantaine, la cinquantaine ou la soixantaine décrivent cette expérience comme étant plus dévastatrice émotionnellement que la perte d'un emploi. Elle leur causerait autant de dommages qu'une maladie grave, mais serait tout de même moins dommageable que le décès du conjoint. Cette situation semble particulièrement difficile pour les femmes qui, à tout âge, sont plus affectées par un divorce que les hommes (Montenegro, 2004). De plus, les adultes d'âge mûr divorcés, principalement les femmes, qui ne se remarient pas tendent à connaître plus d'insécurité financière : ces dernières peuvent être obligées de se trouver un emploi pour la première fois de leur vie (Wilmoth et Koso, 2002 ; Huyck, 1999). Ce sont les personnes dans la cinquantaine qui vivent le plus de difficultés lorsqu'elles divorcent, peut-être parce qu'elles craignent de ne pas pouvoir se remarier et parce qu'elles se sentent plus concernées par leur avenir que celles qui divorcent à un âge plus avancé (Montenegro, 2004). Malgré tout, le divorce pourrait représenter une moins grande menace au bien-être à l'âge mûr qu'au début de l'âge adulte. Une importante étude longitudinale américaine portant sur 6948 jeunes adultes et adultes d'âge mûr a ainsi fait ressortir que les adultes d'âge mûr démontraient une meilleure adaptabilité que les plus jeunes relativement au divorce et à la séparation (Marks et Lambert, 1998). Leur maturité plus grande et leur expertise pour composer avec les problèmes de la vie constituent certainement un avantage leur permettant de faire face à la perte de leur partenaire. Enfin, le divorce à l'âge mûr peut même être vécu comme une sorte de libération si les conjoints constatent, une fois les enfants partis de la maison, que le mariage ne leur offre plus l'espace nécessaire à leur épanouissement personnel (Aldwin et Levenson, 2001).

### 12.5.4 L'amitié

Comme le prédit la théorie de la sélectivité socioémotionnelle de Carstensen, le réseau social des personnes d'âge mûr a tendance à devenir plus petit et plus intimiste qu'avant. Toutefois, les amitiés persistent, et elles sont une source importante de soutien affectif et de bien-être, particulièrement pour les femmes (Antonucci *et al.*, 2001). Les baby-boomers ont en moyenne sept bons amis dans leur entourage (Blieszner et Roberto, 2006). Ces amitiés durables tournent souvent autour du travail et du rôle parental, mais elles peuvent provenir également du voisinage ou de la participation à diverses associations. La qualité des amitiés à l'âge mûr l'emporte par ailleurs souvent sur la quantité. Ainsi, lorsque les personnes de cet âge doivent affronter des problèmes émotionnels difficiles, comme un divorce ou la maladie d'un parent vieillissant, elles se tournent vers leurs amis pour en parler et obtenir du soutien affectif, du réconfort, des conseils pratiques et de la compagnie (Hartup et Stevens, 1999 ; Antonucci *et al.*, 2001). La qualité de ces amitiés peut également avoir une incidence sur la santé, tout comme le manque d'amis. Ainsi, la solitude est un prédicteur de l'hypertension, même si les autres variables telles que l'âge, le genre, l'origine ethnique et les facteurs de risques cardiovasculaires sont prises en compte (Hawkey *et al.*, 2010). Par ailleurs, les amitiés sont parfois source de stress. Les conflits dans les relations



#### L'importance de l'amitié

L'amitié est une source importante de soutien affectif, particulièrement pour les femmes.

amicales surgissent souvent à propos de différences de valeurs, de croyances ou de style de vie, mais, habituellement, les personnes sont capables d'en parler et de maintenir la relation (Hartup et Stevens, 1999).

### 12.5.5 Les relations familiales



À l'âge mûr, si un nombre croissant de parents en sont encore à chercher une bonne garderie ou une bonne école primaire, beaucoup sont aux prises avec des adolescents qui s'apprêtent à quitter le nid familial, comme c'est le cas pour Denis et Suzanne dans la mise en situation. À partir du moment où les enfants deviennent adultes et où ils ont leurs propres enfants, la famille intergénérationnelle devient alors plus nombreuse et ses interactions, plus complexes. Par ailleurs, un nombre croissant d'adultes d'âge mûr doivent composer avec des enfants déjà adultes qui continuent de vivre sous le toit familial ou qui, comme nous le verrons plus loin, le réintègrent. La diversité et la complexité des familles actuelles obligent donc les parents d'âge mûr à s'adapter à nombre d'événements non normatifs. Toutefois, leur bien-être demeure lié au devenir de leurs enfants (Allen, Blieszner et Roberto, 2000). Heureusement, les relations parents-enfants s'améliorent habituellement avec l'âge (Blieszner et Roberto, 2006).

#### La vie avec les enfants adolescents



Fréquemment, lorsque les parents atteignent la transition de la quarantaine, leurs enfants entament celle de l'adolescence. Or, cette coïncidence, sous un même toit, de deux phases de transition majeures peut devenir une source de tension familiale importante. En plus d'avoir à composer avec leurs propres changements, les parents doivent en effet accompagner quotidiennement leurs enfants, qui subissent des transformations physiques, affectives et sociales importantes, comme c'est le cas pour le fils de Denis et Suzanne dans la mise en situation.

Même si les recherches ont invalidé l'ancien stéréotype qui voyait l'adolescence comme étant une crise de rébellion majeure et inévitable, un certain rejet de l'autorité parentale est néanmoins nécessaire aux adolescents (*voir le chapitre 10*). Les parents doivent donc apprendre à lâcher prise et à accepter que leurs enfants sont comme ils sont, et non comme ils voudraient qu'ils soient. Les tenants de diverses perspectives théoriques ont présenté cette période comme étant une phase de questionnement, de réévaluation ou de diminution du bien-être pour les parents. Toutefois, cette situation est loin d'être inévitable. Ainsi, une étude portant sur 129 familles biparentales ayant pour premier enfant un fils ou une fille âgée de 10 à 15 ans montre que les pères occupant un emploi de col blanc ou de professionnel manifestent une satisfaction, voire une fierté croissante, envers leur enfant devenu adolescent. Toutefois, pour la plupart des parents, les changements normatifs liés à l'adolescence sont à la fois une source d'émotions positives et négatives. C'est particulièrement vrai pour les mères de jeunes adolescentes avec lesquelles les relations sont le plus ambivalentes, passant de l'intimité au conflit (Silverberg, 1996). Une étude longitudinale portant sur 191 familles ayant un enfant au stade de l'adolescence a montré que les parents avaient alors tendance à compenser le manque d'acceptation et de cordialité dans les relations mère-fils ou père-fille en s'investissant davantage dans leur travail (Fortner, Crouter et McHale, 2004).

#### Le nid vide et l'évolution des relations parents-enfants

##### Syndrome du nid vide

Phase transitionnelle vécue par les parents après le départ de la maison du dernier enfant.

Le **syndrome du nid vide** désigne la phase de transition vécue par les parents après le départ de la maison du dernier enfant. À ce propos, les recherches vont, une fois de plus, à l'encontre des idées reçues qui veulent que cette transition soit particulièrement difficile pour les femmes. En effet, si quelques femmes particulièrement investies dans la maternité peuvent vivre difficilement le départ de leurs enfants, la plupart d'entre elles le ressentent comme une libération (Antonucci *et al.*, 2001; Antonucci et Akiyama, 1997). Il semble même que, pour la grande majorité des parents, le départ des enfants ne soit pas vécu comme un événement très déstabilisant.

Par contre, cette transition peut être plus difficile lorsque les enfants vivent des problèmes, puisque les parents continuent généralement à leur fournir de l'aide tant matérielle que financière (Fingerman *et al.*, 2009). Il n'est donc pas surprenant que ces parents puissent se sentir déchirés entre leur désir de voir leurs enfants devenir indépendants et celui de s'interposer et d'aider. Les hommes, en particulier, semblent plus affectés par les succès ou les revers de leurs enfants (Birditt, Fingerman et Zarit, 2010).

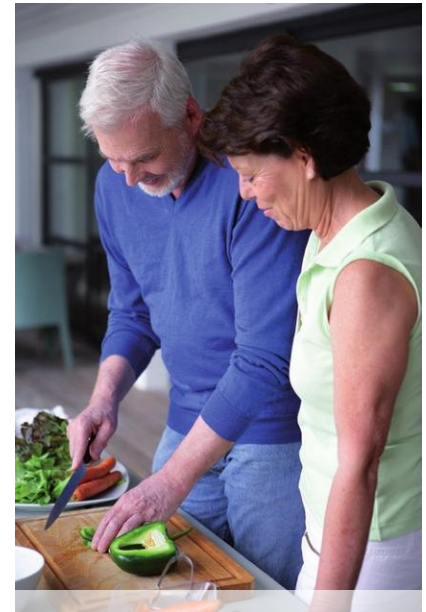
Les effets du nid vide sur la relation conjugale dépendent de sa qualité et de sa durée. Si la relation est bonne, le départ des enfants peut donner lieu à une seconde « lune de miel ». Généralement, le départ des enfants augmente la satisfaction conjugale, peut-être parce qu'il permet aux conjoints de passer plus de temps ensemble (Gorhoff, John et Helson, 2008). Le nid vide peut être plus difficile à accepter pour les couples dont l'identité dépend de leur rôle parental ou pour ceux qui ont occulté leurs problèmes conjugaux sous la pression des responsabilités familiales (Antonucci *et al.*, 2001).

Cependant, le nid vide ne signifie pas la fin des relations entre parents et enfants. En effet, à l'âge mûr, la relation entre les parents et leurs enfants adultes exige de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements de la part des deux générations. Les parents continuent généralement à fournir plus de soutien à leurs enfants qu'ils n'en reçoivent, les enfants établissant alors leur carrière et fondant leur famille (Antonucci *et al.*, 2001). L'aide la plus grande est donnée aux enfants qui en ont le plus besoin, soit à ceux qui sont célibataires ou qui se trouvent à la tête d'une famille monoparentale (Blieszner et Roberto, 2006). En même temps, les problèmes des enfants adultes réduisent le bien-être de leurs parents (Greenfield et Marks, 2006). Certains parents peuvent même éprouver de la difficulté à traiter leurs enfants comme des adultes, alors que plusieurs jeunes adultes acceptent mal le fait que leurs parents continuent à s'occuper d'eux, ce qui peut devenir une source de conflits. Les études tendent toutefois à démontrer que la majorité des relations entre les jeunes adultes et leurs parents d'âge mûr sont assez agréables.

Par ailleurs, ces relations prennent des formes variées : 25 % des familles intergénérationnelles présentent ainsi des liens géographiques et émotionnels très serrés. Leurs membres ont des contacts fréquents et se fournissent mutuellement aide et soutien. On relève le fait que 25 % des familles sont sociables, ce qui signifie que les membres se fréquentent, mais que leurs relations comportent moins d'implication et d'affinité émotionnelle. Environ 16 % d'entre elles entretiennent des relations formelles, avec beaucoup d'interactions, mais peu d'attachement affectif. Enfin, 17 % sont complètement détachées géographiquement et émotionnellement. Il existe également une catégorie mitoyenne, qui regroupe ceux qui sont intimes, mais géographiquement distants (16 % des familles intergénérationnelles). Ces derniers se voient peu souvent, mais entretiennent néanmoins des sentiments chaleureux qui peuvent éventuellement mener à un renouveau dans le contact et les échanges. Enfin, les jeunes adultes semblent entretenir des rapports plus intimes avec leur mère qu'avec leur père (Bengtson, 2001).

### Le phénomène boomerang

Depuis les années 80, dans la plupart des pays occidentaux, de plus en plus de jeunes adultes restent chez leurs parents jusqu'à l'âge de 20 ans et au-delà, comme nous l'avons vu dans le chapitre 11. Pour plusieurs jeunes adultes, l'insertion sociale est vécue comme une transition très difficile et c'est pourquoi beaucoup retardent leur départ de la maison ou y reviennent pour des raisons diverses. Ainsi, un nouveau syndrome, appelé **phénomène boomerang** ou **syndrome de la porte tournante**, est de plus en plus présent. Ce phénomène réfère au retour à la maison des enfants adultes, surtout de sexe masculin, dans les périodes de difficultés financières, affectives ou autres (Blieszner et Roberto, 2006). Certains reviennent même plusieurs fois ou reviennent parfois avec leur propre famille.



#### Le départ des enfants

Le départ des enfants permet aux conjoints de passer plus de temps ensemble.

#### Phénomène boomerang ou syndrome de la porte tournante

Tendance notée chez les jeunes adultes à retourner chez leurs parents dans des périodes de difficultés financières, affectives ou autres.

Le phénomène est beaucoup plus répandu qu'on pourrait le croire. En effet, selon le recensement de 2011, 42,3 % des jeunes adultes canadiens âgés de 20 à 29 ans vivaient toujours avec leurs parents ou l'un d'eux, ou seraient retournés au domicile parental après l'avoir quitté momentanément, souvent pour poursuivre leurs études. L'âge de ces jeunes adultes est un facteur important, puisque sur l'ensemble des jeunes adultes vivant avec leurs parents, 59,3 % sont dans la tranche des 20 à 24 ans et seulement 25,2 % dans la tranche des 25 à 29 ans. Ce sont surtout les jeunes hommes dans la vingtaine (63,3 %) qui vivent dans la maison familiale, comparativement aux jeunes femmes (55,2 %) (Statistique Canada, 2011).

Beaucoup de parents qui s'étaient pourtant préparés à vivre le syndrome du nid vide se retrouvent ainsi confrontés de nouveau à des enfants adultes dont les besoins ne sont plus les mêmes que lorsqu'ils étaient enfants. Des conflits territoriaux, de besoins ou de rôles peuvent survenir, surtout lorsque le jeune adulte a déjà vécu en dehors du foyer familial, ce qui peut alors être une source importante de stress familial (Antonucci *et al.*, 2001). Les relations semblent plus faciles lorsque le jeune adulte travaille et se prend en charge (Belsky *et al.*, 2003), ou lorsque son retour est motivé par un désir d'autonomie (par exemple, un retour aux études), l'autonomie étant un signe de réussite parentale (Antonucci *et al.*, 2001). Le scénario de tension à l'égard des enfants qui ne partent plus ou qui reviennent n'est toutefois pas universel, et la bonne entente entre parents et enfants adultes dépend vraisemblablement de plusieurs facteurs : statut socioéconomique, âge des parents et des enfants adultes, compatibilité des caractères, facteurs culturels, etc. La cohabitation avec des enfants adultes peut aussi être vue comme étant une expression de la solidarité familiale. Ainsi, la transition liée au nid vide est surtout vue comme un processus plus ou moins long de séparation plutôt qu'une rupture brutale (Putney et Bengtson, 2001).

### Le rôle de grand-parent



#### Le rôle de grand-parent

Les grands-parents pratiquent diverses activités avec leurs petits-enfants. Ils servent aussi de confidents et transmettent l'histoire et les valeurs familiales ainsi que les traditions et les valeurs sociales.

Le départ des enfants adultes conduit souvent les personnes d'âge mûr à vivre un autre événement important : la naissance de leurs petits-enfants. C'est surtout durant la quarantaine ou tôt dans la cinquantaine, et généralement durant la période du nid vide, que les couples canadiens deviennent grands-parents (Institut Vanier de la famille, 2007). Il arrive néanmoins que certaines personnes assument ce nouveau rôle tout en étant encore parents à temps plein. En effet, la prolongation de la longévité les maintient souvent dans ce rôle pour plusieurs décennies. Quant aux femmes, dont l'espérance de vie dépasse celle des hommes, plusieurs d'entre elles deviennent aussi arrière-grands-mères, ce qui fait de la famille un clan comptant quatre générations. Les grands-parents qui ont de fréquents contacts avec leurs petits-enfants se sentent généralement bien dans leur rôle et lui accordent une grande importance (Reitzes et Mutran, 2004). En général, les grands-mères vivent des relations plus étroites, plus fréquentes et plus affectueuses avec leurs petits-enfants (et surtout leurs petites-filles) que les grands-pères (Putney et Bengtson, 2001).

Le rôle de grand-parent diffère aujourd'hui de ce qu'il était autrefois. Dans les sociétés industrialisées où règne la famille nucléaire, les grands-parents n'habitent généralement pas avec leurs petits-enfants. Leur rôle est alors moins immédiat qu'il peut l'être dans les sociétés où l'enfant est élevé dans une famille étendue où plusieurs générations cohabitent, comme c'est encore le cas en Amérique latine ou en Asie. Les grands-parents actuels doivent donc trouver un juste et difficile équilibre entre le désir de donner de l'aide et de l'attention, et celui de ne pas interférer dans la vie familiale de leurs enfants adultes. Même si leur rôle est relativement limité, il est néanmoins important dans la dynamique familiale. Plusieurs d'entre eux entretiennent tout de même des liens affectifs très serrés avec leurs petits-enfants, avec lesquels ils peuvent pratiquer diverses activités.

Les grands-parents sont aussi des pourvoyeurs de ressources matérielles et non matérielles. Ils subviennent indirectement aux besoins de leurs petits-enfants en offrant du soutien affectif ou matériel à leurs enfants, réduisant par le fait même le stress familial. Ils transmettent également l'histoire et les valeurs familiales, les traditions et les valeurs sociales, en plus de servir de confidents (Institut Vanier de la famille, 2007).

Plusieurs grands-parents deviennent des parents par défaut, surtout lorsque les parents ne peuvent s'occuper de leurs enfants, pour diverses raisons telles que la toxicomanie, une grossesse précoce, la maladie, le divorce ou le décès (Blieszner et Roberto, 2006). Aux États-Unis, 1 grand-parent sur 10 élève un petit-enfant (Livingston et Parker, 2010). Au Canada, le nombre de petits-enfants habitant avec leurs grands-parents a lui aussi augmenté depuis les années 80. Ainsi, lors du recensement de 2011, il y avait 27 485 jeunes âgés de 0 à 19 ans qui habitaient avec un couple de grands-parents et 20 570 avec un seul des grands-parents (Statistique Canada, 2011). Cette situation extrême peut occasionner des problèmes physiques, émotionnels et financiers chez la personne d'âge mûr, l'obligeant parfois à quitter son emploi ou à modifier ses plans d'avenir (Blieszner et Roberto, 2006).

Par ailleurs, à la suite d'un divorce des parents ou d'un remariage, les relations entre les grands-parents et leurs petits-enfants peuvent devenir plus difficiles et même se rompre. Ce sont particulièrement les grands-parents paternels qui voient les relations avec leurs petits-enfants diminuer, alors que les grands-parents maternels sont plus susceptibles de les voir se multiplier si leur fille obtient la garde des enfants. À cette occasion, certains grands-parents peuvent donc vivre un véritable deuil. C'est la raison pour laquelle des groupes de défense des droits des grands-parents ont été créés au Canada, dont l'Association des grands-parents du Québec, créée en 1990, dont le but est de renforcer les liens entre les grands-parents et leurs petits-enfants.



#### Quatre générations de femmes

La prolongation de la longévité maintient les adultes d'âge mûr de plus en plus longtemps dans leur rôle de grands-parents. C'est particulièrement le cas des femmes, dont l'espérance de vie dépasse celle des hommes. Plusieurs d'entre elles deviendront ainsi arrière-grands-mères.

### 12.5.6 Les relations avec les parents vieillissants

L'importance des liens avec la famille d'origine a généralement tendance à diminuer chez le jeune adulte, souvent plus préoccupé par son travail et par son désir de fonder une famille. À l'âge mûr, toutefois, ces relations se resserrent de nouveau pour prendre une nouvelle forme. Ainsi, en plus d'endosser leurs nouveaux rôles de grands-parents, les personnes parvenues au mitan de leur vie doivent fréquemment fournir aide et soutien à leurs propres parents vieillissants.

Au mitan de la vie, les relations avec les parents vieillissants se modifient de manière radicale, quoique graduellement. Plusieurs adultes d'âge mûr perçoivent en effet désormais leurs parents de façon plus objective, c'est-à-dire comme des personnes ayant leurs forces et leurs faiblesses. Rapidement, ils peuvent aussi en arriver à les voir comme des personnes âgées dont il va falloir prendre soin. Même s'ils n'habitent pas à proximité les uns des autres, les adultes d'âge mûr et leurs parents entretiennent généralement des relations affectueuses, basées sur de fréquents contacts, une aide mutuelle et un fort sentiment d'attachement, particulièrement entre les filles et leur mère (Fingerman et Dolbin-MacNab, 2006). Ces relations positives contribuent au sentiment de bien-être psychologique des personnes d'âge mûr (Blieszner et Roberto, 2006). Les parents de personnes d'âge mûr continuent aussi la plupart du temps de fournir de l'aide à leurs enfants, et ce, jusque tard dans la vie, notamment lorsque ceux-ci traversent une crise (Bengtson, 2001; Fingerman et Dolbin-MacNab, 2006). Cependant, même si la plupart des parents âgés restent physiquement en forme et indépendants, certains d'entre eux recherchent aussi auprès de leurs enfants d'âge mûr de l'aide financière et de l'assistance pour prendre des décisions ou assumer certaines tâches quotidiennes.



#### La relation mère-fille

Les relations entre les mères âgées et leurs filles d'âge mûr tendent généralement à être particulièrement étroites.

### Stade de la maturité filiale

Selon Marcoen et ses collaborateurs, stade de développement durant lequel les enfants qui accèdent à l'âge mûr apprennent à tenir compte des besoins de dépendance de leurs parents et deviennent des aidants naturels auprès de leurs propres parents.

### Crise filiale

Selon Marcoen, concept qui stipule l'existence d'un stade normatif à l'âge mûr, dans lequel les adultes apprennent à trouver un juste équilibre entre leur devoir et leur affection à l'égard de leurs parents vieillissants, et établissent une relation d'échange réciproque.

### Proche aidant

Personne qui donne de l'aide et procure des soins constants et non rémunérés à un membre de sa famille ou à un proche dans le besoin, en raison de son état de santé physique ou mental.

En effet, il peut arriver que les rôles s'inversent à cette période de la vie, le parent vieillissant devenant, surtout après le décès de son conjoint, celui qui a désormais besoin de l'aide de ses enfants (Antonucci, 2001). C'est pourquoi, avec l'allongement du cycle de la vie, certains psychologues du développement ont proposé d'ajouter un stade de développement à l'âge mûr, appelé **stade de la maturité filiale** (Marcoen, 1995). Ce stade surviendrait lorsque les personnes d'âge mûr apprennent à accepter les besoins de dépendance de leurs parents et à y faire face. Ce stade normatif est vu comme étant l'issue la plus saine d'une **crise filiale** dans laquelle l'adulte a appris à trouver un juste équilibre entre son affection et son devoir envers ses parents d'un côté, et son autonomie personnelle de l'autre, en établissant avec ses parents une relation d'échange et de réciprocité. La plupart des personnes d'âge mûr acceptent volontiers ces nouvelles obligations envers leurs parents (Antonucci *et al.*, 2001). Cependant, les relations familiales peuvent aussi être complexes, surtout lorsque les enfants d'âge mûr ont des ressources émotionnelles et financières limitées et qu'ils doivent répondre à leurs propres besoins, à ceux de leurs parents vieillissants et, parfois, de leurs propres enfants. C'est pourquoi les membres de cette génération ont déjà été appelés la « génération sandwich » : ils peuvent être pris comme dans un étau entre ces différents besoins et leurs ressources limitées en temps, en argent et en énergie.

En assumant ce rôle, la personne d'âge mûr peut ainsi être amenée à endosser le rôle de **proche aidant** et à offrir de l'aide et des soins à des membres de sa famille ou à des amis dans le besoin. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) – Vieillesse en santé menée en 2008-2009, environ 3,8 millions de Canadiens âgés de 45 ans et plus prodiguaient des soins informels à une personne âgée. Sur ce nombre, les femmes représentaient un peu plus de la moitié des aidants, soit 57 %. Près des trois quarts des aidants, soit 73 %, avaient de 45 à 64 ans (Turner et Findlay, 2012). Cette situation n'est pas propre au Canada, puisqu'on la retrouve partout dans le monde, où ce sont les femmes qui procurent le plus de soins, et particulièrement à leur mère malade lorsque celle-ci est veuve ou séparée (Antonucci *et al.*, 2001 ; Pinquart et Sörensen, 2006). Les fils peuvent également procurer de l'aide, mais ils sont moins susceptibles de donner des soins personnels (Blieszner et Roberto, 2006).

Bien que le fait de prodiguer des soins puisse être en soi très valorisant, il n'en demeure pas moins que les aidants naturels n'ont d'autre choix que d'intégrer la prestation de soins à leurs propres activités quotidiennes que constitue la vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale. Or, il peut être particulièrement difficile pour une femme qui occupe un emploi rémunéré d'assumer cette charge : en effet, elle peut vivre un stress financier supplémentaire si elle doit réduire ses heures de travail ou quitter son emploi pour s'acquitter de ses obligations d'aidante (Schultz et Martire, 2004). La prise en charge d'un parent âgé engendre donc de nombreux changements dans la vie du proche aidant. En fonction de la lourdeur de la tâche, ses différents microsystèmes (famille, emploi) sont affectés sur les plans physique et psychologique (fatigue, stress, anxiété, culpabilité, colère, troubles du sommeil, etc.) (Institut de gérontologie sociale du Québec, 2004). Les proches aidants rapportent une diminution de la satisfaction conjugale, une plus grande inégalité au sein du couple et davantage d'hostilité. De plus, les femmes aidantes présenteraient plus de symptômes dépressifs et de risques de dépression (Bookwala, 2009). La situation serait plus critique chez ceux qui aident une personne atteinte d'une démence, telle que la maladie d'Alzheimer : en plus des soins quotidiens, les personnes malades exigent en effet une surveillance constante, car elles peuvent être incontinentes, agitées ou déprimées, sujettes aux hallucinations et dangereuses pour elles-mêmes comme pour les autres. Consacrer de longues heures à une personne qui ne vous reconnaît parfois même plus peut ainsi représenter une tâche particulièrement éprouvante pour l'aidant, qui peut lui-même finir par tomber malade physiquement ou mentalement (Pinquart et Sörensen, 2007 ; Schultz et Martire,



2004). Parfois, le stress est si grand qu'il peut malheureusement conduire à de l'abus, à de la négligence et même à un abandon de la personne âgée, comme nous le verrons dans le chapitre 13.

Les proches aidants ont besoin d'avoir du répit et de pouvoir mener leur propre vie. Cependant, selon une vaste consultation menée en 2013 par le Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ), ces besoins de reconnaissance et d'aide ne sont pas satisfaits (RANQ, 2013). Toutefois, l'expérience peut aussi être très positive, en fonction des circonstances, du contexte et des attitudes de la personne aidante. En effet, si cette dernière aime profondément la personne malade, si elle croit à la continuité de la famille, si elle voit l'aide comme étant un défi à relever et si elle reçoit elle-même du soutien de la part de son entourage et de sa communauté, le rôle de proche aidant peut être une source d'épanouissement en lui permettant de développer sa compétence, sa compassion, sa connaissance de soi et son sens du dépassement (Bengtson, 2001 ; Climo et Stewart, 2003).



#### Être proche aidant

La chanteuse et actrice Chloé Sainte-Marie est devenue proche aidant auprès de son conjoint, le réalisateur Gilles Carle, atteint de la maladie de Parkinson. Elle s'est occupée de lui quotidiennement durant plusieurs années, jusqu'au décès de celui-ci en novembre 2009.



#### FAITES LE POINT

11. Expliquez en quoi le réseau de soutien des hommes diffère de celui des femmes à l'âge mûr.
12. Selon la théorie de la sélectivité socioémotionnelle, comment les personnes sélectionnent-elles les membres de leur réseau social ?
13. Quelles sont les conditions requises pour que le rôle de proche aidant soit perçu comme étant une expérience positive chez la personne aidante ?

## 12.6 Les préoccupations professionnelles

Traditionnellement, dans les sociétés industrialisées, la structure de la vie était basée sur les différences d'âge : les plus jeunes étudiaient, les jeunes adultes et les adultes d'âge mûr travaillaient, et les personnes plus âgées profitaient des loisirs de la retraite. Une telle structure correspond cependant de moins en moins à la réalité démographique et sociale actuelle, dans laquelle les différents rôles tendent à s'ouvrir de plus en plus aux adultes de tous âges (Czaja, 2006). Ainsi, parmi les adultes d'âge mûr, beaucoup travaillent et s'investissent grandement dans leurs activités productives, tandis que d'autres poursuivent leurs objectifs professionnels par un retour aux études.

### 12.6.1 Le travail

Le travail peut directement influencer le fonctionnement cognitif de l'individu. Les recherches suggèrent en effet que les personnes les plus flexibles intellectuellement ont tendance à occuper des emplois complexes et exigeants sur le plan cognitif et à y effectuer des tâches qui requièrent une pensée et un jugement indépendants. En retour, ce type d'emploi contribue à stimuler cette pensée plus flexible (Kohn, 1980). Ainsi, les personnes qui sont profondément engagées dans un travail complexe tendent à démontrer de meilleures performances cognitives que leurs pairs du même âge (Avolio et Sosik, 1999 ; Kohn et Schooler, 1983). Les adultes qui présentent un degré élevé d'ouverture aux expériences, une variable de la personnalité qui a une incidence sur la façon de penser, sont plus susceptibles de maintenir un degré élevé de performance cognitive (Sharp *et al.*, 2010). Ceci est également vrai pour les personnes qui effectuent des tâches complexes à la maison, comme planifier le budget ou effectuer des réparations compliquées (Caplan et Schooler, 2006). Qu'elle s'effectue en milieu de travail ou à la maison, toute tâche présentant un défi intellectuel important peut donc contribuer à maintenir ou à améliorer les habiletés cognitives.

C'est d'ailleurs ce qui semble se produire; les gains observés dans la plupart des habiletés cognitives des cohortes d'âge mûr ou d'âge plus avancé peuvent bien être le reflet des changements qui surviennent dans le monde du travail, où l'accent est mis de plus en plus sur l'autogestion, sur les équipes de travail multifonctionnelles, sur la décentralisation des prises de décision et sur le sens de l'initiative et la capacité d'adaptation (Avolio et Sosik, 1999).

Par ailleurs, plutôt que de poursuivre le même travail pendant 20 ans, la personne d'âge mûr peut vouloir chercher un meilleur équilibre entre ce qu'elle sait faire, ce qu'elle attend de son travail et ce qu'elle en retire. Elle peut aussi désirer se perfectionner dans un autre domaine et ouvrir son champ d'expérience. Cette remise en question peut survenir à la suite d'une perte d'emploi, qui oblige alors la personne à se chercher un autre travail, mais elle peut également résulter d'une prise de conscience qui l'amène à réévaluer sa situation. Il est vrai qu'une personne peut à tout moment au cours de sa vie active décider de changer d'emploi, mais l'âge mûr semble être une période particulièrement propice, en grande partie à cause des changements qui surviennent dans les responsabilités familiales et les besoins financiers. Ce scénario peut également traduire un besoin de générativité chez une personne qui a l'impression de stagner dans sa profession.

En outre, avant 1985, les gens envisageaient la possibilité de prendre leur retraite de plus en plus tôt, ce qui a d'ailleurs fait diminuer considérablement l'âge moyen de celle-ci. Or, nous verrons dans le chapitre 13 que, avec l'augmentation de l'espérance de vie, cette tendance est en pleine modification. En effet, à l'heure actuelle, les travailleurs en fin d'âge mûr préfèrent effectuer un retrait progressif, c'est-à-dire réduire graduellement leurs heures de travail, parfois pendant plusieurs années, plutôt que de cesser brutalement leur activité. Certains peuvent aussi choisir de changer d'employeur en fin de carrière, voire d'emploi (Czaja, 2006). Comment expliquer ces changements? Il semble que plusieurs personnes continuent de travailler pour maintenir leur santé physique et mentale, pour conserver les rôles personnels et sociaux associés à leur emploi, ou tout simplement parce qu'elles aiment les stimulations générées par leur travail. D'autres personnes sont obligées de continuer à travailler pour des raisons économiques et reportent ainsi le moment où elles prendront leur retraite, certaines déclarant même ne jamais pouvoir la prendre (Morin, 2009). Malheureusement, c'est aussi parfois la perte du travail et non le travail lui-même qui occasionne un lourd stress chez les personnes d'âge mûr, comme c'est le cas pour Denis dans la mise en situation. En effet, perdre son emploi peu de temps avant l'âge de la retraite constitue un événement particulièrement difficile, comme le montre l'encadré 12.2.



### 12.6.2 Le retour aux études

Puisque de plus en plus de personnes envisagent des changements de carrière génératifs à l'âge mûr, certaines d'entre elles, comme nous l'avons dit, peuvent effectuer un retour aux études. C'est la raison pour laquelle, dans les sociétés occidentales où les technologies avancées progressent à un rythme extrêmement rapide, la possibilité d'une formation continue est souvent essentielle. Les établissements scolaires ont donc ouvert des programmes de perfectionnement et ont planifié des horaires pouvant convenir à une clientèle adulte de plus en plus nombreuse.



Plusieurs raisons peuvent inciter les personnes d'âge mûr à retourner aux études. Certaines, comme Suzanne, le font par nécessité, afin de pouvoir s'adapter aux changements inhérents à leur profession.

D'autres visent plutôt une réorientation de carrière, et d'autres encore, surtout des femmes, font les premiers pas en vue d'une réinsertion dans le marché du travail

ENCADRÉ 12.2  APPROFONDISSEMENT**La perte d'emploi: un événement doublement stressant à l'âge mûr**

En 2012, le taux de chômage pour la population active au Canada était de 7,2 %, en baisse par rapport à 2009 où il était de 8,3 % à la suite de la récession de 2008-2009. Cependant, chez certains groupes, comme les autochtones (14,8 %) et les nouveaux immigrants (12,3 %), le taux de chômage était beaucoup plus élevé que la moyenne. Chez les personnes âgées de 55 à 64 ans, le taux était de 6,3 % en 2012, alors qu'il était de 8 % en 2009 (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013). Il faut cependant mentionner que ces chiffres ne tiennent pas compte des « chercheurs découragés », soit des personnes qui ne cherchent plus d'emploi parce qu'elles considèrent n'avoir aucune chance d'en retrouver un.

Toutefois, même si le taux de chômage a baissé, la perte d'un emploi reste toujours difficile pour les personnes concernées. À l'âge mûr, c'est souvent un événement dramatique, comme on peut le voir dans les bulletins de nouvelles des chaînes de télévision lorsque des fermetures d'entreprises sont annoncées. En effet, les personnes se sont souvent investies pendant de nombreuses années dans leur emploi et le perdre équivaut alors non seulement à perdre un gagne-pain, mais aussi à perdre un milieu de vie, un lieu d'appartenance, des amitiés et une activité pour laquelle elles avaient développé plusieurs compétences.

Si l'on applique les quatre caractéristiques associées au stress regroupées sous l'acronyme CINÉ par Sonia Lupien (2010) (voir la page 340 dans le chapitre 11), on peut mieux comprendre à quel point la perte d'emploi peut générer du stress chez la personne d'âge mûr. En effet, la personne n'a pas de **C**ontrôle sur cette situation qui est parfois



Imprévisible lorsque, par exemple, l'entreprise ferme brutalement ses portes ou se restructure. La personne se retrouve dans une situation entièrement **N**ouvelle pour elle où elle passe du statut de travailleur à celui de chômeur. Enfin, son **E**go est menacé, dans la mesure où la personne perd un peu de son identité en perdant son travail. Ainsi, les hommes, qui se définissent davantage en tant que soutien économique de leur famille, tout comme les travailleurs des deux sexes qui s'identifient fortement à leur travail, perdent plus qu'un chèque de paie : c'est toute une partie d'eux-mêmes et de leur estime de soi qui s'en va. Ils ont alors le sentiment de perdre un peu le contrôle de leur vie (Lachman et Firth, 2004).

L'impact psychologique de la perte d'emploi est généralement temporaire et se résorbe très rapidement si la personne se trouve un nouveau travail. Cependant, il est souvent plus difficile pour l'adulte d'âge mûr de trouver un travail équivalant à celui qui a été perdu, ce qui peut occasionner une baisse de revenus et avoir un impact négatif sur son estime de soi et, par extension, sur sa relation de couple et sur sa vie familiale.

Par ailleurs, la durée du chômage est généralement plus élevée pour cette catégorie d'employés. Ainsi, en 2012, on estimait la durée moyenne du chômage à 28,7 semaines pour les travailleurs de 55 à 64 ans, alors qu'elle était de 11,1 semaines pour ceux de 15 à 24 ans et de 22,6 semaines pour ceux de 25 à 54 ans (Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2013).

Or, plus la situation perdure, plus la personne voit son stress augmenter, avec toutes les conséquences qui peuvent en découler. Ainsi, la perte d'un emploi peut accroître les risques de tomber malade de 54 % à 83 %, et ce, même chez les personnes qui étaient au préalable en bonne santé (Strully, 2009).

après plusieurs années consacrées au foyer familial et à l'éducation des enfants. Quelles que soient les raisons pour lesquelles des adultes se retrouvent sur les bancs d'école, la plupart d'entre eux adoptent des attitudes assez différentes de celles des étudiants plus jeunes. Riches d'une expérience pratique du travail et de leurs responsabilités quotidiennes, ces personnes manifestent en effet un intérêt plus soutenu et des préoccupations plus concrètes à l'égard des connaissances qui leur sont offertes. Elles utilisent aussi leur expérience pour assimiler les nouvelles connaissances, ce qui les avantage par rapport aux plus jeunes (Czaja, 2006). Par contre, ces étudiants adultes sont aussi généralement plus anxieux, moins sûrs d'eux et plus inquiets de leurs performances lors des évaluations. Ils ont également des horaires assez chargés puisqu'ils doivent concilier en même temps les exigences de leur travail, celles de leur vie conjugale et familiale et celles de leurs études, ce qui peut leur procurer un stress supplémentaire important.



## FAITES LE POINT

14. Expliquez en quoi le travail peut directement influencer le fonctionnement cognitif de l'individu.
15. Décrivez en quoi l'attitude d'une personne d'âge mûr qui fait un retour aux études diffère de celle des étudiants plus jeunes.
16. Votre amie qui travaille dans un magasin d'aliments naturels se plaint d'être stressée et d'avoir des insomnies depuis que le magasin a une nouvelle gérante qui surveille sans cesse ses employées. En vous inspirant des travaux de S. Lupien, quel moyen pourriez-vous lui suggérer pour l'aider à mieux comprendre les causes de son stress ? Justifiez votre réponse.

## Résumé

### Le développement physique à l'âge mûr

- Les changements dans l'apparence et le fonctionnement du corps deviennent plus évidents à l'âge mûr.
- Chez la femme, des changements progressifs importants sur le plan hormonal entraînent la ménopause, qui peut s'accompagner de plusieurs symptômes physiques.
- Chez l'homme, l'andropause se traduit par une diminution progressive du niveau de testostérone.
- Malgré la possibilité de certaines difficultés, la sexualité demeure une source de satisfaction et d'épanouissement à l'âge mûr.
- Dans les pays industrialisés, les personnes d'âge mûr jouissent généralement d'une bonne santé. Toutefois, plusieurs maladies risquent davantage de les affecter, comme l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et le cancer.
- Même si l'hérédité joue un rôle dans l'apparition de plusieurs de ces maladies, les habitudes de vie et le stress demeurent des facteurs importants.
- Les exigences croissantes du monde du travail contribuent à l'augmentation du stress, qui peut affecter la santé physique et mentale et mener à l'épuisement professionnel.

### Le développement cognitif à l'âge mûr

- Les personnes d'âge mûr semblent être au sommet de leur développement cognitif. Selon Schaie, leurs habiletés intellectuelles ne présentent pas de baisse importante avant l'âge de 60 ans.
- Deux types d'intelligence sont significatifs à l'âge mûr : l'intelligence fluide, qui décline avec l'âge, et l'intelligence cristallisée, qui continue de se développer, au moins jusqu'à la fin de l'âge mûr.

- L'expertise, l'intégration et la résolution de problèmes sont des habiletés cognitives particulièrement présentes à l'âge mûr.
- La créativité, qui provient autant du travail que du talent, semble également atteindre un sommet à l'âge mûr.

### Le développement affectif et social à l'âge mûr

- Selon la théorie psychosociale d'Erikson, la personne d'âge mûr doit résoudre la crise de la *généralité* versus la *stagnation*. Si la crise est résolue, la personne développe de la sollicitude.
- Selon Whitbourne, pour maintenir son identité et s'adapter aux nouvelles expériences, la personne adulte utilise à la fois l'assimilation identitaire et l'accommodation identitaire, le mécanisme le plus utilisé déterminant son style d'identité.

### L'évolution des relations sociales à l'âge mûr

- La théorie du convoi social met l'accent sur le soutien et l'aide que la personne peut recevoir de ses proches et de ses amis. La qualité de ce réseau constitue un facteur de bien-être et de santé mentale pour la personne d'âge mûr.
- Pour la théorie de la sélectivité socioémotionnelle, les adultes utiliseraient trois critères pour choisir les membres de leur réseau social : la recherche d'informations, le maintien de l'identité, ainsi que la joie et le réconfort. L'affinité émotionnelle serait particulièrement importante dans le choix des partenaires sociaux.
- La satisfaction conjugale serait à son plus bas au début de l'âge mûr, alors que les responsabilités parentales et professionnelles culminent, pour remonter après le départ des enfants et la retraite.
- Le divorce, moins fréquent à cet âge, peut constituer une épreuve difficile à surmonter, particulièrement pour les



femmes. Toutefois, les personnes d'âge mûr semblent faire preuve d'une plus grande adaptabilité que les plus jeunes.

- La cohabitation des parents d'âge mûr avec leurs enfants au stade de l'adolescence peut être une source de tension familiale importante et peut nécessiter des ajustements.
- Le syndrome du nid vide ne semble pas être aussi perturbant qu'on le croyait. Quant au phénomène boomerang, il exige une adaptation de la part de tous les membres de la famille afin d'assurer le respect des besoins territoriaux, d'autonomie et d'intimité de chacun.
- De nombreux adultes deviennent grands-parents au début de l'âge mûr. Ils peuvent devenir des pourvoyeurs de soutien affectif et parfois d'aide matérielle à leurs enfants et petits-enfants.

- Le stade de la maturité filiale survient lorsque les personnes d'âge mûr acceptent les besoins de dépendance de leurs parents et y font face, en devenant parfois des aidants naturels.

### **Les préoccupations professionnelles**

- Le travail peut contribuer à maintenir ou à améliorer les habiletés cognitives des personnes d'âge mûr.
- Certains adultes d'âge mûr peuvent retarder leur départ à la retraite pour maintenir leur santé physique et mentale, pour conserver les rôles associés à leur emploi, pour répondre à des besoins économiques ou tout simplement parce qu'elles aiment leur travail.
- Plusieurs personnes d'âge mûr choisissent de changer d'emploi en fin de carrière. Certaines font un retour aux études, soit pour s'adapter à des changements dans leur travail, soit pour se réorienter.

CHAPITRE

# 13



# Le développement de l'adulte d'âge avancé de soixante-cinq ans à la fin de la vie

## PLAN DU CHAPITRE

- 13.1 Le vieillissement de la population**
  - 13.1.1 Les indices démographiques
  - 13.1.2 Les causes du vieillissement de la population
  - 13.1.3 Les conséquences du vieillissement de la population
- 13.2 Le développement physique**
  - 13.2.1 Les théories du vieillissement
  - 13.2.2 Les changements physiques associés au vieillissement
- 13.3 La santé physique et mentale**
  - 13.3.1 Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques
  - 13.3.2 Les problèmes de santé physique et leur impact
  - 13.3.3 Les problèmes de santé mentale
- 13.4 Le développement cognitif**
  - 13.4.1 L'intelligence et le traitement de l'information
  - 13.4.2 La mémoire
- 13.5 Le développement affectif et social**
  - 13.5.1 L'évolution de la personnalité
  - 13.5.2 La théorie psychosociale d'Erikson
  - 13.5.3 Les différents modèles du vieillissement réussi
  - 13.5.4 La vie sociale des personnes âgées
  - 13.5.5 Les relations interpersonnelles des personnes âgées

**A**ujourd'hui, l'adulte entreprend la dernière étape de son développement avec une espérance de vie en santé sans précédent. Toutefois, le processus de sénescence est à l'œuvre: il affecte le cerveau et les organes internes et modifie d'abord les habiletés sensorielles et motrices. De bonnes habitudes de vie peuvent cependant en retarder l'échéance. Avec l'âge, les problèmes de santé deviennent plus fréquents et des maladies graves et mortelles risquent davantage d'apparaître. Les capacités cognitives de la personne âgée demeurent généralement performantes; même si le traitement de l'information nouvelle n'est plus aussi rapide et si certains aspects de la mémoire ne sont plus aussi efficaces, la plasticité du cerveau et l'intelligence pratique dont la personne dispose lui permettent de compenser certaines de ces pertes. La dernière période du développement permet aux personnes de porter un regard positif sur leur vie, de terminer ce qu'elles ont entrepris et de décider comment canaliser au mieux leurs énergies pour le temps qui leur reste à vivre. Les relations avec leurs proches demeurent très importantes et sont un facteur de bonne santé et de bien-être.

## Mise en situation

Louise vient d'avoir 70 ans. Elle a élevé quatre enfants dont trois sont aujourd'hui bien installés, mais elle se fait du souci pour son fils cadet qui ne parvient pas à garder les emplois qu'il occupe. Il y a cinq ans, son mari est décédé d'un cancer des poumons: il avait fumé une grande partie de sa vie. Depuis qu'elle est veuve, Louise a vu ses moyens financiers diminuer. Toutefois, avec la moitié de la prestation de retraite de son mari et avec le montant de la sécurité du revenu canadien, elle parvient à s'en sortir en faisant attention. Elle n'a jamais travaillé à l'extérieur, ayant eu amplement de quoi faire à la maison.


Aujourd'hui, Louise considère qu'elle est relativement en bonne santé malgré une tendance à faire des bronchites qu'elle attribue à la fumée secondaire qu'elle a inhalée. Elle souffre également de quelques douleurs arthritiques et doit surveiller sa tension et son cholestérol. Elle a un début de cataracte qui ne nécessite pas encore une opération, mais son audition est encore assez bonne. Une de ses amies l'a convaincue de suivre un cours de tonus musculaire avec elle au YMCA; depuis, elle se sent plus en forme. Cette activité lui permet également de faire la connaissance d'autres personnes de son âge. Louise essaie aussi de changer ses habitudes alimentaires et de manger plus de légumes, mais elle n'est pas toujours motivée à cuisiner pour elle seule et se contente parfois de grignoter. Louise a deux arrière-petits-enfants, qu'elle garde à l'occasion. Elle aimerait voir plus souvent ses petits-enfants, mais ils sont pris par leurs études ou leurs nombreuses activités. Son plus jeune fils lui a demandé de l'argent à plusieurs reprises; la dernière fois, il s'est montré si insistant qu'elle s'est sentie mal à l'aise et en a parlé avec sa fille aînée. Depuis trois ans, la mère de Louise, âgée de 92 ans, vit en établissement, car elle souffre de la maladie d'Alzheimer.

**« Louise éprouve beaucoup de peine devant la condition de sa mère et craint de développer elle aussi un jour la maladie d'Alzheimer. »**



Auparavant, Louise et ses sœurs s'occupaient d'elle, mais cela devenait trop lourd de la maintenir à domicile. Elle lui rend visite régulièrement, même si celle-ci ne semble plus la reconnaître. Louise éprouve beaucoup de peine devant la condition de sa mère et craint de développer elle aussi un

jour cette maladie. Lors d'une émission sur les personnes âgées, elle a appris qu'il fallait utiliser ses facultés mentales pour les maintenir le plus longtemps possible. Depuis, elle s'est mise à faire des mots croisés. Louise s'est rapprochée de ses sœurs. Avec ses deux meilleures amies, veuves elles aussi, elle participe aux activités organisées par le cercle des aînés de son quartier. Louise pense souvent à son mari, qui lui manque beaucoup, mais elle trouve que sa vie actuelle lui permet enfin de s'occuper un peu plus d'elle-même.

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.



### Une vieillesse active et productive

La visibilité croissante d'adultes âgés en santé et aussi actifs que l'astrophysicien québécois Hubert Reeves, né en 1932, contribue à modifier notre perception du vieillissement.

### Âgisme

Forme de discrimination fondée sur l'âge.

## 13.1 Le vieillissement de la population

Alors que dans certains pays, comme le Japon, l'âge avancé est un symbole de statut social, le vieillissement est généralement considéré comme indésirable en Amérique du Nord. Dès l'enfance, des préjugés et des stéréotypes, souvent inconscients, à l'égard des personnes âgées sont intériorisés et sont ensuite renforcés par les attitudes sociales que l'on développe envers elles. Ainsi, bien que les aînés soient généralement vus comme étant chaleureux et affectueux, selon les stéréotypes les plus constants, ils seraient incompetents et auraient un faible statut (Cuddy, Norton et Fiske, 2005). En effet, nos sociétés accordent peu de place aux personnes âgées. Nous avons par exemple trop souvent tendance à croire que toutes les personnes âgées sont en mauvaise santé, que leurs fonctions cognitives déclinent, qu'elles sont conservatrices et qu'elles vivent dans le passé. Cette image négative peut exercer une influence sur les attentes des personnes âgées elles-mêmes, au point où elles en viennent à la partager inconsciemment: ces préjugés agissent alors comme des prophéties autoréalisantes et diminuent l'estime de soi et le bien-être des adultes vieillissants (Lévy, 2003).

Toutefois, les efforts pour combattre l'**âgisme**, c'est-à-dire la discrimination fondée sur l'âge, sont aujourd'hui de plus en plus manifestes. Dans les médias, on voit de plus en plus de personnes âgées en santé, actives et productives. À la télévision, les personnes âgées sont plus souvent présentées comme équilibrées, sages et respectées. Ces changements peuvent aider à réduire les stéréotypes négatifs à l'égard des aînés (Bodner, 2009).



### 13.1.1 Les indices démographiques

La population mondiale vieillit. Ainsi, en 2008, on comptait environ 506 millions de personnes âgées de 65 ans et plus dans le monde, et l'augmentation nette annuelle est de plus de 870 000 chaque mois. En 2040, on prévoit que la population de ce groupe d'âge atteindra 1,3 milliard. L'augmentation la plus rapide s'observe dans les pays développés, où vit actuellement 62 % de la population âgée mondiale (Kinsella et He, 2009). Le Japon est en tête des pays ayant le plus de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 22,6 % de sa population, juste devant l'Allemagne avec 20,5 % (Population Reference Bureau, 2010).

Au Canada, en 2006, le pourcentage des personnes de 65 ans et plus était de 13,7 %, alors qu'il était de 14,3 % au Québec. Selon le recensement de 2011, ce pourcentage est passé à 14,8 % au Canada (avec près de 5 millions de personnes appartenant à ce groupe d'âge) et à 15,9 % au Québec (avec plus de 1,2 million de personnes de 65 ans et plus), comme l'indique la figure 13.1 (Statistique Canada 2006, 2011). Pour la première fois, les personnes près de la retraite (de 55 à 64 ans) étaient plus nombreuses que celles âgées de 15 à 24 ans. La proportion des personnes âgées devrait poursuivre son ascension dans les deux prochaines décennies, tant au Québec qu'au Canada.

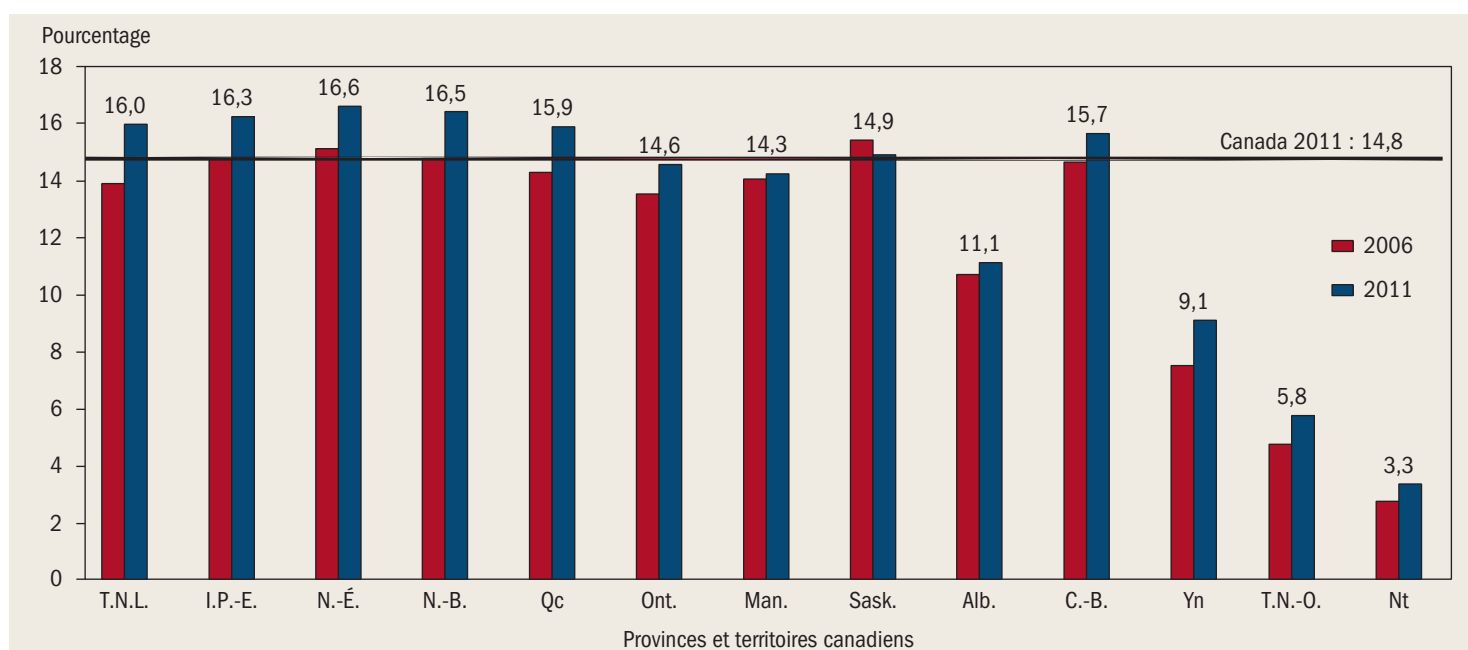
Par ailleurs, on assiste à un survieillessement au sein de la cohorte des 65 ans et plus, c'est-à-dire que les personnes qui vivent au-delà de 80 ans sont de plus en plus nombreuses. C'est même le groupe d'âge qui devrait augmenter le plus dans les années à venir. Au Canada, entre 2006 et 2011, les personnes âgées de 65 ans et plus ont connu une augmentation de 14,1 %, alors que celles âgées de 80 ans et plus augmentaient de 15,4 %. Au Québec, cette progression des personnes âgées de 80 ans et plus est encore plus remarquable puisqu'elle a été de 19,7 %, comparativement à 16,4 % pour les 65 ans et plus. La figure 13.2 (voir la page 413) nous permet de constater les profondes modifications de la pyramide des âges au Canada de 1982 à 2012. Enfin, de plus en plus de personnes dans le monde vivent jusqu'à 100 ans et plus, comme le montre l'encadré 13.1 (voir la page suivante).



#### Une doyenne de l'humanité

La japonaise Misao Okawa, née le 5 mars 1898, est reconnue pour être la doyenne de l'humanité depuis le 11 juin 2013, à l'âge vénérable de 116 ans.

**FIGURE 13.1** La proportion (en pourcentage) de personnes âgées de 65 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2006 et 2011



Source : Statistique Canada, recensements de la population, 2006 et 2011.

ENCADRÉ 13.1  APPROFONDISSEMENT**Les centenaires, le groupe d'âge qui augmente le plus**

Voilà une centaine d'années, la plupart des Canadiens n'atteignaient pas l'âge de 50 ans. Aujourd'hui, les personnes centenaires représentent le groupe d'âge qui augmente le plus dans le monde. Ainsi, au Canada en 2011, les centenaires étaient au nombre de 5825, soit une hausse de 25,7% depuis 2006. Ici encore, les femmes sont surreprésentées puisque, sur ce nombre, 4870 centenaires étaient des femmes, alors que 955 étaient des hommes (Statistique Canada, 2006, 2011). Les chercheurs estiment qu'il y aura 2,3 millions de centenaires dans le monde en 2040, soit une augmentation de 746% depuis 2005 (Kinsella et He, 2009). Dans ce groupe d'âge, il y a par ailleurs de plus en plus de gens qui atteignent l'âge vénérable de 110 ans et



plus : ce sont les «super centenaires» comme les appellent certains démographes. C'est la Française Jeanne Calment qui est la personne reconnue comme ayant vécu le plus longtemps : elle est morte en 1997 à l'âge de 122 ans. Certains gérontologues s'inquiètent devant cette augmentation de la longévité, qui pourrait conduire, selon eux, à un nombre croissant de personnes souffrant de maladies chroniques. Cette prédiction n'est cependant pas nécessairement vraie. Ainsi, parmi 424 centenaires canadiens et américains des deux sexes, environ la moitié ne présentaient pas de problèmes cardiaques ni ne souffraient d'une congestion cérébrale ou d'une forme de cancer autre que le cancer de la peau, soit les trois causes de décès les plus fréquentes chez les personnes âgées (Evert *et al.*, 2003).

Comment expliquer cette longévité exceptionnelle? Une des explications possibles est d'ordre génétique. En effet, les centenaires tendent à être relativement exempts des gènes liés à des maladies comme le cancer et la maladie d'Alzheimer. Plus précisément, un endroit sur le chromosome 4, associé à une longévité exceptionnelle (Perls, Kunkel et Puca, 2002a, 2002b), mais aussi à un vieillissement en santé (Reed *et al.*, 2004), est présent chez la plupart des centenaires. Dans une autre recherche effectuée auprès de descendants de personnes d'origine juive ashkénaze (Europe de l'Est) âgées de 95 ans et plus, un gène variant semblait protéger la mémoire ainsi que les habiletés à penser et à apprendre (Barzilai *et al.*, 2006). Les scientifiques ont cherché à savoir quels étaient les autres facteurs susceptibles d'expliquer cette longévité remarquable.

Lors d'une recherche menée dans huit villes de Nouvelle-Angleterre (É.-U.), les chercheurs ont trouvé que le niveau de scolarité, le statut socioéconomique, l'origine ethnique et le régime alimentaire variaient considérablement chez les centenaires étudiés. Certains étaient végétariens, alors que d'autres mangeaient beaucoup de gras saturés. Certains étaient des athlètes, alors que d'autres ne pratiquaient pas d'activités vigoureuses. Cependant, parmi eux, peu étaient obèses et rares étaient les gros fumeurs. Un nombre significativement élevé

étaient des femmes qui n'avaient jamais été mariées. Parmi celles qui avaient eu des enfants, un nombre significativement élevé les avaient eus après 40 ans. Cependant, tous les centenaires étudiés partageaient le même trait de personnalité, soit la capacité à gérer le stress (Perls, Alpert et Fretts, 1997; Perls, Hutter-Silver et Lauerman, 1999; Silver *et al.*, 1998). Selon Perls et ses collaborateurs, les centenaires seraient plus extravertis; ils auraient donc plus d'amis pour s'occuper d'eux et ils seraient moins névrosés, ce qui leur permettrait de mieux gérer leur stress (Perls *et al.*, 2009).

Une recherche plus récente a été menée aux États-Unis auprès de 152 centenaires (âge moyen de 101,6 ans), dont 80% de femmes qui venaient d'un milieu rural. Les chercheurs voulaient évaluer trois variables importantes de l'adaptation à un âge très avancé, soit le niveau d'activité, la santé mentale et la cognition. Ils voulaient également vérifier si la personnalité et les ressources socioéconomiques pouvaient jouer un rôle déterminant dans le maintien de l'activité physique et de la bonne santé mentale et cognitive. Les résultats obtenus vont dans le même sens que ceux de la recherche mentionnée ci-dessus. En effet, la plupart des sujets étudiés avaient une perception positive de leur état de centenaires et ils trouvaient encore la vie intéressante. Plus de 70% des sujets ont décrit leur santé comme excellente ou bonne, 54% déclarant qu'elle était la même que cinq ans plus tôt. La plupart des participants étaient encore relativement mobiles, et presque la moitié d'entre eux pouvaient encore sortir. La majorité d'entre eux (85%) ne souffraient ni de haute pression ni de maladies de la peau, et plus de 85% ont déclaré n'avoir aucun problème de dépression ou de démence. Plus de 85% des centenaires prenaient trois repas par jour. Leur diète comprenait des produits laitiers, des œufs, des légumineuses, de la viande, du poulet ou du poisson, et 92% d'entre eux consommaient au moins deux portions de fruits et légumes par jour. Sur le plan cognitif, la moitié des participants présentaient une altération assez importante de leurs fonctions, alors que l'autre moitié performait encore relativement bien. Par contre, moins de 10% des sujets pouvaient encore faire seuls leurs courses; la cuisine, le ménage et la gestion de leurs finances étaient également difficiles pour eux. Toutefois, 95% d'entre eux ont déclaré pouvoir obtenir de l'aide quand ils en avaient besoin; 82% ont indiqué avoir des relations proches avec d'autres personnes et 75% ont déclaré avoir un lien affectif solide avec au moins une autre personne, ce qui indique un soutien social élevé. Sur le plan de la personnalité, les sujets présentaient un taux peu élevé de névrosisme, un trait qui peut contribuer à l'anxiété et à la tendance à la dépression, et obtenaient un score élevé pour la convivialité (Martin *et al.*, 2012). Ces recherches semblent mettre en évidence que les centenaires aiment la vie, qu'ils sont résistants au stress et savent le gérer, qu'ils n'ont pas tendance à être anxieux ou dépressifs et qu'ils bénéficient d'un soutien social important. Serait-ce le secret de leur longévité?

**FIGURE 13.2** La pyramide des âges des estimations de la population aux 1<sup>er</sup> juillet 1982 et 2012, Canada



Source : Statistique Canada, 2012.

Les deux sexes ne sont pas égaux devant le vieillissement, puisque le pourcentage de femmes âgées est plus élevé que celui des hommes. Ainsi, en 2013, le pourcentage des hommes âgés de 65 ans et plus représentait 13,9% de la population masculine du Canada, alors que celui des femmes représentait 16,7% de la population féminine (Statistique Canada, 2013). Plus les personnes avancent en âge, plus cet écart se creuse. En 2013, les hommes âgés de 80 ans et plus représentaient 3,1% de la population masculine canadienne, alors que les femmes représentaient 5% de la population féminine canadienne (Statistique Canada, 2011). On voit donc que le vieillissement se féminise.

### 13.1.2 Les causes du vieillissement de la population

Du point de vue démographique, deux facteurs sont essentiellement responsables du vieillissement de la population. Le premier concerne le taux de mortalité, qui a considérablement baissé au Canada, où il est passé de 11,6 pour 1000 habitants en 1921 à 5,3 en 2008 (Statistique Canada, 2008). L'**espérance de vie** a par ailleurs augmenté. Ainsi, en 1920, un enfant de sexe masculin né au Canada pouvait espérer vivre jusqu'à 59 ans, et un enfant de sexe féminin jusqu'à 61 ans. Pour les années 2006-2008, cette espérance de vie à la naissance était passée à 78,5 ans pour un homme et à 83,1 ans pour une femme (Statistique Canada, 2008). En 2011, les femmes japonaises détenaient la plus longue espérance de vie à la naissance, soit 85,9 ans contre 79,4 ans pour les hommes (Statistics Bureau Japan, 2011). Cet allongement du cycle de vie résulte de la combinaison de plusieurs facteurs : la science, la technologie et la médecine ont connu des avancées majeures, tandis que la croissance économique a permis une meilleure alimentation, des habitudes de vie plus saines, un contrôle plus efficace des maladies infectieuses, une meilleure qualité de l'eau et une amélioration des conditions sanitaires (Dobriansky *et al.*, 2007). Toutefois, un écart très important subsiste entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement. En moyenne, un enfant né dans un pays développé peut espérer vivre 14 ans de plus qu'un autre, né dans un pays en voie de développement (Kinsella et He, 2009). Par exemple, un enfant né en 2009 en Sierra Leone, en Afrique, peut espérer vivre jusqu'à l'âge de 48 ans seulement (WHO, 2011).

Parallèlement à la baisse de la mortalité, on a également enregistré une baisse du taux de fécondité dans la majorité des pays industrialisés. Ainsi, au Canada en 2008, le nombre moyen d'enfants par femme était de 1,68, ce qui ne permet pas le

#### Espérance de vie

Durée de vie moyenne qu'une personne née dans une cohorte donnée est susceptible de connaître.

remplacement de la population, puisque ce nombre est inférieur au seuil de remplacement des générations qui, en l'absence de migration, est de 2,1 enfants par femme (Statistique Canada, 2008).

### 13.1.3 Les conséquences du vieillissement de la population

#### Âge fonctionnel

Mesure de la capacité d'un individu de fonctionner dans son environnement physique et social comparativement à d'autres ayant le même âge chronologique.

#### Vieillesse primaire

Processus graduel et inévitable de détérioration du corps. Il commence tôt dans la vie et se poursuit au cours des années, indépendamment de ce que fait la personne.

#### Vieillesse secondaire

Processus de vieillissement qui résulte de maladies, de mauvais traitements ou d'autres facteurs plus ou moins sous le contrôle de la personne.

#### Gérontologie

Discipline scientifique qui étudie les personnes âgées et le processus de vieillissement.

#### Gériatrie

Branche de la médecine concernée par le vieillissement.

Le vieillissement de la population entraîne de nombreuses conséquences, surtout économiques et sociales, et nécessite des ajustements. Ainsi, il fait craindre à certains l'explosion des coûts du système de santé et soulève la question des retraites à payer par une population active de moins en moins nombreuse. Or, son impact dépend en réalité du nombre de personnes en bonne santé et valides au sein de cette population active.

Le concept d'**âge fonctionnel** réfère à la capacité d'un individu de fonctionner dans son environnement physique et social comparativement à d'autres individus ayant le même âge chronologique. Ainsi, une personne de 90 ans en bonne santé peut être fonctionnellement plus jeune qu'une personne de 65 ans en mauvaise santé. À cet égard, la tendance est encourageante, puisqu'on sait aujourd'hui que de nombreux problèmes, considérés autrefois comme faisant partie du vieillissement normal, sont en fait causés par le mode de vie ou la maladie, et non par l'âge lui-même. Alors que le **vieillesse primaire** désigne un processus graduel et inévitable de détérioration du corps qui commence tôt dans la vie et qui se poursuit au cours des années, indépendamment de ce que fait la personne, le **vieillesse secondaire** résulte, par contre, de facteurs tels que la maladie, les mauvais traitements ou encore d'autres facteurs qui sont plus ou moins sous le contrôle de la personne (Busse, 1987). Si certains facteurs, comme la classe sociale des parents ou la longévité des grands-parents, échappent à ce contrôle, d'autres facteurs, tels que la consommation d'alcool ou de tabac, la pratique d'exercices physiques ou l'indice de masse corporelle, sont davantage sous la responsabilité de la personne elle-même (Vaillant et Mukamal, 2001). Si on lie ces deux perspectives sur le vieillissement au débat qui oppose la nature à la culture, comme toujours, la vérité se situe entre les deux.

Aujourd'hui, les scientifiques qui étudient le vieillissement divisent les personnes âgées en trois sous-groupes : le troisième âge réfère aux personnes de 65 à 74 ans, le quatrième âge désigne celles qui ont de 75 à 84 ans, et le cinquième âge, celles qui ont 85 ans et plus. Généralement, les personnes du troisième âge sont vigoureuses, actives et pleines de vitalité, le risque de maladies graves ou d'invalidité ainsi que la difficulté à assumer les tâches quotidiennes étant plus élevés pour celles du quatrième âge et surtout du cinquième âge.

Les recherches en **gérontologie**, la discipline scientifique qui étudie les personnes âgées et le processus de vieillissement, ainsi que celles en **gériatrie**, la branche de la médecine concernée par le vieillissement, soulignent la nécessité de mettre en place des services répondant aux besoins particuliers de cette population qui augmente d'année en année.

Par ailleurs, nos préjugés nous font souvent oublier que les personnes âgées contribuent activement à leur famille et à leur société. Comme Louise et ses sœurs dans la mise en situation, elles transmettent leurs

savoirs aux plus jeunes, elles sont souvent des aidantes naturelles auprès de leurs proches, elles font du bénévolat et s'impliquent sur divers plans dans leur communauté. De plus, les aînés paient des taxes et des impôts et sont des consommateurs impliqués dans l'économie. Le transfert des ressources ne se fait donc pas seulement de la population active vers les aînés, ces derniers représentant aussi une ressource précieuse pour la société (Vézina *et al.*, 2007, 2013).




#### La nécessité de services spécialisés

Les spécialistes en gériatrie recommandent la mise en place de services spécialisés pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes.



## FAITES LE POINT

1. Quelles sont les deux causes particulièrement responsables du vieillissement de la population ? Quels sont les facteurs qui peuvent les expliquer ?
2. Expliquez la différence entre le vieillissement primaire et le vieillissement secondaire.
3.  Devant vous, un de vos amis déclare qu'il n'a pas envie d'être vieux un jour, car il ne veut pas devenir « gâteaux » et retomber en enfance. De quoi votre ami fait-il preuve dans son discours et quels sont les arguments que vous pourriez lui opposer ?

## 13.2 Le développement physique

Le processus de **sénescence**, caractérisé par le déclin progressif des fonctions physiques, ne commence pas au même moment pour toutes les personnes. Dans cette section, nous allons essayer de comprendre pourquoi nous vieillissons, en présentant la position des différentes théories du vieillissement, avant de décrire les principales transformations physiques qu'entraîne cette sénescence.

### 13.2.1 Les théories du vieillissement

Deux courants théoriques tentent d'expliquer pourquoi les fonctions vitales se détériorent lors du processus de sénescence : les théories du vieillissement programmé et les théories du vieillissement variable.

Les **théories du vieillissement programmé** soutiennent que le processus de sénescence est génétiquement programmé, c'est-à-dire que des gènes particuliers « s'éteignent » avant que les pertes liées à l'âge (telles que la diminution de la vision, de l'audition ou du contrôle moteur) ne deviennent évidentes. Minime avant 60 ans, cette influence génétique augmenterait avec l'âge et serait probablement causée par plusieurs variantes de gènes rares, chacune ayant de menus effets. On sait maintenant qu'une de ces variantes génétiques, l'APOE2, dont nous reparlerons plus loin, protège contre les troubles cardiovasculaires et la maladie d'Alzheimer, alors que d'autres variantes augmentent le risque de développer ces maladies (Christensen, Johnson et Vaupel, 2006 ; Willcox *et al.*, 2008). Une autre théorie soutient qu'il y a une limite à la durée de la vie et que cette limite est génétiquement programmée, comme nous le verrons plus loin avec les travaux de Hayflick. Selon certains chercheurs, l'accumulation de changements épigénétiques, qui entraînent des modifications dans l'expression des gènes, pourrait être en partie responsable du vieillissement. Ces modifications épigénétiques dépendraient de l'hérédité, des influences environnementales et, à un certain degré, du hasard (Fraga *et al.*, 2005 ; Skulachev *et al.*, 2009).

Une autre avenue de recherche suggère que le vieillissement est influencé par le rétrécissement graduel des **télomères**, des structures composées d'ADN qui protègent les extrémités des chromosomes et qui sont responsables de la stabilité des cellules. Avec l'âge, ces télomères raccourciraient lors de chaque division cellulaire et, après avoir atteint un seuil limite, finiraient par empêcher la réplication des cellules, entraînant ainsi leur sénescence. Selon certaines indications, la longueur des télomères permettrait de prédire le nombre d'années à vivre en santé, plutôt que l'espérance de vie (Njajou *et al.*, 2009). D'autres études suggèrent aussi que le stress peut affecter les modifications des télomères. Les mitochondries, de petits organismes qui génèrent de l'énergie, jouent un rôle important en aidant les cellules à survivre en état de stress. Un mauvais fonctionnement de ces mitochondries pourrait causer des dommages à l'ADN, ce qui entraînerait un raccourcissement plus rapide des télomères et, par conséquent, accélérerait le vieillissement (Sahin et DePinho, 2010). Selon la théorie endocrinienne, l'horloge biologique agirait grâce aux gènes qui contrôlent les

#### Sénescence

Processus caractérisé par le déclin progressif des fonctions physiques.

#### Théories du vieillissement programmé

Théories qui soutiennent que le processus de sénescence est génétiquement programmé.

#### Télomère

Structure composée d'ADN qui protège l'extrémité de chaque chromosome et qui est responsable de la stabilité des cellules.

changements hormonaux. Avec l'âge, cette activité hormonale déclinerait, entraînant alors la perte de la force musculaire et l'atrophie des organes (Lamberts, Van den Beld et Van der Lely, 1997). Enfin, la théorie immunologique soutient que certains gènes seraient impliqués dans l'affaiblissement du système immunitaire, qui déclinerait avec l'âge, ce qui rendrait le corps vulnérable aux maladies, aux infections et au cancer (Di Carlo, Fuldner, Kaminski et Hodes, 2009).

#### Théories du vieillissement variable

Théories qui voient le vieillissement comme le résultat de processus aléatoires qui varient d'une personne à une autre.

Les **théories du vieillissement variable** voient le vieillissement comme étant le résultat de processus aléatoires qui varient d'une personne à une autre. Selon la théorie de l'usure, l'accumulation de dommages causés par des erreurs dues au hasard dans les systèmes biologiques ou par des attaques environnementales contre ces systèmes entraînerait leur vieillissement. Les cellules perdraient leur capacité de se reproduire et de réparer ou remplacer les parties endommagées. Les agents stressants internes et externes pourraient aussi aggraver ce processus (Hayflick, 2004; Holliday, 2004).

Pour sa part, la théorie des radicaux libres met l'accent sur le rôle néfaste des radicaux libres, des agents oxydants qui sont formés lors du métabolisme, soit lors de la conversion des aliments et de l'oxygène en énergie. Les radicaux libres s'accumuleraient naturellement avec l'âge, mais également à la suite de l'exposition à des oxydants contenus, par exemple, dans certains aliments ou dans la pollution atmosphérique, et causeraient des dommages aux cellules. L'action des radicaux libres a ainsi été associée, entre autres, à l'arthrite, à la cataracte, au cancer et aux troubles neurologiques comme la maladie de Parkinson (Stadtman, 1992; Wallace, 1992). De son côté, la théorie de l'auto-immunité avance que le système immunitaire peut devenir « confus » avec l'âge et libérer alors des anticorps s'attaquant aux cellules de son propre organisme. Ce dysfonctionnement serait responsable de certaines maladies associées au vieillissement (Holliday, 2004). Enfin, la théorie du taux de vie suggère que le corps ne peut travailler indéfiniment; plus il travaille vite, plus il utilise de l'énergie et plus vite il s'use; ce serait donc la vitesse du métabolisme ou de l'utilisation de l'énergie qui déterminerait la durée de la vie (Schneider, 1992).

Toutes ces théories ont des implications pratiques. En effet, si l'être humain est génétiquement programmé pour vieillir à un certain rythme, il n'y a pas grand-chose à faire pour retarder ce processus, sauf essayer de modifier les gènes en question. Par contre, si le vieillissement est variable, il peut être influencé par des facteurs externes tels qu'un mode de vie sain. Toutefois, rien ne vient appuyer scientifiquement l'efficacité des innombrables produits supposément « anti-âge » mis sur le marché, comme les antioxydants dont on discute encore l'effet positif sur la prolongation de la vie. Par ailleurs, ces différentes théories contiennent certainement une part de vérité; les facteurs environnementaux et ceux liés au mode de vie peuvent interagir avec les facteurs génétiques et déterminer combien de temps une personne va vivre et dans quel état.

Mais à quel point peut-on prolonger la vie? Leonard Hayflick (1974) a constaté que des cellules humaines conservées en laboratoire ne se renouvellent qu'une cinquantaine de fois. Ce phénomène, qui porte le nom de **limite d'Hayflick**, serait contrôlé génétiquement et impliquerait que la durée de la vie humaine est biologiquement limitée elle aussi. Hayflick a ainsi estimé cette limite à environ 110 ans (Hayflick, 1981).

#### Limite d'Hayflick

Selon Hayflick, limite biologique de la durée de la vie humaine, estimée à environ 110 ans.

Pourtant, une série de recherches prometteuses inspirées de la théorie du taux de vie montrent qu'une réduction radicale de l'apport en calories (réduction des carbohydrates raffinés et des huiles partiellement hydrogénées) permettrait de prolonger la vie de presque toutes les espèces animales sur lesquelles on l'a testée (Bodkin *et al.*, 2003). En effet, une recension de 15 années de recherche suggère que la restriction calorique peut avoir des effets bénéfiques sur le vieillissement humain et l'espérance de vie (Fontana et Klein, 2007). Toutefois, comme il faut une très grande discipline pour réussir à suivre ce genre de diète et comme elle comporte des risques, comme un apport insuffisant en protéines, les scientifiques se tournent de plus en plus vers la création de médicaments censés imiter les effets (Fontana, Klein et Holloszy, 2010).

## 13.2.2 Les changements physiques associés au vieillissement

Plusieurs changements physiques amorcés durant la période de l'âge mûr s'accroissent avec le vieillissement : la peau se flétrit, les rides se multiplient, les muscles s'atrophient, le gras diminue, les cheveux deviennent plus fins et perdent leur couleur, et des varices peuvent apparaître sur les jambes. Peu à peu, les disques entre les vertèbres s'atrophient, provoquant un tassement de la colonne vertébrale. Chez les femmes qui souffrent d'ostéoporose, le risque de fractures augmente. D'autres changements, tout aussi importants même s'ils sont moins visibles, affectent aussi le cerveau, les sens, la motricité, les différents systèmes du corps ainsi que la fonction sexuelle.

### Le vieillissement du cerveau

Chez les personnes en santé, les modifications du cerveau vieillissant sont généralement subtiles et touchent très peu son fonctionnement. De plus, elles varient considérablement d'une personne à une autre, d'une région du cerveau à une autre et d'un type de tâche à une autre (Burke et Barnes, 2006). Ainsi, les déclinés dans la mémoire à long terme tendent à commencer vers la fin de la cinquantaine, alors que la capacité à comprendre des mots non familiers à partir de leur contexte demeure très élevée jusqu'à près de 80 ans (Finch et Zelinski, 2005). Une modification caractéristique concerne la diminution du nombre, ou de la densité, des neurotransmetteurs de la dopamine, causée par une perte de connexions synaptiques (réduction de la densité dendritique). Les récepteurs de la dopamine étant particulièrement impliqués dans la régulation de l'attention (Park et Reuter-Lorentz, 2009), leur déclin entraîne généralement un temps de réaction plus lent. On assiste également à un amincissement de la gaine de myéline, la substance qui permet aux impulsions nerveuses de voyager plus rapidement entre les différentes zones du cerveau. Cette détérioration, qui commence au milieu de la cinquantaine, est associée au déclin cognitif et moteur (Andrews-Hanna *et al.*, 2007).

Par ailleurs, à l'âge adulte avancé, le volume et le poids du cerveau diminuent progressivement, particulièrement en ce qui concerne le cortex frontal, qui contrôle les fonctions exécutives (Von Hippel, 2007). On a d'abord principalement attribué ce phénomène à la diminution du nombre de neurones. Cependant, la plupart des chercheurs s'entendent désormais sur le fait que cette perte neuronale n'est pas substantielle, excepté dans certaines zones particulières comme le cervelet, qui coordonne les activités sensorimotrices, et qu'elle ne nuit pas à la cognition. De plus, la plasticité du cerveau lui permet de « réorganiser les circuits neuronaux pour répondre au défi du vieillissement neurobiologique » (Park et Gutches, 2006). Toutefois, lorsque le rythme de ces changements s'accroît, le déclin des fonctions cognitives s'accroît également.

Enfin, on a découvert récemment que certaines cellules pouvaient produire de nouveaux neurones dans certaines parties du cerveau adulte et que ces neurones s'intégraient aux circuits existants, ce que l'on croyait impossible auparavant (De Chevigny et Lledo, 2006). Ce phénomène a été particulièrement mis en évidence dans l'hippocampe, une partie du cerveau impliquée dans l'apprentissage et la mémoire (Van Praag *et al.*, 2002). Cette découverte importante a ouvert de nouvelles perspectives sur la capacité d'auto-réparation du cerveau.

### Les changements organiques et systémiques

Les changements qui affectent le fonctionnement des organes et des systèmes internes sont très variables, aussi bien chez une personne en particulier que d'un individu à un autre. Alors que certains systèmes déclinent rapidement, d'autres ne changent presque pas. Par exemple, le système digestif demeure relativement efficace, même si les risques de malnutrition augmentent chez les personnes âgées, comme c'est le cas pour Louise, qui n'a pas toujours envie de se préparer un repas



#### Les changements physiques dus au vieillissement

Avec le vieillissement, les changements physiques sont de plus en plus visibles : la peau se flétrit, les rides se multiplient et les muscles s'atrophient.



**Réserve organique**

Réserve dans laquelle le corps peut puiser lors des situations de stress.

équilibré. Le rythme cardiaque tend à devenir plus lent et plus irrégulier et la pression augmente souvent.

Par ailleurs, le niveau de la **réserve organique**, dans laquelle le corps peut puiser lors de situations de stress, tend à baisser : il ne peut plus répondre comme avant à des demandes physiques exceptionnelles. Ainsi, la personne qui pouvait faire une longue randonnée à ski de fond après avoir pelleté de la neige risque, à présent, d'épuiser rapidement sa réserve cardiaque. Toutefois, en procédant avec mesure, bien des adultes d'âge avancé peuvent continuer leurs activités habituelles.

**Les capacités sensorielles**

La plupart des troubles de la vision qui surviennent avec l'âge sont causés par des transformations, généralement progressives, de la structure de l'œil (Vézina *et al.*, 2007). Pour voir, la personne a maintenant besoin de plus de lumière, elle est plus facilement éblouie et a plus de difficulté à localiser et à lire les signes, surtout ceux qui sont en mouvement, ce qui peut rendre la conduite automobile plus risquée, en particulier la nuit. La vision des couleurs et celle de la profondeur peuvent devenir plus difficiles, et la diminution de la sensibilité aux contrastes visuels peut nuire à la lecture. Cette baisse de l'acuité visuelle est susceptible d'entraîner des accidents et des chutes (Kulmala *et al.*, 2009).

**Cataracte**

Opacification du cristallin qui rend la vue brouillée. Elle ne peut être corrigée que par une chirurgie.

La **cataracte**, qui est causée par une opacification du cristallin, est courante chez les personnes âgées : elle touche 30 % des personnes de 65 à 75 ans et sa prévalence augmente avec l'âge. La vision devient alors de plus en plus brouillée et ne peut être corrigée par des lunettes. Seule la chirurgie permet de la traiter ; c'est d'ailleurs l'une des opérations les plus fréquentes chez les Nord-Américains âgés, et les résultats obtenus sont généralement satisfaisants.

**Les troubles de la vue**

La dégénérescence maculaire liée à l'âge est causée par la perte graduelle et irréversible de la capacité de la macula de distinguer les petits détails. La vision de la personne qui en est atteinte serait celle de la photo de droite.

**Dégénérescence maculaire liée à l'âge**

Perte graduelle de la capacité du centre de la rétine (ou macula) de distinguer les petits détails.

**Glaucome**

Dégradation irréversible du nerf optique causée par une augmentation de la pression oculaire et qui peut entraîner la cécité si elle n'est pas soignée.

La **dégénérescence maculaire liée à l'âge** représente une autre cause de déficience visuelle chez les personnes âgées : le centre de la rétine (la macula contenant la plupart des cônes) perd graduellement la capacité de distinguer nettement les petits détails, ce qui rend difficiles bien des activités quotidiennes. La vision centrale étant affectée, la personne a du mal à reconnaître les visages. Cette maladie irréversible de la rétine apparaît généralement après 50 ans et devient plus fréquente après 65 ans. Actuellement, on ne peut la guérir, mais, dans certains cas, des traitements au laser et

des suppléments d'antioxydants et de zinc peuvent en retarder l'évolution (Foundation Fighting Blindness, 2005).

Le **glaucome** résulte d'une dégradation irréversible du nerf optique causée par une augmentation de la pression oculaire. S'il n'est pas traité, il peut entraîner la cécité. Un traitement précoce peut diminuer la pression élevée de l'œil et retarder l'apparition de la maladie. Cependant, même avec un traitement, 10 % des personnes atteintes de glaucome finiront par devenir aveugles (Glaucoma Research Foundation, 2010).

L'audition est également affectée par l'âge. Ce déclin des facultés auditives, ou presbycusie, est plus important et plus précoce chez les hommes que chez les femmes, et peut aller du trouble léger à la perte totale de l'ouïe. L'audibilité des sons à haute fréquence (aigus) diminue davantage que celle des sons graves. Or, les pertes auditives influent directement sur la capacité de communiquer de la personne âgée ; elle peut avoir de la difficulté à suivre une conversation, surtout si plusieurs personnes parlent en même temps ou encore s'il y a des bruits de fond comme ceux de la radio. Ne voulant pas toujours faire répéter, la personne peut se retirer socialement et



éprouver un sentiment de solitude. Par ailleurs, on peut la percevoir, à tort, comme distraite, absente et irritable, la personne pouvant accuser ses proches de marmonner. Les prothèses auditives permettent d'améliorer l'ouïe, mais elles coûtent cher et augmentent les bruits de fond autant que les sons que la personne souhaite entendre.

Les personnes âgées peuvent également souffrir d'**acouphène**, c'est-à-dire de bruits parasites qui ne proviennent pas d'une source extérieure et qui se manifestent sous forme de sifflements, de bourdonnements, de tintements, etc. Dépendamment de leur intensité et de leur fréquence, les acouphènes peuvent nuire considérablement à la qualité de vie des personnes atteintes.

Avec l'âge, le goût et l'odorat se modifient également. Si certaines personnes trouvent que leur nourriture a moins de goût, c'est surtout parce que la capacité de distinguer les odeurs diminue avec l'âge, surtout chez les hommes, alors que le goût ne se détériore pas vraiment (Dubé, 2006). La vie quotidienne des personnes âgées souffrant de limitations sensorielles peut être facilitée par différents aménagements de leur environnement physique, tels que des lampes de lecture plus puissantes, des livres imprimés en gros caractères, des barres d'appui et des baignoires aménagées, des sols couverts de tapis ou de matériaux non glissants et des signaux aussi bien sonores que visuels dans les endroits publics (sortie, toilettes, ascenseur, etc.).

### La force, l'endurance, l'équilibre et le temps de réaction

Les adultes perdent généralement de 10 % à 20 % de leur force physique jusqu'à l'âge de 70 ans et encore plus par la suite. L'endurance diminue plus systématiquement que certains autres aspects de la forme physique comme la souplesse, surtout chez les femmes (Van Heuvelen *et al.*, 1998). Le ralentissement du temps de réaction peut perturber la coordination et entraîner un ralentissement dans l'exécution de certaines tâches (Dubé, 2006). En ce qui concerne la diminution de la force et de la puissance musculaires, on peut les attribuer au vieillissement, mais aussi à la baisse de l'activité physique et à la maladie. Ces pertes semblent cependant partiellement réversibles, comme l'ont démontré différentes études menées auprès d'individus âgés de 60 à 90 ans, études qui comportaient divers programmes d'entraînement physique. Les résultats de cet entraînement se traduisaient, entre autres, par une augmentation de la masse musculaire. Toutefois, l'aspect le plus important mis de l'avant par ces études réside dans la possibilité d'entraîner la capacité du cerveau à activer et à coordonner l'activité musculaire (Barry et Carson, 2004). Cette preuve de la plasticité du cerveau chez les personnes âgées indique que celles-ci peuvent bénéficier d'un entraînement physique adapté: en augmentant la force musculaire, l'endurance, l'équilibre et la vitesse de réaction, plusieurs chutes et fractures, causes fréquentes d'hospitalisation, pourraient ainsi être évitées.

### Le sommeil

Les personnes âgées tendent à moins dormir et à moins rêver qu'auparavant. Elles s'éveillent plus souvent au cours de la nuit et les périodes de sommeil profond diminuent. Pour rattraper le sommeil perdu, elles font plus souvent de courtes siestes durant la journée. Ces modifications du sommeil ne sont pas inévitables, et c'est pourquoi il faut s'en préoccuper si elles deviennent récurrentes. L'insomnie chronique peut être le signe précurseur d'une dépression et elle doit être traitée. Une activité physique modérée peut notamment aider à améliorer la qualité du sommeil.

### La fonction sexuelle

Le facteur le plus important du maintien de la fonction sexuelle jusqu'à un âge avancé réside dans une activité sexuelle régulière au cours de la vie. Ainsi, un homme en bonne santé et qui a toujours été sexuellement actif peut généralement maintenir une



#### L'audition, un instrument de communication

La prothèse auditive que porte cette femme lui permet de mieux entendre ce que lui dit son conjoint et de communiquer plus facilement avec lui.

#### Acouphène

Bruit parasite provenant d'une source interne et qui se manifeste sous forme de sifflements, de bourdonnements, de tintements.



Pourquoi Louise a-t-elle raison de faire des exercices de tonus musculaire ?



#### Le maintien de l'intimité sexuelle

La sexualité demeure une source de satisfaction importante pour les personnes âgées. Une vie sexuelle active pendant l'âge mûr permet son maintien à l'âge avancé.

certaine activité sexuelle jusqu'à 70 ans, et même 80 ans et plus. Quant aux femmes, elles sont physiologiquement aptes à être sexuellement actives jusqu'à la fin de leur vie. Toutefois, des facteurs tels que l'état de santé physique, la prise de médicaments, la fatigue et la disponibilité d'un partenaire sont également associés à l'activité sexuelle des personnes âgées (Vézina *et al.*, 2013). Ainsi, les hommes âgés sont plus susceptibles que les femmes âgées de rester sexuellement actifs en vieillissant parce qu'ils sont moins nombreux et ont donc plus de chances d'avoir une partenaire (Lindau *et al.*, 2007).

À l'âge adulte avancé, la sexualité est cependant différente de ce qu'elle était auparavant. Les hommes prennent plus de temps à avoir une érection et à éjaculer, l'érection devient moins ferme et moins durable, ils peuvent avoir besoin de plus de stimulation manuelle et connaissent

des intervalles plus longs entre les érections. Chez les femmes, l'engorgement de la poitrine ainsi que d'autres signes d'excitation sexuelle sont moins intenses qu'auparavant. Alors que ces divers changements n'empêchent pas le maintien de l'activité sexuelle, ils sont souvent perçus de façon très négative. Ainsi, plusieurs pensent que les personnes âgées ne peuvent plus avoir d'activité sexuelle, voire qu'elles ne devraient plus en avoir.

Les préjugés à cet égard sont nombreux: les personnes âgées, ainsi que leur entourage, peuvent les intérioriser et percevoir la sexualité comme ne faisant plus partie de leur vie. Ainsi, dans les résidences pour personnes âgées, on peut négliger de reconnaître leurs besoins sexuels et leur imposer des restrictions à cet égard. Par ailleurs, le manque d'intimité (par exemple les portes qui ne peuvent être verrouillées dans les centres d'hébergement) peut représenter un obstacle majeur à l'activité sexuelle (Vézina *et al.*, 2007, 2013). Pourtant, la satisfaction à l'égard de la vie, le fonctionnement cognitif et le sentiment de bien-être psychologique sont fortement liés à la pratique sexuelle (Trudel, Villeneuve, Anderson et Pilon, 2008).



#### FAITES LE POINT

4. En quoi les théories du vieillissement programmé et celles du vieillissement variable diffèrent-elles ?
5. Définissez la notion de « réserve organique » et expliquez comment le vieillissement peut l'affecter.
6. Un homme âgé se plaint de ne plus voir les petits détails des visages ou des objets. De quel trouble de la vision souffre-t-il probablement et peut-il espérer retrouver une vision normale ?

## 13.3 La santé physique et mentale

L'augmentation de l'espérance de vie soulève la question de la relation entre la longévité et la santé, aussi bien physique que mentale. Quel est, actuellement, l'état de santé des adultes âgés et comment peut-on en prévenir le déclin ? C'est ce que nous allons voir maintenant.

### 13.3.1 Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques

Les chances de rester en forme et en santé jusque tard dans la vie dépendent en grande partie du mode de vie, plus particulièrement de l'activité physique et de l'alimentation.

## L'activité physique

Comme nous l'avons déjà mentionné, la pratique d'exercices tout au long de la vie peut prévenir de nombreux changements physiques associés auparavant au vieillissement normal, comme le montre l'encadré 13.2. Cette pratique contribue à maintenir la vitesse, la résistance, la force et l'endurance; de plus, elle améliore la vigilance mentale et le rendement cognitif, soulage l'anxiété et la dépression légère et augmente le sentiment de bien-être (Agency for Healthcare Research and Quality and CDC, 2002). Une étude longitudinale menée auprès de 7553 femmes âgées révèle ainsi que le taux de mortalité de celles qui avaient augmenté leur niveau d'activité au cours d'une période de six ans était plus faible pendant les six ans et demi suivants (Gregg *et al.*, 2003).

## La nutrition

La nutrition demeure un facteur d'influence significatif dans cette dernière période du développement, où elle joue un rôle important dans la prédisposition à diverses maladies telles que l'artériosclérose, les troubles cardiaques et le diabète (Houston *et al.*,

### ENCADRÉ 13.2 APPLICATION

#### Les bienfaits de l'activité physique sur la santé des personnes âgées de 65 ans et plus

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'activité physique est particulièrement recommandée pour les personnes âgées de 65 ans et plus, quel que soit leur genre, leur sexe, leur ethnie ou leur revenu.

Par activité physique, l'OMS entend les loisirs, les déplacements (marche, vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les sports ou l'exercice planifié et les activités ludiques. Ces activités peuvent être pratiquées dans le contexte quotidien, familial ou communautaire. Les personnes de cet âge devraient :

- pratiquer une activité d'endurance d'intensité modérée au moins 150 minutes par semaine ou une activité d'endurance soutenue au moins 75 minutes par semaine (ou une combinaison de deux); l'activité devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes chacune;
- augmenter progressivement la durée hebdomadaire de leur activité d'endurance modérée (jusqu'à 300 minutes) ou soutenue (jusqu'à 150 minutes) pour en retirer des avantages supplémentaires;
- pratiquer des exercices de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine;
- faire une activité visant l'amélioration de l'équilibre et la prévention des chutes trois jours par semaine, si elles sont à mobilité réduite.

Ces recommandations s'appliquent non seulement aux personnes de 65 ans et plus en bonne santé, mais aussi à celles qui souffrent de maladies non transmissibles chroniques. Celles qui ont des problèmes de

santé particuliers (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) devraient obtenir un avis médical avant de chercher à atteindre les niveaux d'activité recommandés.

Selon l'OMS, les personnes âgées qui pratiquent une activité physique régulière :

- ont un plus faible taux de mortalité, toutes causes confondues (cardiopathies coronariennes, hypertension, accidents vasculaires cérébraux, diabète de type 2, cancers du côlon et du sein);
- ont de plus grandes capacités cardiorespiratoire et musculaire et une masse corporelle plus saine;
- sont mieux prémunies contre les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'ostéoporose;
- font preuve d'une meilleure santé fonctionnelle (moins de risques de chutes) et de meilleures fonctions cognitives;
- risquent moins de voir leur rôle social diminuer (OMS, 2013).



Par ailleurs, selon le comité scientifique de Kino-Québec (2002), les personnes âgées qui pratiquent une activité physique régulière en retirent des bienfaits sur les plans psychologique et social. En effet, l'activité physique permet de soulager les symptômes associés à l'anxiété et à la dépression. Elle améliore le sommeil et procure à la personne un meilleur sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle de soi. En voyant leur estime de soi et leur sentiment de bien-être rehaussés, les personnes actives physiquement connaîtront une meilleure intégration sociale, une des composantes majeures de la qualité de vie.

Source : Adapté de OMS, 2013; Kino-Québec, 2002.

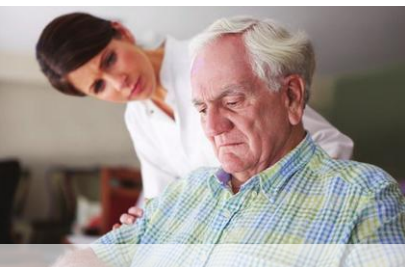
2005). Cependant, les besoins énergétiques et nutritifs ne sont plus les mêmes qu'auparavant, les personnes âgées ayant besoin de moins de calories, mais de plus de nutriments (Santé Canada, 2002b). Ainsi, une diète méditerranéenne (riche en huile d'olive, en grains entiers, en fruits et légumes et en noix) peut réduire les risques d'obésité, de pression artérielle et de taux de cholestérol élevés (Esposito *et al.*, 2004). Une enquête sur la santé des collectivités canadiennes a montré que 62 % des personnes âgées qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour sont en bonne santé, comparativement à 52 % chez ceux qui consomment moins de cinq portions (Shields et Martel, 2006). Pourtant, l'alimentation de bien des personnes âgées présente des carences en produits laitiers et en fruits et légumes. De plus, pour des raisons économiques, leur alimentation est parfois insuffisante, non seulement en qualité, mais aussi en quantité. Or, si un gain de poids important n'est pas sain pour la personne âgée, une perte de poids excessive ne l'est pas non plus puisqu'elle peut entraîner une faiblesse musculaire et une fragilité générale (Schlenker, 2010).

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, ce sont surtout les personnes vivant seules et en perte d'autonomie qui sont les plus susceptibles de malnutrition, la pauvreté demeurant un facteur négatif important. Les femmes âgées sont particulièrement susceptibles de vivre cette situation.

### 13.3.2 Les problèmes de santé physique et leur impact

Nous venons de voir que la mauvaise santé n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement. Toutefois, avec l'âge, les individus sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé et de développer des maladies chroniques qui mèneront à la mort. À travers le monde, les causes majeures de décès à partir de 60 ans sont les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies pulmonaires chroniques, les infections des voies respiratoires inférieures et le cancer du poumon (WHO, 2003). La prévalence du diabète et de l'hypertension augmente avec l'âge, cette dernière étant associée au risque d'accidents vasculaires cérébraux, mais aussi au déclin des fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire, l'apprentissage, les fonctions exécutives et les habiletés sensorielles et psychomotrices. Enfin, les chutes sont également fréquentes chez les personnes âgées; elles peuvent entraîner des blessures graves et la perte d'autonomie. Au Canada, 9 % des visites des aînés aux services d'urgence sont dues à des chutes, et ces dernières sont la principale cause d'hospitalisation au Québec comme au Canada. Même si la personne n'est pas blessée, elle peut, à la suite d'une chute, réduire ses activités de peur de tomber à nouveau (Fournier, Lecours et Gagné, 2012).

Lorsque les incapacités physiques ne sont pas trop sévères, la personne parvient généralement à maintenir ses activités quotidiennes. Cependant, en cas de troubles chroniques et de baisse de la réserve organique, la moindre blessure ou maladie peut avoir des répercussions sérieuses.



#### La dépression chez les personnes âgées

Les symptômes de dépression sont fréquents chez les personnes âgées, mais sont souvent ignorés parce qu'on croit, à tort, qu'ils font partie du vieillissement normal.

### 13.3.3 Les problèmes de santé mentale

Contrairement à la croyance populaire, la santé mentale tend à s'améliorer avec l'âge. Toutefois, lorsque des troubles mentaux et comportementaux surviennent, ils peuvent entraîner une altération de la majorité des activités quotidiennes ainsi qu'un déclin des fonctions cognitives (Van Hooren *et al.*, 2005). Beaucoup de personnes âgées et leurs familles croient, à tort, qu'on ne peut rien faire lorsque ces problèmes surgissent et, par conséquent, ne recherchent pas d'aide.

#### La dépression

Selon la Société canadienne de psychologie (SCP), de 15 % à 20 % des personnes âgées autonomes et vivant encore en société présenteraient des signes cliniques de dépression. Les taux sont de plus de 25 % chez les personnes qui vivent en

établissement ou qui sont atteintes de problèmes médicaux graves (SCP, 2009). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), lors d'une étude portant sur un échantillon de 50 000 personnes âgées vivant dans différents établissements de soins en hébergement, près de la moitié, soit 44 %, auraient reçu un diagnostic de dépression ou en présenteraient les symptômes (ICIS, 2010). Les personnes âgées qui aident un membre de leur famille atteint de démence sont également plus susceptibles de faire une dépression (SCP, 2009). Toutes les études montrent que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes, et ce, à tous les âges (Blazer et Hybels, 2005). Cependant, la prévalence des cas de dépression diminue pour les deux sexes avec l'avancement en âge (Vézina *et al.*, 2007).

L'hérédité explique de 40 % à 50 % du risque de dépression majeure (Bouchard, 2004). Toutefois, la vulnérabilité serait attribuable à l'influence de gènes multiples en interaction avec des facteurs environnementaux, comme les événements stressants, le sentiment de perte de contrôle, la solitude et la consommation de substances. À l'âge adulte avancé, les facteurs de risque particuliers incluent la maladie chronique ou l'incapacité, le déclin cognitif, le divorce, la séparation ou le veuvage (Mueller *et al.*, 2004).

Les personnes âgées qui souffrent de dépression présentent toute une série de symptômes dont les plus fréquents sont la perte d'énergie et le manque d'intérêt pour leurs activités habituelles, qu'elles n'ont plus de plaisir à pratiquer. Elles se plaignent également de malaises et de douleurs physiques ainsi que de troubles de mémoire. La dépression les rend moins actives et moins autonomes, ce qui contribue au déclin de leur condition physique; elle peut aussi aggraver leurs problèmes médicaux, par exemple, la personne mettra plus de temps à se remettre d'une fracture. De plus, la dépression peut aussi cacher le début d'une autre maladie comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. Enfin, la dépression peut conduire la personne âgée au suicide, dont elle est la cause la plus importante pour ce groupe d'âge (Société canadienne de psychologie, 2009).

Il n'est pas facile de poser un diagnostic de dépression chez les personnes âgées: la dépression étant souvent combinée à d'autres problèmes médicaux, les médecins peuvent lui accorder une moins grande priorité. De plus, les personnes âgées parlent plus facilement de leurs malaises physiques que de leurs problèmes psychologiques. Pourtant, la prévention ainsi qu'un diagnostic précis et un traitement adéquat pourraient aider de nombreuses personnes âgées à prolonger leur vie et à rester plus actives. On peut traiter la dépression avec des antidépresseurs, par la psychothérapie ou par la combinaison des deux, les antidépresseurs s'avérant aussi efficaces que pour les adultes plus jeunes (Blazer, 2009).

## Les démences

La **démence** est un terme général qu'on utilise pour désigner la détérioration du fonctionnement cognitif et comportemental due à des causes physiologiques. La plupart des formes de démence sont irréversibles, mais environ 10 % des cas peuvent être soignés s'ils sont diagnostiqués suffisamment tôt. Environ les deux tiers des cas de démence sont causés par la **maladie d'Alzheimer**, un trouble dégénératif progressif du cerveau (Gatz, 2007). La **maladie de Parkinson**, deuxième trouble en importance comportant une dégénérescence neurobiologique, se caractérise quant à elle par un ensemble de perturbations de la motricité, soit des tremblements, de la raideur musculaire, un ralentissement des mouvements, des problèmes d'équilibre et des difficultés d'élocution. Elle est provoquée par un dysfonctionnement de la production de dopamine, un des neurotransmetteurs du cerveau. Environ 25 % des personnes atteintes finissent par présenter des symptômes de démence (Vézina *et al.*, 2013). Enfin, la démence vasculaire, pour sa part, résulte généralement d'une série de petits accidents vasculaires cérébraux qui, peu à peu, entraînent une détérioration du fonctionnement cognitif. Ces trois maladies, toutes irréversibles, expliquent au moins 8 cas de démence sur 10.

### Démence

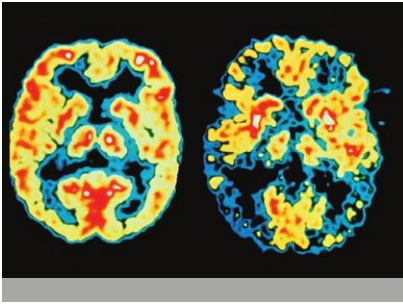
Détérioration du fonctionnement cognitif et comportemental due à des causes physiologiques.

### Maladie d'Alzheimer

Maladie dégénérative irréversible du cerveau caractérisée par des troubles de la mémoire et d'autres fonctions cognitives.

### Maladie de Parkinson

Maladie dégénérative irréversible du cerveau caractérisée par un ensemble de troubles de la motricité.



### Le cerveau et la maladie d'Alzheimer

Ces images électroniques montrent la détérioration importante du cerveau d'un patient atteint par la maladie d'Alzheimer (à droite), comparé à un cerveau normal (à gauche). Le rouge et le jaune représentent des zones de haute activité cérébrale. Le bleu et le noir représentent des zones de faible activité cérébrale.

Certains traits de personnalité semblent associés à la probabilité pour une personne de développer ou non une démence. Une recherche longitudinale suédoise a suivi 506 sujets adultes et a montré que les personnes qui présentent un niveau élevé d'extraversion et une faible tendance au névrosisme sont moins susceptibles de développer une démence (Wang *et al.*, 2009). D'autres facteurs tels que l'éducation ou un travail impliquant des défis semblent également protéger de la démence (Mortimer, Snowdon et Markesbery, 2002; Seidler *et al.*, 2004).

La maladie d'Alzheimer est l'une des maladies les plus fréquentes et les plus appréhendées chez les personnes âgées; elle touche plus de 26 millions de personnes à travers le monde et son incidence devrait quadrupler d'ici 2050 (Brookmeyer *et al.*, 2007). Selon la Société Alzheimer du Canada, en 2011 au Canada, 747 000 personnes étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et sur ce nombre, 125 000 personnes vivaient au Québec. Ce chiffre devrait doubler d'ici 2031 (Société Alzheimer du Canada, 2012). En effet, le risque de développer cette terrible maladie augmentant avec l'âge, la longévité croissante signifie que de plus en plus de personnes risquent d'en être atteintes. Les femmes constituent plus des deux tiers des personnes atteintes.

Progressivement, cette maladie enlève au patient son intelligence, sa conscience de soi et du monde et même sa capacité de contrôler ses fonctions corporelles, puis, finalement, elle le tue. Les symptômes classiques de la maladie d'Alzheimer sont l'altération progressive des fonctions cognitives, plus particulièrement celles de la mémoire, avec surtout l'oubli des événements récents dont l'encodage est défectueux, et la détérioration du langage et de la pensée (Cummings, 2004). Le tableau 13.1 compare les premiers signes de la maladie d'Alzheimer au comportement normal.

**TABLEAU 13.1** Les premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer

Comportement normal	Symptômes de la maladie
Oublis temporaires	Oublis permanents d'événements récents; répétitions continues des mêmes questions
Incapacité à effectuer certaines tâches difficiles	Incapacité à effectuer des tâches routinières comprenant différentes étapes, comme préparer un repas ou le servir
Oublier des mots inhabituels ou complexes	Oublier des mots simples
Se perdre dans une ville inconnue	Se perdre dans son propre quartier
Être momentanément distrait et perdre de vue l'enfant dont on s'occupe	Oublier qu'on doit s'occuper d'un enfant et quitter la maison
Commettre une erreur en établissant le solde d'un compte bancaire	Oublier ce que signifient les nombres sur un compte et ne pas savoir quoi en faire
Placer des articles de la vie quotidienne au mauvais endroit	Placer des choses dans un endroit inapproprié où on ne pense pas à les chercher (par exemple, une montre-bracelet dans un aquarium)
Changements d'humeur occasionnels	Changements d'humeur et de personnalité rapides et radicaux; perte d'initiative

Les changements sur le plan de la personnalité, tels que la rigidité mentale, l'apathie, l'égoïsme et le manque de contrôle émotionnel, tendent à apparaître au début du développement de la maladie (Balsis, Carpenter et Storandt, 2005). Ces changements peuvent servir au dépistage précoce des personnes à risque de développer une démence (Duchek *et al.*, 2007). D'autres symptômes apparaissent au fur et à mesure que la maladie progresse, comme le montre l'encadré 13.3, qui aborde les conséquences psychologiques de la maladie d'Alzheimer tant pour la personne atteinte que pour ses proches. Habituellement, le décès survient de 8 à 10 ans après l'apparition des premiers symptômes (Cummings, 2004).

ENCADRÉ 13.3  APPROFONDISSEMENT**La maladie d'Alzheimer: conséquences psychologiques pour le malade et pour son entourage**

La maladie d'Alzheimer s'installe progressivement, mais de façon différente selon chaque personne. Elle entraîne des conséquences nombreuses, non seulement pour la personne atteinte, mais aussi pour ses proches.

Selon la Société Alzheimer du Canada (2008), on peut distinguer trois stades dans l'évolution de la maladie, les conséquences s'aggravant au fur et à mesure que la maladie progresse.

1. Le stade léger ou stade précoce : à ce stade, certaines personnes ne se rendent pas compte de leurs difficultés, le diagnostic étant souvent posé à la fin de ce stade. Les symptômes les plus fréquents sont alors des troubles de la mémoire récente et épisodique (par exemple, le souvenir des dernières vacances), des changements dans l'humeur et le comportement (par exemple, la difficulté à utiliser les transports en commun) et des difficultés légères dans l'expression verbale. Ces symptômes sont parfois confondus avec ceux de la dépression.
2. Le stade modéré ou stade intermédiaire : à ce stade, les symptômes se multiplient et deviennent évidents. Ils affectent plusieurs fonctions.

## a) Les fonctions cognitives :

- Les problèmes de mémorisation s'accroissent : le patient perd le souvenir des événements récents, puis celui des événements passés et il mélange les informations. Il reconnaît encore les visages familiers, se souvient de son nom, mais peut avoir oublié son adresse.
- La capacité de comprendre et de penser est également touchée : la personne a de plus en plus de difficulté à organiser sa pensée et à faire des choix. Sa capacité de concentration diminue. Elle est également désorientée dans le temps et dans l'espace.
- La capacité de communiquer se détériore, le patient ayant de la difficulté à comprendre les mots et à s'exprimer tant oralement que par écrit.

## b) L'humeur et les émotions :

- Il devient difficile pour la personne de contrôler son humeur et ses émotions, qui varient beaucoup. Elle peut avoir encore une certaine conscience de son état.
- Certains malades se replient sur eux-mêmes. Ils peuvent aussi sembler apathiques et perdre tout intérêt pour les activités qu'ils aimaient auparavant.
- La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer continue cependant de ressentir des émotions multiples, telles que la peur, la colère, l'anxiété, la tristesse, la joie, l'amour, la méfiance et l'hostilité.

## c) Le comportement :

- Des modifications importantes du comportement se manifestent chez le patient. Le comportement peut être dépourvu d'inhibition, par exemple sur le plan sexuel.
- La personne peut poser sans cesse les mêmes questions et avoir des gestes répétitifs, être agitée et déambuler sans arrêt. Elle peut avoir des idées délirantes et des hallucinations.
- L'exécution des tâches quotidiennes devient de plus en plus difficile.
- Les troubles du sommeil sont fréquents. Il peut même y avoir une inversion des périodes de sommeil et de veille, la personne étant éveillée la nuit avec une grande agitation le soir.



3. Le stade avancé : à ce stade, les déficits cognitifs sont importants. La personne ne reconnaît plus ses proches et la communication verbale devient impossible. Elle perd ses capacités motrices et ne peut plus marcher seule. Elle a de la difficulté à manger et à avaler. L'incontinence (vessie et intestins) est maintenant fréquente. La personne n'est plus autonome et a besoin de soins 24 heures sur 24, car elle ne peut plus se nourrir seule ni s'occuper d'elle-même. C'est généralement à ce stade qu'on doit la placer dans un établissement, car les proches ne peuvent plus assurer tous ses besoins.

Lorsqu'une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer, c'est tout l'entourage qui est affecté, les proches devenant souvent des aidants naturels. Ce changement de rôles va amener plus particulièrement le proche aidant à passer par différentes étapes. Toutefois, chaque proche aidant aura son propre cheminement, l'ordre des étapes pouvant varier (Institut Douglas, 2012) :

1. Le déni : l'aidant attribue les symptômes au vieillissement, il croit à une erreur de diagnostic.
2. La colère : l'aidant peut la diriger envers tout ce qui confirme le diagnostic, soit le médecin, le système de santé, le malade, l'entourage.
3. La négociation : le proche aidant tente par tous les moyens de retarder le processus et cherche des solutions qui changeraient la situation.
4. La dépression : elle peut se produire lorsque l'aidant réalise que la maladie est inévitable et incurable. Elle peut aussi résulter du stress et de l'épuisement vécus par l'aidant au fur et à mesure que les symptômes du malade s'aggravent.
5. L'acceptation : l'aidant peut vivre des émotions contradictoires ; il ne veut pas perdre l'être cher et souhaite en même temps que la maladie se termine au plus vite.

Les proches, et plus particulièrement le proche aidant, auront aussi de nombreux deuils à faire, tels que le deuil de la relation qui existait avant



la maladie, le deuil de la prédictibilité (plus de projets à long terme), le deuil du rôle (le conjoint devient l'aidant, l'enfant devient le parent) et surtout le deuil « blanc » (la personne malade n'est pas morte, mais elle n'est plus elle-même, elle perd ses capacités mentales et on ne peut plus communiquer avec elle) (Institut Douglas, 2012).

Le fait d'aider l'être cher apporte des gratifications (par exemple, le sentiment du devoir accompli, l'expression de l'attachement et de l'amour), mais représente également un fardeau à la fois physique, psychologique, émotionnel et social qui peut être très lourd (Von Gunten, Kohler et Gold, 2008). Pour être capable d'y faire face, l'aidant doit, entre autres :

- comprendre la maladie et son évolution pour ne pas être déstabilisé par ses manifestations ;
- reconnaître et accepter ses propres émotions même si elles sont négatives ;
- prendre du temps pour lui afin d'éviter l'épuisement physique et psychologique ;
- maintenir une vie sociale active et ne pas se replier sur le couple aidant-aidé ;
- rechercher le soutien de l'entourage et des amis.

Source : Institut Douglas, 2012 ; Société Alzheimer du Canada, 2013.

#### Plaque sénile ou plaque amyloïde

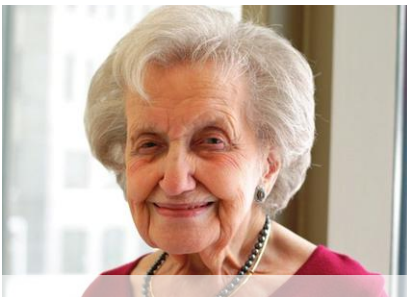
Tissu formé essentiellement de dépôts de protéine bêta-amyloïde que le cerveau ne peut éliminer et qui occupe les espaces entre les neurones, empêchant ces derniers de bien communiquer entre eux.

#### Enchevêtrement neurofibrillaire

Enchevêtrement de filaments anormaux qui forme des fibrilles dans le corps même des neurones et qui finit par les détruire.



L'encadré 13.1W donne un aperçu des recherches pour trouver les causes de la maladie d'Alzheimer.



#### Brenda Milner

Née en 1918, Brenda Milner, chercheuse de réputation internationale en neuropsychologie, continue de travailler dans son laboratoire de l'Institut de neurologie de Montréal, en plus de donner des conférences à travers le monde. Elle contribue ainsi à augmenter ses réserves cognitives.

Le cerveau des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer contient des quantités excessives de **plaques séniles** ou **plaques amyloïdes** qui se forment entre les neurones et les empêchent de bien communiquer entre eux. On observe également des **enchevêtrements neurofibrillaires**, c'est-à-dire des enchevêtrements de filaments anormaux qui forment des fibrilles dans le corps même des neurones et qui finissent par les détruire. Par ailleurs, à la différence de la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, ou du moins l'âge auquel elle apparaît, est fortement héréditaire (Gatz *et al.*, 2006). Ainsi, dans la mise en situation, les craintes de Louise à l'effet de développer la maladie, comme sa mère, sont fondées.

D'autres facteurs tels que la diète et l'activité physique pourraient être particulièrement importants pour les personnes qui ne présentent pas de risques génétiques (Gatz, 2007). Les aliments riches en vitamine E, les gras insaturés non hydrogénés, les oméga-3, les noix et les graines pourraient, entre autres, protéger contre cette maladie (Morris, 2004).

On sait, d'autre part, que le niveau d'éducation et les activités stimulantes sur le plan cognitif ont été associés à une diminution des risques de troubles cognitifs (Billings *et al.*, 2007 ; Wilson *et al.*, 2007). L'effet protecteur ne semble pas dû à l'éducation elle-même, mais au fait que les personnes éduquées sont plus susceptibles d'être actives sur le plan cognitif (Wilson et Bennett, 2003). Comment l'activité cognitive peut-elle protéger de la maladie d'Alzheimer ? Une des hypothèses stipule que l'activité cognitive continue permettrait de construire des réserves cognitives qui retarderaient l'apparition de la démence (Stern, 2009). Comme les réserves organiques, les réserves cognitives permettraient au cerveau qui se détériore de continuer de fonctionner en cas de stress sans montrer de signes de déficience, mais seulement jusqu'à un certain point. L'analyse de 26 études mondiales conclut qu'une simple augmentation de 5 % des réserves cognitives pourrait prévenir un tiers des cas d'Alzheimer (de la Fuente-Fernandez, 2007). Toutefois, des recherches récentes indiquent qu'aucune conclusion définitive ne peut être tirée sur la possibilité de faire un lien entre les facteurs de risque modifiables et la maladie d'Alzheimer (Daviglius *et al.*, 2010).

Par ailleurs, les tests cognitifs utilisés en association avec l'imagerie cérébrale pourraient permettre de mieux évaluer quels sont les adultes à risque de développer une démence. Ainsi, dans une recherche sur des adultes qui présentaient des troubles cognitifs légers, des modifications dans le lobe temporal médian et dans le gyrus fusiforme sont apparues trois ans avant le diagnostic de la maladie (Whitwell *et al.*, 2007). Si l'on ne peut, à ce jour, guérir la maladie d'Alzheimer, un diagnostic précoce et un traitement pharmaceutique peuvent en ralentir la progression et améliorer la qualité de vie.



**FAITES LE POINT**

7. Quels sont les deux principaux facteurs qui demeurent importants pour le maintien d'une bonne santé physique chez l'adulte âgé ?
8. Quels sont les symptômes les plus fréquemment observés chez les personnes âgées qui souffrent de dépression ?
9. Définissez la maladie d'Alzheimer et expliquez les principaux troubles qu'elle entraîne.

## 13.4 Le développement cognitif

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, le vieillissement, comme l'ensemble du développement, implique à la fois des gains et des pertes. Voyons ce qu'il advient de l'intelligence et des capacités de traitement de l'information chez l'adulte d'âge avancé.

### 13.4.1 L'intelligence et le traitement de l'information

L'intelligence diminue-t-elle avec l'âge ? La réponse dépend des habiletés concernées et de la façon dont on les mesure. Certaines capacités, comme la rapidité des processus mentaux et le raisonnement abstrait, peuvent décliner dans les années les plus avancées, mais la plupart des autres habiletés tendent à s'améliorer au cours de la vie adulte. Même si les changements dans le traitement de l'information peuvent refléter une détérioration neurologique, les variations individuelles sont très grandes, ce qui indique que le déclin cognitif n'est pas inévitable et qu'on peut le prévenir.

Pour mesurer l'intelligence des personnes âgées, les chercheurs utilisent souvent l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (WAIS). Si les personnes âgées ont tendance à obtenir de moins bons résultats que les plus jeunes, la différence concerne principalement la rapidité d'exécution et la performance non verbale. Sur le plan de la performance verbale, les scores ne présentent qu'une baisse légère et très graduelle. Plusieurs facteurs tels que la diminution des capacités sensorielles et motrices ainsi que le ralentissement général peuvent influencer sur leurs performances. Ainsi, lors des tests, le temps alloué pour répondre est limité, ce qui défavorise les personnes âgées, qui réussissent mieux si on leur accorde plus de temps.

#### Les travaux de Schaie

Dans l'étude longitudinale de Seattle sur l'intelligence chez les adultes, les chercheurs ont mesuré six habiletés cognitives, soit la compréhension verbale, l'aisance d'élocution, les habiletés numériques, l'orientation spatiale, le raisonnement inductif et la vitesse de perception. En accord avec d'autres recherches, la vitesse de perception tend à décliner plus tôt et plus rapidement. Par contre, en ce qui concerne les autres habiletés, le déclin est plus lent et il n'est pas systématique. Si les personnes vivent assez longtemps, il semble que leurs habiletés cognitives vont faiblir à un certain moment, mais elles sont néanmoins très peu nombreuses à subir un affaiblissement de toutes leurs habiletés, ou de la plupart d'entre elles, et plusieurs habiletés peuvent même s'améliorer dans certains domaines. Ainsi, les personnes âgées qui sont relativement en santé ne manifestent que des pertes mineures à la fin de la soixantaine ou à partir de 70 ans. Leur performance n'est inférieure à celle des adultes plus jeunes que lorsqu'elles sont octogénaires, mais, là encore, le déclin des habiletés verbales et du raisonnement est léger (Schaie, 2005).

Par ailleurs, ce qui est le plus remarquable dans l'étude de Seattle, ce sont les grandes différences individuelles en ce qui a trait au déclin cognitif. Les sujets les plus susceptibles de présenter un déclin étaient des hommes qui avaient un faible niveau de scolarisation, qui étaient insatisfaits par rapport aux succès obtenus dans leur vie et dont



En faisant des mots croisés, quelles habiletés cognitives Louise stimule-t-elle ?

la personnalité présentait une diminution significative de la flexibilité. Par contre, les sujets qui effectuaient un travail complexe sur le plan cognitif et qui étaient en bonne santé avaient tendance à maintenir leurs habiletés plus longtemps que les autres. En effet, les activités qui sollicitent les habiletés cognitives favorisent le développement de ces dernières et améliorent la mémoire (Willis et Schaie, 2005). Par conséquent, la détérioration des habiletés cognitives peut souvent être attribuée au fait qu'elles ne sont pas utilisées ou qu'elles le sont de façon insuffisante. Tout comme les athlètes qui vieillissent peuvent faire appel à leurs réserves physiques, avec de l'entraînement, de la pratique et du soutien social, les personnes âgées semblent capables de faire appel à leurs réserves mentales.

### La résolution de problèmes quotidiens

Dans la vie courante, l'intelligence ne sert pas à passer des tests, mais à résoudre les problèmes quotidiens. Ainsi, dans plusieurs études, la qualité des décisions pratiques prises par les adultes âgés (comme le type d'automobile à acheter, le traitement à suivre pour le cancer de la prostate ou le choix d'une police d'assurance) ne présente que peu de liens, et parfois aucun, avec la performance lors des tâches proposées dans les tests d'intelligence (Blanchard-Fields, 2007). De la même façon, plusieurs chercheurs qui ont étudié la résolution de problèmes au quotidien (par exemple, savoir quoi faire en cas d'inondation du sous-sol) n'ont pas trouvé que le déclin était aussi rapide que celui qu'on constate souvent lorsqu'on mesure l'intelligence fluide, et certains ont même découvert une amélioration notable (Blanchard-Fields, Stein et Watson, 2004), particulièrement lorsqu'on étudie des contextes qui sont familiers pour les personnes âgées (Artistico *et al.*, 2010). L'efficacité de la résolution de problèmes au quotidien semble plutôt rester stable jusque tard dans la vie, puis décliner par la suite.

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes interpersonnels, les personnes âgées se montrent généralement plus souples et plus efficaces. Elles possèdent en effet des répertoires plus élargis et plus variés de stratégies qui s'appliquent à différentes situations que les adultes plus jeunes (Blanchard-Fields, Mienaltowski et Seay, 2007).

### Les modifications dans le traitement de l'information

Comment expliquer la trajectoire variable des habiletés cognitives à la fin de l'âge adulte ? Chez de nombreuses personnes âgées, le ralentissement général du fonctionnement du système nerveux central contribue considérablement à la perte d'efficacité dans le traitement de l'information et aux modifications des habiletés cognitives. Ainsi,

la rapidité du traitement de l'information est une des premières habiletés à décliner ; son ralentissement est lié à l'état de santé, à l'équilibre et à la démarche, ainsi qu'à l'exécution de tâches quotidiennes, comme chercher un numéro de téléphone ou compter la monnaie (Ball, Edwards et Ross, 2007). Par ailleurs, l'habileté qui permet de déplacer son attention d'une tâche à une autre tend, elle aussi, à décliner avec l'âge (Bucur et Madden, 2010). Ce déclin pourrait expliquer pourquoi de nombreux adultes vieillissants ont de la difficulté à conduire, cette activité exigeant un déplacement rapide de l'attention : regarder à droite, à gauche, observer les feux de circulation, etc. (Bialystok *et al.*, 2004).

Toutefois, l'entraînement peut augmenter la vitesse de traitement de l'information chez les adultes plus âgés et leur permettre de traiter non seulement plus d'information, mais de l'information plus complexe et dans un laps de temps de plus en plus court. Ce type d'entraînement comprend

généralement des exercices, de la rétroaction et l'apprentissage de stratégies particulières à la tâche. L'étude de divers programmes d'entraînement montre que ce sont les participants qui commençaient par les pires performances qui faisaient les progrès les plus importants. C'est la méthode destinée à améliorer la conduite automobile qui se révélait la plus efficace, parce que son objectif était concret et pratique. La recherche



#### Le lent déclin de la mémoire

Tout comme les autres habiletés cognitives, la mémoire décline lentement. Cette personne âgée doit maintenant faire une liste pour se souvenir de ce qu'elle doit acheter.

met en évidence, une fois de plus, la plasticité du cerveau, même en ce qui a trait à une habileté fluide de base, soit la rapidité de traiter de l'information (Ball *et al.*, 2007).

### 13.4.2 La mémoire

Perdre la mémoire est souvent considéré comme étant un signe de vieillissement. La personne qui prend plusieurs médicaments doit maintenant les placer dans un endroit bien visible pour ne pas les oublier, une autre ne peut faire ses courses sans avoir recours à une liste d'achats. En dehors des cas de démence, on estime que 1 adulte sur 5 âgé de plus de 70 ans présente un certain degré d'altération de la mémoire (Plassman *et al.*, 2008). Toutefois, comme pour les autres habiletés cognitives, le fonctionnement de la mémoire décline lentement et avec de grandes variations individuelles. Pour mieux comprendre ce déclin lié à l'âge, il nous faut regarder les différents systèmes qui permettent au cerveau de retenir de l'information pour un usage ultérieur, soit la mémoire à court terme et la mémoire à long terme, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre 5.

#### La mémoire à court terme

Les chercheurs évaluent la mémoire à court terme en demandant à une personne de répéter une séquence de chiffres, soit dans l'ordre dans lequel ils ont été présentés, soit dans l'ordre inverse. Les personnes d'âge avancé peuvent encore répéter les chiffres dans l'ordre, mais pas dans l'ordre inverse (Craik et Jennings 1992). L'explication largement acceptée est que la répétition des chiffres dans l'ordre fait uniquement appel à la mémoire sensorielle, qui permet de retenir très brièvement une information sensorielle et qui reste efficace tout au long de la vie (*voir le chapitre 5*). Par contre, la répétition des chiffres dans l'ordre inverse suppose une manipulation de l'information dans la mémoire de travail dont les capacités diminuent progressivement avec l'âge, faisant en sorte qu'il devient plus difficile d'exécuter plus d'une tâche à la fois (Smith *et al.*, 2001). Toutefois, la complexité de la tâche représente un facteur clé dans la mémorisation. Ainsi, pour les tâches qui requièrent uniquement de la répétition, le déclin est très léger. Par contre, on observe une baisse plus importante pour celles qui nécessitent un travail de réorganisation ou d'élaboration (Emery, Heaven, Paxton et Braver, 2008).

#### La mémoire à long terme

Les chercheurs en traitement de l'information divisent la mémoire à long terme en trois systèmes: la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale. Êtes-vous en mesure de vous souvenir de ce que vous avez mangé ce matin ou de vous rappeler si vous avez bien fermé la maison à clé en partant? De telles informations sont entreposées dans la mémoire épisodique qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, permet de garder des informations sur des expériences et des événements particuliers rattachés à un lieu et à un temps déterminé. C'est cette forme de mémoire qui est la plus susceptible de se détériorer avec l'âge, particulièrement lorsqu'il s'agit d'événements récents (Park et Gutchess, 2005).

La **mémoire sémantique**, quant à elle, est comme une sorte d'encyclopédie mentale; elle permet, entre autres, de garder en mémoire la connaissance de faits historiques, de lieux géographiques, de coutumes sociales, ainsi que la signification des mots. Pour garder une information dans la mémoire sémantique, il n'est pas nécessaire de se souvenir du lieu ni du moment où elle a été apprise. Cette forme de mémoire décline peu. En fait, le vocabulaire et la connaissance des règles du langage peuvent même augmenter avec l'âge (Camp, 1989).

Enfin, la **mémoire procédurale** permet de se rappeler comment conduire une bicyclette ou utiliser un clavier d'ordinateur. Elle inclut les habiletés motrices, les habitudes et les savoir-faire qui, une fois appris, peuvent être récupérés sans effort conscient. La mémoire procédurale est elle aussi relativement peu affectée par l'âge (Fleischman *et al.*, 2004).

#### Mémoire sémantique

Sorte d'encyclopédie mentale qui permet de garder en mémoire la connaissance de faits historiques, de lieux géographiques, de coutumes sociales, ainsi que la signification des mots.

#### Mémoire procédurale

Mémoire qui inclut les habiletés motrices, les habitudes et les savoir-faire qui, une fois appris, peuvent être récupérés sans effort conscient.



### Les habiletés procédurales

Pour conduire une bicyclette, il faut recourir à la mémoire procédurale. Une fois acquises, les habiletés procédurales peuvent être récupérées sans effort conscient.

## Les causes du déclin des facultés mnémoniques

Les scientifiques avancent plusieurs hypothèses pour expliquer le déclin de la mémoire. Une première approche met l'accent sur les structures biologiques et lie la perte de mémoire à la diminution de la vitesse de traitement de l'information, dont nous avons parlé précédemment. Nous avons vu, dans le chapitre 5, que les différents systèmes mnémoniques dépendent de différentes structures cérébrales. Ainsi, un trouble qui atteint une structure particulière du cerveau peut altérer le type de mémoire qui lui est associé. Par exemple, la maladie d'Alzheimer perturbe la mémoire de travail (dont les fonctions s'effectuent dans le cortex préfrontal, à l'avant des lobes frontaux) ainsi que les mémoires sémantique et épisodique (situées dans les lobes frontaux et temporaux), alors que la maladie de Parkinson affecte la mémoire procédurale, située surtout dans le cervelet et les noyaux gris centraux (Budson et Price, 2005). Nous avons vu également que le cerveau

peut compenser ces déclinés liés à l'âge en mettant d'autres régions cérébrales à contribution. Cela pourrait expliquer pourquoi les symptômes de la maladie d'Alzheimer n'apparaissent souvent qu'à un stade avancé, soit lorsque les régions saines du cerveau qui avaient pris la relève sont à leur tour affectées et ne peuvent plus compenser (Finch et Zelinski, 2005).

Une autre approche met plutôt l'accent sur les problèmes d'encodage, de stockage et de rappel de l'information. Les personnes âgées seraient moins efficaces et moins précises que les jeunes adultes dans leur façon d'encoder une information nouvelle dans la mémoire épisodique pour s'en souvenir facilement, par exemple en créant des associations mentales (Craik et Jennings, 1992). Cependant, lorsque les personnes âgées utilisent ces stratégies associatives, les difficultés d'encodage diminuent (Naveh-Benjamin *et al.*, 2007). L'autre hypothèse veut que l'information stockée se détériore à un point tel qu'il devient difficile, voire impossible, pour la personne âgée de la retrouver. Cependant, même si la «défaillance du stockage» peut augmenter légèrement avec l'âge, les souvenirs peuvent laisser des traces et être reconstruits (Camp et McKittrick, 1989; Chafetz, 1992). Il semble également que les souvenirs ayant une forte composante émotionnelle résistent mieux au déclin (Kensinger, 2009). Par exemple, les adultes âgés sont plus motivés à garder les souvenirs qui ont, pour eux, une signification émotive positive (Carstensen et Mikels, 2005).

Ici encore, il faut tenir compte du fait que la plupart de ces recherches sur la mémoire ont été menées en laboratoire. Dans le monde réel, les fonctions d'encodage, de stockage et de rappel s'effectuent différemment. Ainsi, une étude qui demandait à 333 adultes âgés de tenir un journal quotidien a démontré que ces derniers étaient plus susceptibles de rapporter des troubles de mémoire les jours où ils étaient stressés, surtout si le stress était provoqué par d'autres personnes (Neupert *et al.*, 2006).



### FAITES LE POINT

10. Dans le traitement de l'information, quelle est l'habileté qui décline en premier ?
11. Distinguez la mémoire sémantique de la mémoire procédurale en expliquant les propriétés de chacune.
12. La grand-mère de votre amie, âgée de 72 ans, oublie de plus en plus souvent où elle a déposé ses lunettes ou ses clés. Elle est obligée de faire une liste pour faire son épicerie et il lui arrive de ne pas se souvenir d'une anecdote qu'on lui a racontée la veille. Votre amie s'inquiète et vous demande si sa grand-mère ne serait pas au début de la maladie d'Alzheimer. Que pouvez-vous lui répondre ?

## 13.5 Le développement affectif et social

La dernière période du développement ne marque pas la fin de l'épanouissement personnel, bien au contraire. Elle permet aux personnes de porter un regard sur leur vie, de terminer ce qu'elles ont entrepris et de décider comment canaliser au mieux leurs énergies pour le temps qui leur reste à vivre. Voyons ce que la recherche nous apprend sur l'évolution de la personnalité, ainsi que sur les relations affectives et sociales des personnes vieillissantes.

### 13.5.1 L'évolution de la personnalité

Comme nous l'avons vu dans les chapitres 11 et 12, selon le modèle de la personnalité en cinq facteurs de Costa et McCrae (2006), on peut observer une relative stabilité à long terme dans les traits de personnalité étudiés. Par exemple, une personne optimiste va probablement le rester en vieillissant. Toutefois, d'autres études longitudinales et transversales ont mis en évidence l'existence de changements après l'âge de 60 ans : la confiance en soi, la cordialité, la droiture et la stabilité émotionnelle augmenteraient alors que la tendance au névrosisme (Allemand, 2007), la vitalité sociale (aimer la compagnie des autres) et l'ouverture aux expériences diminueraient (Roberts et Mroczek, 2008). Par ailleurs, on a souvent dit que les personnes devenaient plus rigides en vieillissant. Or, les tests de personnalité qui ont été appliqués aux 3442 participants de l'étude longitudinale de Seattle n'ont pas montré de lien entre l'âge et l'inflexibilité (Schaie, 2005). Au contraire, les personnes appartenant aux cohortes les plus récentes semblent être plus flexibles que celles appartenant aux cohortes précédentes. Cette découverte remet en question le stéréotype voulant que les personnes âgées deviennent rigides et qu'elles restent campées sur leurs positions.

Par ailleurs, la personnalité est un indice de prédiction fiable de l'émotivité et du sentiment de bien-être (Isaacowitz et Smith, 2003). Une étude longitudinale qui a suivi quatre générations pendant 23 ans révèle que les émotions négatives autorapportées, comme l'ennui, la solitude, la tristesse et la dépression, diminuent avec l'âge. En même temps, les émotions positives, comme l'enthousiasme, l'intérêt, la fierté et le sentiment d'accomplissement, ont tendance à rester stables jusqu'à un âge avancé, puis à décliner légèrement et progressivement (Charles, Reynolds et Gatz, 2001). On peut expliquer ce tableau généralement positif par le fait que les adultes vieillissants ont tendance à rechercher des activités et des personnes qui leur procurent des gratifications, et qu'elles deviennent plus sélectives quant à leurs contacts sociaux, comme nous l'avons vu dans le chapitre 12. De plus, leur capacité accrue à réguler leurs émotions pourrait expliquer pourquoi les personnes âgées ont tendance à être plus heureuses et plus joyeuses que les adultes plus jeunes, et à ressentir moins souvent et de façon plus passagère des émotions négatives (Blanchard-Fields, Stein et Watson, 2004; Carstensen, 1999).

### 13.5.2 La théorie psychosociale d'Erikson

Pour Erikson, la huitième et dernière crise à résoudre est celle de **l'intégrité du moi versus le désespoir**. Pour résoudre cette crise, l'adulte vieillissant doit évaluer sa vie et l'accepter, mais aussi accepter sa mort prochaine. Il lui faut atteindre un sentiment de cohérence et de plénitude par rapport à la vie qu'il a menée, au lieu de sombrer dans le désespoir et les regrets (Erikson, Erikson et Kivnik, 1986). Les personnes qui parviennent à résoudre cette dernière tâche adaptative ont le sentiment que leur vie a un sens et qu'elle s'intègre dans un ordre social plus large. La sagesse représente la force adaptative qui peut se développer lors de ce dernier stade; elle permet à la personne d'accepter ses propres imperfections, tout comme celles de ses proches, et de faire face à la mort. Toutefois, pour Erikson, même si la crise est résolue et si l'intégrité du moi l'emporte, un certain désespoir demeure inévitable, compte tenu de la vulnérabilité et du caractère transitoire de la condition humaine.



#### L'intégrité du moi et le travail créatif

Pour maintenir l'intégrité du moi, Erikson croit que l'adulte d'âge avancé doit continuer d'être stimulé et de relever des défis, comme le fait Edgar Fruitier, toujours très actif sur la scène culturelle québécoise.

#### Intégrité du moi versus désespoir

Selon Erikson, huitième et dernière crise durant laquelle la personne accepte la vie qu'elle a menée ainsi que sa mort prochaine, ou sombre dans le désespoir et les regrets.

Par ailleurs, Erikson croit que l'adulte d'âge avancé doit maintenir une implication vitale dans la société, même si son corps décline : il doit continuer d'être stimulé et de relever des défis. Pour Erikson, le sentiment d'intégrité ne peut donc venir de la seule réflexion sur le passé, mais d'une participation active à la vie sociale, que ce soit par le travail créatif, les activités politiques, le conditionnement physique ou les relations avec les petits-enfants (Erikson *et al.*, 1986).

### 13.5.3 Les différents modèles du vieillissement réussi

Y a-t-il une façon de bien vieillir ? La personne doit-elle poursuivre son engagement dans une vie active, comme le dit Erikson, ou bien doit-elle se retirer progressivement ? Les modèles qui mettent l'accent sur le vieillissement réussi ont largement remplacé l'idée préconçue que le vieillissement résulte d'un processus inévitable de pertes et de déclin. En effet, une revue des recherches suggère qu'environ un tiers des adultes de plus de 60 ans sont engagés dans un vieillissement heureux (Depp et Jeste, 2009).

#### Les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité

##### Théorie du désengagement

Théorie selon laquelle le vieillissement réussi est caractérisé par le retrait mutuel de la personne âgée et de la société, ce retrait représentant une condition universelle du vieillissement.

##### Théorie de l'activité

Théorie selon laquelle le vieillissement réussi suppose que la personne âgée demeure la plus active possible.

##### Théorie de la continuité

Théorie selon laquelle le vieillissement réussi suppose que la personne maintienne un équilibre entre la continuité et les changements, aussi bien sur le plan des structures internes que des structures externes de sa vie.

Pour la **théorie du désengagement**, la plus ancienne en gérontologie, le vieillissement réussi est caractérisé par le retrait mutuel de la personne âgée et de la société, un retrait qui représenterait une condition universelle du vieillissement (Cumming et Henry, 1961). Pour les tenants de cette théorie, le déclin du fonctionnement physique et l'approche de la mort amènent la personne à se retirer de ses divers rôles sociaux et à se tourner vers une vie plus introspective, alors que la société, de son côté, cesse de lui en procurer. Cette théorie n'ayant pas été sérieusement appuyée par la recherche, elle a finalement été délaissée.

À l'opposé, pour la **théorie de l'activité**, le vieillissement réussi suppose que la personne âgée demeure la plus active possible. Pour cette théorie, nous sommes ce que nous faisons (Moody, 2009). Puisque les diverses activités tendent à être liées aux rôles sociaux, plus la personne reste active au sein de ces divers rôles, plus elle est satisfaite de sa vie. Les adultes qui vieillissent bien sont donc ceux qui trouvent des substituts aux rôles qu'ils ont perdus (Neugarten, Havighurst et Tobin, 1968). La recherche a effectivement montré que le maintien des rôles les plus liés à l'identité de la personne âgée représente un facteur de protection associé au bien-être et à la santé mentale (Greenfields et Marks, 2006). Ainsi, dans la mise en situation de ce chapitre, même si Louise a perdu son rôle de conjointe, elle reste impliquée socialement.

Aujourd'hui, la théorie de l'activité est considérée comme étant un peu simpliste, puisque le désengagement peut très bien convenir à certaines personnes, même si la majorité ressent plus de satisfaction en restant active. De plus, s'il y a des corrélations positives entre le niveau d'activité et le vieillissement réussi, on n'a pu démontrer si les personnes vieillissent bien parce qu'elles sont actives ou si elles restent actives parce qu'elles vieillissent bien (Musick, Herzog et House, 1999).

De son côté, la **théorie de la continuité**, une théorie plus récente proposée par le gérontologue Robert Atchley (1989), met l'accent sur la nécessité de maintenir un lien entre le passé et le présent. Selon lui, pour bien vieillir, la personne doit maintenir un équilibre entre la continuité et les changements, aussi bien sur le plan des structures internes que des structures externes de sa vie. Dans cette perspective, si le fait de rester actif est généralement lié au sentiment de bien-être, les niveaux d'activité des années antérieures ont aussi leur importance (Pushkar *et al.*, 2009). Ainsi, un adulte vieillissant qui n'a jamais été très actif lorsqu'il était jeune pourra trouver le bonheur dans sa chaise berçante.

Plus près de nous, certains chercheurs ont vu dans l'activité productive, rémunérée ou non, une clé du vieillissement réussi. Une étude longitudinale, menée durant six ans au Manitoba auprès de 3218 personnes âgées, a révélé que les activités sociales et



productives (comme rendre visite à sa famille, entretenir la maison ou faire du jardinage) étaient liées au sentiment de bonheur, à un meilleur fonctionnement physique et à un risque moindre de mourir durant les six années suivant l'étude. Les activités solitaires (comme la lecture) ne conféraient pas d'avantages physiques, mais étaient aussi liées au sentiment de bonheur (Menec, 2003). Par ailleurs, certaines recherches suggèrent que la participation fréquente à des activités de loisir peut être aussi bénéfique pour la santé et le bien-être que les activités productives, quoique cet effet semble plus important pour les femmes (Agahi et Parker, 2008). On peut donc en conclure que toute activité régulière permettant d'exprimer ou de mettre en valeur certains aspects de la personne pourrait contribuer au vieillissement réussi (Herzog *et al.*, 1998).

### L'optimisation sélective et la compensation

Pour Baltes et ses collaborateurs (Baltes, 1997; Baltes et Smith, 2004; Riediger, Freund et Baltes, 2005), le vieillissement réussi repose sur deux stratégies, soit l'**optimisation sélective et la compensation (OSC)**, qui permettent aux gens de s'adapter, tout au long de leur vie, à l'équilibre changeant entre la croissance et le déclin. Ce modèle repose sur l'amélioration de tout le fonctionnement cognitif qui va utiliser des habiletés plus fortes pour compenser celles qui ont décliné. Alors que pendant l'enfance les ressources sont principalement utilisées pour la croissance, les personnes âgées consacrent de plus en plus leurs ressources au maintien de leur santé et à la gestion de leurs pertes. Ainsi, l'optimisation sélective permet à la personne de consacrer son énergie aux tâches pour lesquelles elle a conservé le plus d'aptitudes, par exemple jouer aux cartes, et de restreindre ou d'abandonner celles qui la fatiguent trop, comme jardiner.

L'OSC aide les personnes âgées à conserver leurs ressources en choisissant de faire moins d'activités, en se fixant moins de buts, en consacrant leurs efforts à des activités et à des objectifs plus significatifs, en optimisant leurs ressources ou en profitant le plus possible de celles qui sont à leur disposition, et en compensant les pertes (Baltes et Smith, 2004; Jopp et Smith, 2006). Le célèbre pianiste Arthur Rubinstein, qui a donné un concert d'adieu à l'âge de 89 ans, compensait ses pertes mnémoriques et motrices en jouant un répertoire moins étendu, en répétant plus longtemps et en jouant plus lentement les mesures précédant les mouvements rapides (qu'il ne pouvait plus jouer à la vitesse supérieure) afin d'accentuer les contrastes (Baltes et Baltes, 1990).

Toutefois, les personnes âgées peuvent finir par atteindre la limite de leurs ressources disponibles : leurs efforts compensatoires ne semblent alors plus fonctionner. Selon une étude longitudinale, ces efforts augmenteraient jusqu'à l'âge de 70 ans, puis commenceraient à décliner, les adultes très âgés ne parvenant plus à maintenir les niveaux antérieurs de performance en utilisant des activités compensatoires. Pour maintenir un regard positif sur sa vie, la personne doit par conséquent tenir compte des changements et ajuster ses propres normes concernant ce qu'elle est encore capable de réaliser (Rothermund et Brandstädter, 2003).

## 13.5.4 La vie sociale des personnes âgées

En avançant en âge, les personnes doivent prendre une des décisions les plus importantes de leur vie : prendre ou non leur retraite. Cette décision a en effet un impact sur leur situation économique, sur leur état émotionnel, sur leur vie familiale et sociale, ainsi que sur l'ensemble de la société.

### La retraite

Jusqu'à l'aube de l'époque industrielle, les individus devaient travailler jusqu'à la fin de leur vie, ou du moins aussi longtemps qu'ils en étaient capables physiquement ; l'espérance de vie étant moins longue, la retraite était alors assez exceptionnelle (Vézina *et al.*, 2007). Si cette situation perdure dans les pays les moins développés, la retraite est aujourd'hui une transition inscrite dans les institutions des sociétés



#### Le maintien de l'activité productive

Les adultes vieillissants qui se sentent utiles aux autres, comme ce grand-père avec son petit-fils, sont plus susceptibles de bien vieillir.

#### Optimisation sélective et compensation (OSC)

Amélioration de tout le fonctionnement cognitif en utilisant des habiletés plus fortes pour compenser celles qui ont décliné.



#### Le choix de la retraite

Un nombre croissant de personnes âgées continuent de travailler, comme le fait cet homme de 70 ans, qui n'a pas voulu prendre sa retraite.

occidentales plus développées. Au Canada, l'âge officiel de la retraite (avec admissibilité à la pension) est fixé à 65 ans, mais passera progressivement à 67 ans à partir de 2023. Cependant, de plus en plus de Canadiens et de Québécois âgés de 65 ans et plus continuent de travailler ou retournent au travail après un certain temps d'arrêt. Ainsi, durant les années 1980 et le début des années 1990, on a pu observer une nette tendance en faveur d'une prise de retraite hâtive. Puis, à partir du milieu des années 1990, cette tendance s'est inversée et le taux d'emploi des personnes âgées de 55 ans et plus n'a pas cessé d'augmenter depuis. Il a atteint 34 % en 2008, soit un taux plus élevé qu'en 1976, où il était de 30,2 % (Statistique Canada, 2010).

La retraite n'est pas un événement unique, mais plutôt un processus continu. Les ressources personnelles comme la santé, la personnalité ou le statut socioéconomique ainsi que le climat sociorelationnel, par exemple le soutien provenant d'un conjoint ou d'amis, peuvent influencer la façon dont cette transition sera vécue (Wang et Shultz, 2009). Il en va de même pour l'attachement envers le travail (Van Solinge et Henkens, 2005). Une étude longitudinale de 458 hommes et femmes mariés relativement en bonne santé et âgés de 50 à 72 ans révèle en effet que le moral des hommes qui avait été bas lorsqu'ils travaillaient avait tendance à remonter pendant la « lune de miel » qui suivait immédiatement leur départ à la retraite, alors que la retraite permanente était liée à une augmentation des symptômes dépressifs. Le bien-être des femmes était quant à lui moins influencé par la retraite – la leur ou celle de leur mari – que par la qualité de la relation conjugale. Enfin, l'impression de maîtrise personnelle était un prédicteur clé d'un bon moral, tant chez les hommes que chez les femmes (Kim et Moen, 2002).



#### Les bienfaits du bénévolat

En faisant du bénévolat dans une école où elle aide les enfants à faire leurs devoirs, cette femme âgée continue d'exercer un rôle social utile et valorisant et contribue ainsi à son bien-être.

Par ailleurs, le statut socioéconomique influence la façon dont les personnes retraitées vont utiliser leur temps. Le modèle le plus courant est axé sur la famille : la personne pratique des activités peu coûteuses qui tournent autour du couple, de la famille et des amis (conversations, télévision, visites, jeu de cartes, etc.). Un autre modèle, celui de l'investissement équilibré, est typique des personnes plus scolarisées qui partagent leur temps plus équitablement entre la famille, le travail et les loisirs (activités culturelles, voyages, etc.). Toutefois, ces modèles peuvent changer avec l'âge.

Le bénévolat est étroitement lié au bien-être à la retraite (Hao, 2008). Il tend aussi à protéger contre la diminution du bien-être lié aux pertes relatives à l'identité et aux rôles. Au Canada en 2010, 47 % de la population a fait du bénévolat. Sur ce nombre, ce sont les personnes âgées

de 65 ans et plus qui n'étaient plus sur le marché du travail qui étaient les plus nombreuses. Par contre, le Québec est la province où il y a le moins de personnes qui font du bénévolat, soit 36,7 % de la population (Statistique Canada, 2010). On peut donc conclure que les nombreuses trajectoires qui mènent à une retraite significative et agréable ont deux choses en commun pour la plupart des personnes âgées : les activités et les relations satisfaisantes.

#### Les conditions de vie

Alors que dans les pays en voie de développement, même si cette pratique tend à diminuer, les personnes âgées vivent encore généralement sous le même toit que leurs enfants et leurs petits-enfants, dans les pays développés, la plupart d'entre elles vivent seules ou avec leur conjoint et préfèrent, si possible, demeurer dans leur propre maison et au sein de leur communauté (Kinsella et Phillips, 2005). Le fait d'être en couple demeure le facteur le plus important du maintien à domicile. En effet, tant et aussi longtemps que les deux conjoints sont relativement en bonne santé, ils peuvent prendre soin l'un de l'autre. Toutefois, puisqu'elles vivent plus longtemps, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se retrouver seules en vieillissant, cette situation prévalant dans la plupart des pays développés. On pourrait croire que les personnes qui vivent seules, surtout les plus âgées, souffrent toutes de solitude. En



fait, plusieurs facteurs, tels que la santé, la personnalité, les habiletés cognitives et le réseau social influent grandement sur le sentiment de solitude (Martin *et al.*, 2007). Participer aux activités d'un cercle d'aînés permet à la personne seule de garder un contact avec sa communauté. En demeurant chez elles, les personnes âgées peuvent aussi garder leur indépendance et leur intimité et rester relativement proches de leurs amis et de leur famille. Néanmoins, il est nécessaire qu'elles aient encore la capacité de tenir leur maison, sans ou avec un minimum d'aide, et que leur revenu soit suffisant. Pour les personnes dont la condition physique est moins bonne, diverses formes d'aide sont disponibles, par exemple les services de première ligne offerts par les CLSC avec les auxiliaires familiales, ou encore les « popotes roulantes ».

Par ailleurs, la plupart des adultes vieillissants ne souhaitent pas vivre avec leurs enfants adultes, du moins dans les pays développés (Kinsella et Phillips, 2005). Ils craignent à la fois d'être à charge et de perdre leur liberté. En Amérique du Nord, ce désir reflète des valeurs telles que l'individualisme, l'autonomie et l'indépendance. Le succès de la cohabitation intergénérationnelle dépend largement de la qualité des relations qui existent et de la capacité à communiquer pleinement et avec franchise : parents et enfants doivent respecter leur autonomie et leur dignité respectives, et accepter leurs différences.

Rare dans les pays en voie de développement, l'institutionnalisation représente un autre mode de vie dont la prévalence augmente avec l'âge dans les pays développés. Ainsi, en 2008-2009 au Québec, plus de 69 500 personnes âgées ont été hébergées, à un moment donné, dans un CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) public ou privé conventionné. Sur ce nombre, 14 % des aînés avaient de 65 à 74 ans, 36 % de 75 à 84 ans et 39 % avaient 85 ans et plus (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). Les personnes les plus susceptibles d'être placées dans un établissement sont celles qui vivent seules, celles qui ne prennent pas part aux activités sociales, celles dont la santé ou les handicaps limitent l'accomplissement des tâches quotidiennes et celles dont les aidants naturels sont surchargés (McFall et Miller, 1992; Steinbach, 1992). La plupart d'entre elles sont des femmes veuves. Le fait d'être pauvre et de vivre seul augmente significativement le risque d'hébergement de longue durée (Martainkainen *et al.*, 2009).

Un élément essentiel du bien-être des personnes vivant en établissement est la possibilité de prendre des décisions et d'exercer un certain contrôle sur leur vie. Dans une recherche menée auprès de 126 personnes âgées, celles qui vivaient dans un centre d'hébergement qui favorisait leur autonomie montraient une amélioration de leurs perceptions de la liberté et de la possibilité de faire des choix qui leur étaient accordées. Cette modification de leurs perceptions entraînait, en retour, une motivation plus grande à participer aux activités quotidiennes et était reliée au bien-être et à l'ajustement psychologique (Phillippe et Vallerand, 2008). Par ailleurs, certaines personnes âgées vivant dans un centre d'hébergement peuvent présenter des comportements autodestructeurs indirects, par exemple se laisser mourir en refusant de manger convenablement ou de prendre leurs médicaments (Vézina *et al.*, 2013).

Enfin, si la plupart des personnes âgées vivant en établissement sont bien traitées, la négligence et les mauvais traitements physiques et psychologiques dont elles peuvent être l'objet constituent encore un sujet tabou. En avril 2007, lors d'un forum tenu à l'UQAM sur la négligence et la maltraitance à l'égard des aînés vivant dans un établissement, les participants ont mis de l'avant que la majorité des mauvais traitements commis dans les divers centres d'hébergement relevaient surtout du manque quotidien de respect des droits fondamentaux des personnes résidentes. Ainsi, les mauvais traitements les plus fréquents sont les suivants : la négligence psychologique, l'emploi d'un langage infantilisant, les atteintes à la liberté, la rigidité des règlements et des pratiques institutionnelles et l'usage excessif de contraintes physiques et chimiques. Aucune forme d'hébergement n'est à l'abri de ce type de mauvais traitement, mais les



Quelles sont les activités de Louise qui lui permettent de développer son réseau social ?



Les défis posés par le vieillissement de la population en Asie sont présentés dans l'encadré 13.2W.



#### La vie en établissement

Un élément essentiel pour les personnes âgées qui vivent en résidence est de pouvoir prendre leurs propres décisions et d'exercer un certain contrôle sur leur vie.

CHSLD, qui sont des structures lourdes et fortement bureaucratisées, seraient plus portés à développer une « culture du contrôle ».

### 13.5.5 Les relations interpersonnelles des personnes âgées

En vieillissant, plusieurs personnes tendent à passer moins de temps avec les autres, surtout si elles ont cessé depuis longtemps d'occuper un emploi ou si leur mobilité est réduite. Cependant, les relations interpersonnelles avec les proches sont plus que jamais importantes et nécessaires à leur bien-être. Selon la théorie du convoi social, les adultes vieillissants maintiennent leur niveau de soutien social en identifiant des membres de leur réseau qui peuvent les aider et en évitant ceux qui ne les soutiennent pas (*voir le chapitre 12*). Ils conservent un cercle intime d'amis proches et de membres de la famille sur lesquels ils peuvent compter et qui ont une grande influence sur leur bien-être. Ainsi, même si les personnes âgées ont des réseaux de soutien plus restreints, elles ont tendance à avoir autant de liens très étroits et à être plus satisfaites de ceux qu'elles ont (Antonucci et Akiyama, 1995; Lang et Carstensen, 1997). Les sentiments éprouvés à l'égard des « vieux amis » sont aussi forts que chez les adultes plus jeunes, et ceux éprouvés à l'égard des membres de la famille sont même plus forts (Charles et Piazza, 2007).

Enfin, à mesure que les personnes âgées perdent une partie du soutien qu'elles recevaient auparavant de leurs amis, elles reçoivent davantage de soutien affectif d'un nombre plus restreint de membres de la famille (Shaw *et al.*, 2007). Ce soutien affectif aide les personnes âgées à continuer d'apprécier la vie à la suite d'un stress important, comme la perte du conjoint ou d'un enfant. Il devient essentiel, particulièrement pour les femmes âgées qui sont veuves et qui vivent seules. Une étude finlandaise menée pendant 10 ans et qui portait sur des femmes âgées de 80 ans a ainsi démontré que celles qui bénéficiaient de la plus grande quantité de soutien social avaient deux fois et demie moins de risque de mourir au cours de l'étude que celles qui recevaient le moins de soutien social (Lyyra et Heikkinen, 2006). Comme dans les années précédentes, les relations sociales vont de pair avec le maintien de la santé; les personnes isolées socialement peuvent ressentir la solitude, celle-ci pouvant accélérer le déclin physique et cognitif (Gruenewald *et al.*, 2007). Cependant, si les relations interpersonnelles sont conflictuelles – c'est-à-dire marquées par le rejet, la compétition, la critique ou la violation de l'intimité –, elles peuvent engendrer un stress chronique (Krause et Rook, 2003).

#### Les relations de couple

Parce que les femmes épousent généralement des hommes plus âgés qu'elles et leur survivent, mais aussi parce que les hommes sont plus susceptibles de se remarier après un divorce ou un veuvage, et ce, partout dans le monde, ces derniers sont beaucoup plus nombreux à être encore mariés durant leur vieillesse. Or, les adultes d'âge avancé encore mariés sont plus susceptibles de se déclarer satisfaits de leur vie de couple que les adultes d'âge moyen (Orathinkal et Vansteenwegen, 2007). En effet, lorsque le couple a fini d'élever ses enfants, ceux-ci deviennent souvent une source de joie et de fierté plutôt qu'une source de conflit (Carstensen *et al.*, 1996).

Par ailleurs, la façon dont les couples résolvent les conflits est la clé de la satisfaction conjugale tout au long de l'âge adulte. Les couples mariés qui se disputent souvent ont tendance à être anxieux et déprimés, alors que ceux qui s'entendent bien ont tendance à être plus satisfaits de la vie et à avoir une meilleure estime de soi (Whisman *et al.*, 2006). Si les modes de résolution de conflits ont tendance à rester plutôt constants tout au long de la vie matrimoniale, les conflits des couples plus âgés sont moins graves parce que les conjoints parviennent mieux à réguler leurs émotions (Carstensen *et al.*, 1996).

Dans tous les pays développés, les personnes mariées ont une meilleure santé et vivent plus longtemps que les autres (Kinsella et Phillips, 2005). Cependant, la relation entre le mariage et la santé peut différer selon le sexe: alors que le fait d'être marié

semble être bénéfique pour la santé des hommes plus âgés, celle des femmes plus âgées semble plus liée à la qualité de la relation conjugale (Carstensen *et al.*, 1996). Toutefois, le couple peut se voir durement mis à l'épreuve avec l'apparition de maux physiques plus graves, même si la relation intime parvient à en modérer les effets psychologiques négatifs (Mancini et Bonanno, 2006). La personne qui doit s'occuper d'un conjoint handicapé peut en effet se sentir isolée, en colère et frustrée, surtout si elle-même est en mauvaise santé. Le couple peut alors se retrouver dans un cercle vicieux : la maladie peut être aggravée par la tension, ce qui augmente à son tour les risques pour la santé et le bien-être de la personne aidante (Graham *et al.*, 2006).

### Les relations avec les enfants adultes

Les parents âgés gardent généralement des liens solides avec leurs enfants. Or, les parents qui ont de bonnes relations avec leurs enfants adultes sont moins susceptibles de se sentir seuls ou déprimés que ceux qui n'ont pas de bonnes relations (Koropecky-Cox, 2002). Les relations mère-fille ont tendance à être particulièrement intimes. En outre, les enfants constituent un lien avec les autres membres de la famille, surtout avec les petits-enfants. L'équilibre dans l'aide mutuelle a tendance à se modifier au fur et à mesure que les parents vieillissent, les enfants fournissant alors plus de soutien que les parents (Bengtson, Rosenthal et Burton, 1990, 1996).

Au Canada, comme dans la plupart des pays développés, le soutien institutionnel, comme l'assurance maladie ou les services offerts par les CLSC et l'assurance médicaments au Québec, a soulagé les membres de la famille de quelques responsabilités à l'égard des personnes âgées. Néanmoins, nombreux sont les enfants qui procurent encore une aide importante et fournissent des soins directs (*voir le chapitre 12*). Cependant, la taille des familles étant plus petite que par le passé, on dénombre moins de « donneurs de soins » potentiels pour aider les parents vieillissants, ce qui exerce une pression grandissante sur ceux qui procurent effectivement ces soins – pression qui peut mener éventuellement à de mauvais traitements envers les personnes âgées plus fragiles ou plus « exigeantes ». La violence envers les aînés peut ainsi s'exercer au sein de la famille et prendre une ou plusieurs des formes de maltraitance, comme on peut le voir dans l'encadré 13.4. L'agresseur peut être le conjoint ou la conjointe, les enfants adultes ou toute personne qui fournit des soins de base à la personne âgée. Dans la mise en situation de ce chapitre, le plus jeune fils de Louise lui demande de l'argent à plusieurs reprises et avec une telle insistance qu'elle se sent mal à l'aise. Le fait de subir des pressions pour obtenir de l'argent représente une des formes que peut prendre la maltraitance à l'égard des personnes âgées.



De leur côté, les parents âgés continuent d'être très concernés par leurs enfants adultes. Ceux qui en ont les moyens leur fournissent souvent un soutien financier. Dans les pays moins développés, la contribution des parents âgés se fait aussi par l'entretien de la maison, le soin des enfants et la socialisation des petits-enfants (Kinsella et Phillips, 2005). Par ailleurs, les parents âgés tendent à être angoissés si leurs enfants adultes ont des problèmes, et ils peuvent même les considérer comme un signe de faillite dans leur rôle parental (Troll et Fingerman, 1996).

### Les relations avec les frères et les sœurs

Plus que les autres membres de la famille, les frères et les sœurs jouent un rôle important dans le réseau de soutien social des personnes âgées. Comme les amis, ils offrent de la compagnie, mais en donnant davantage de soutien émotionnel que ces derniers (Bedford, 1995). Les conflits et les rivalités au sein de la fratrie diminuent généralement avec l'âge, certaines personnes tentant de résoudre les anciens conflits. Les frères et les sœurs plus jeunes offrent particulièrement leur aide en cas de maladie ou de décès d'un des conjoints. Ils peuvent même devenir des aidants naturels et, dans certains cas, apporter un soutien financier.

ENCADRÉ 13.4  APPROFONDISSEMENT**La maltraitance à l'égard des personnes âgées**

Selon l'OMS, « [l]a maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime » (OMS, 2011).

Les violences exercées à l'égard des personnes âgées peuvent être conjugales, familiales ou institutionnelles et prendre différentes formes :

- La violence physique : elle désigne tout ce qui porte atteinte à l'intégrité physique de la personne. Par exemple, on la frappe, on la secoue ou on la pousse. On peut aussi la contraindre physiquement, par exemple l'obliger à manger ou l'enfermer.
- La violence psychologique ou morale : elle désigne les différents moyens utilisés pour humilier la personne, lui faire peur, la culpabiliser ou l'infantiliser. On peut aussi porter atteinte à son estime de soi et à sa dignité.
- La violence sexuelle : en utilisant la force, la manipulation ou la menace, on impose à la personne des actes d'ordre sexuel, par exemple des attouchements, de l'exhibitionnisme ou des paroles dégradantes.
- La violence matérielle ou financière : elle a pour but de s'appropriier l'argent ou les biens de la personne. On peut lui voler des bijoux, exercer des pressions pour qu'elle modifie son héritage, puiser dans son fonds de retraite. La personne âgée peut également être victime de fraude (investissements, cartes bancaires, etc.).

L'abandon, l'abus de droit et la négligence sont également des formes de maltraitance. Dans le cas de la négligence, les besoins essentiels de la personne âgée ne sont pas satisfaits par les personnes de son entourage. La négligence peut être passive (involontaire) ou active (volontaire). Les abus d'ordre sexuel sont ceux qui sont le moins déclarés, sans doute à cause de la honte éprouvée par la victime de cette expérience dévastatrice, mais aussi parce que certaines victimes sont atteintes de démence et, par conséquent, incapables de rapporter la maltraitance (Burgess, 2006 ; Burgess et Phillips, 2006). Par ailleurs, à cause des préjugés à



l'égard de la sexualité des personnes âgées, on a souvent de la difficulté à concevoir qu'elles puissent être victimes de maltraitance sexuelle (Jones et Powell, 2006).

Les personnes âgées victimes de négligence et de maltraitance connaissent généralement la personne qui les maltraite, celle-ci étant le plus souvent un membre de la famille, soit un conjoint de sexe masculin ou un enfant adulte. En 2003 au Canada, 8 victimes sur 10 vivaient avec l'enfant adulte qui les avait maltraitées. Ce sont les femmes qui sont les plus susceptibles d'être victimes de violence familiale (Statistique Canada, 2006).

Souvent, la personne âgée subit plusieurs des formes de violence mentionnées ci-dessus et dont les conséquences peuvent parfois être très graves.

- Les conséquences physiques : selon la sévérité de la maltraitance, elles peuvent aller des égratignures et des ecchymoses aux fractures et aux traumatismes crâniens. Elles peuvent entraîner des incapacités physiques permanentes ainsi que des conséquences psychologiques sérieuses et durables.
- Les conséquences psychologiques : la maltraitance peut, entre autres, provoquer la honte et la peur, des émotions qui empêchent souvent la personne âgée de signaler les mauvais traitements dont elle est l'objet. La détresse et l'anxiété peuvent conduire la personne à la dépression et même au suicide.
- Les conséquences économiques : les abus financiers dont la personne est victime peuvent nuire à la satisfaction de ses besoins de base et affecter ses conditions de vie. Selon l'OMS, la maltraitance toucherait de 4 % à 6 % des personnes âgées dans les pays à revenus élevés. Il est cependant difficile d'obtenir des données précises, les victimes ayant généralement peur de signaler les mauvais traitements dont elles sont victimes. Toutefois, compte tenu du vieillissement de la population, l'OMS croit que le nombre des cas de maltraitance risque de s'accroître dans les prochaines années (OMS, 2011).

Source : OMS, 2011 ; Violence info, s.d.



Les sœurs, en particulier, jouent un rôle important dans le maintien des relations familiales et du bien-être, comme c'est le cas pour Louise dans la mise en situation. En effet, les personnes âgées qui sont proches de leurs sœurs se sentent mieux et s'inquiètent moins du vieillissement que celles qui n'ont pas de sœur ou qui n'en sont pas proches (Bedford, 1995 ; Cicirelli, 1995). Même si la mort d'un frère ou d'une sœur peut représenter un événement normatif de cette période de vie, la personne qui survit peut donc éprouver une peine intense et un sentiment de perte partielle de son identité (Cicirelli, 1995).

**Les relations avec les amis**

La plupart des personnes âgées ont des amis proches et, comme au début et au milieu de l'âge adulte, celles qui ont un cercle actif d'amis tendent à être plus heureuses

et en meilleure santé (Antonucci et Akiyama, 1997). En effet, les personnes qui peuvent confier leurs sentiments et leurs pensées et celles qui peuvent parler de leurs soucis et de leurs peines avec des amis tendent à mieux supporter les changements dus au vieillissement et à vivre plus longtemps (Steinbach, 1992). Les personnes âgées apprécient davantage le temps qu'elles passent avec leurs amis que celui passé avec la famille, sans doute parce que les relations amicales sont davantage centrées sur le plaisir et la détente, alors que les relations familiales impliquent surtout les besoins et les tâches quotidiennes (Antonucci et Akiyama, 1997). De plus, même si les amis ne peuvent remplacer un conjoint disparu, ils peuvent aider à surmonter son absence, comme c'est le cas pour Louise qui fait plusieurs activités avec ses amies.

Les sentiments positifs à l'égard des vieux amis sont plus forts que ceux éprouvés à l'égard des nouveaux amis (Charles et Piazza, 2007). En effet, en accord avec la théorie du convoi social et celle de la sélectivité socioémotionnelle, les amitiés de longue date tendent à se maintenir jusqu'à un âge très avancé (Hartup et Stevens, 1999). Toutefois, la maladie et l'entrée en établissement peuvent rendre les contacts avec les anciens amis difficiles. Bien que les personnes âgées soient encore capables de lier de nouvelles amitiés, même après 85 ans, elles demeurent cependant plus susceptibles que les adultes plus jeunes d'associer les bénéfices de l'amitié (comme l'affection ou la loyauté) à des individus particuliers qui ne peuvent être facilement remplacés lorsqu'ils partent en centre d'hébergement ou qu'ils décèdent (De Vries, 1996).

### Les relations avec les petits-enfants et arrière-petits-enfants

Nous avons vu dans le chapitre 12 à quel point les relations avec les petits-enfants prennent souvent une grande place dans la vie des personnes âgées. Toutefois, lorsque ceux-ci deviennent eux-mêmes parents, les adultes âgés peuvent voir moins souvent leurs petits-enfants et arrière-petits-enfants. Ils sont également moins susceptibles d'être impliqués dans la vie de ces derniers, souvent à cause de la dispersion de la famille. Cependant, la plupart des arrière-grands-parents trouvent ce rôle gratifiant (Pruchno et Johnson, 1996). Lors d'interviews effectuées auprès de 40 arrière-grands-parents des deux sexes, âgés de 71 à 90 ans, 93 % d'entre eux ont ainsi fait ce genre de commentaire : « La vie recommence dans ma famille » ou « Voir grandir mes arrière-petits-enfants me garde jeune » (Doka et Mertz, 1988). Louise, dans la mise en situation, déplore de ne pas voir plus souvent ses petits-enfants et garde parfois ses arrière-petits-enfants.

Les grands-parents et les arrière-grands-parents ont donc un rôle important à jouer. Ils sont non seulement des compagnons de jeu, mais ils symbolisent aussi à la fois le lien avec le passé et la continuité de la vie de la famille. Ils sont engagés dans l'ultime fonction de générativité : en s'investissant auprès des générations futures, ils expriment le profond désir de l'humanité de transcender sa mortalité.



#### L'importance du réseau social

L'amitié représente une source importante de soutien social et contribue au bien-être physique et psychologique des adultes vieillissants.



### FAITES LE POINT

13. Quelle est, selon Erikson, la dernière crise que les personnes âgées doivent résoudre, et quelle est la qualité qu'elles peuvent alors développer ?
14. Expliquez à quoi correspondent l'optimisation sélective et la compensation (OSC) et comment elles sont utiles aux personnes âgées.
15. Selon la théorie du convoi social, comment les adultes vieillissants maintiennent-ils leur niveau de soutien social ?

## Résumé

### Le vieillissement de la population

- En Amérique du Nord, le fait de vieillir est généralement perçu de façon négative. Les personnes âgées sont l'objet de nombreux préjugés et stéréotypes qui peuvent mener à une forme de discrimination : l'âgisme.
- Le vieillissement de la population est une réalité démographique mondiale, mais c'est dans les pays développés qu'elle est la plus rapide.
- On assiste à un survieillessement, puisque les personnes âgées de plus de 80 ans sont de plus en plus nombreuses et puisque le nombre de centenaires ne cesse d'augmenter.
- La baisse du taux de mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie sont les deux facteurs qui peuvent expliquer ce vieillissement de la population. Parallèlement, on assiste à une baisse du taux de fécondité dans la majorité des pays industrialisés.
- Le vieillissement primaire est un processus graduel et inévitable, alors que le vieillissement secondaire résulte, en partie, de facteurs sous le contrôle de la personne.

### Le développement physique

- Le processus de sénescence ne commence pas au même moment pour tous.
- Les théories du vieillissement programmé soutiennent que le vieillissement est déterminé génétiquement, alors que les théories du vieillissement variable voient le vieillissement comme le résultat de processus aléatoires qui varient d'une personne à l'autre.
- Selon Hayflick, la vie humaine aurait une durée biologique limitée d'environ 110 ans.
- En vieillissant, le cerveau perd des neurones, mais sa plasticité lui permet de compenser ces pertes et de demeurer fonctionnel jusqu'à un âge relativement avancé.
- Plusieurs modifications affectent les capacités sensorielles, particulièrement la vision et l'audition. La force, l'endurance, l'équilibre et le temps de réaction diminuent, mais peuvent être améliorés par un entraînement approprié.
- Les personnes âgées se réveillent plus souvent et ont moins de sommeil profond.
- Chez l'adulte en bonne santé, la fonction sexuelle peut se maintenir jusqu'à un âge avancé, et même si la sexualité s'exprime de façon différente, elle demeure une importante source de bien-être.

### La santé physique et mentale

- L'activité physique et l'alimentation demeurent des facteurs prépondérants de santé physique, et elles jouent un rôle préventif contre bon nombre de maladies associées au vieillissement.
- La santé mentale tend à s'améliorer avec l'âge. Cependant, certaines personnes âgées souffrent de dépression, les femmes étant plus touchées que les hommes.
- La maladie d'Alzheimer, un trouble dégénératif et irréversible du cerveau, est la forme de démence qui affecte le plus les personnes âgées, dont une grande majorité de femmes.
- Incurable, la maladie d'Alzheimer entraîne une altération progressive des fonctions cognitives, plus particulièrement de la mémoire des événements récents, ainsi que des modifications de plus en plus marquées de la personnalité.
- Les activités stimulantes sur le plan cognitif représentent un facteur de protection contre cette maladie.

### Le développement cognitif

- Le déclin cognitif n'est pas inévitable chez la personne âgée. Plusieurs habiletés cognitives peuvent se maintenir jusqu'à un âge avancé et parfois même s'améliorer.
- Alors que l'intelligence mécanique tend à diminuer, l'intelligence pragmatique peut continuer de se développer.
- La rapidité du traitement de l'information est une des premières habiletés à décliner, mais l'entraînement peut aider à la maintenir. L'efficacité dans la résolution de problèmes au quotidien semble quant à elle demeurer stable assez longtemps.
- La mémoire de travail décline plus tôt que la mémoire sensorielle, qui reste efficace toute la vie.
- Dans la mémoire à long terme, c'est la mémoire épisodique qui est la plus susceptible de se détériorer, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale étant peu affectées par l'âge.

### Le développement affectif et social

- Selon Costa et McCrae, les traits de personnalité demeurent relativement stables avec l'âge.
- Selon Erikson, la personne doit résoudre une dernière crise, celle de l'intégrité *versus* le désespoir, et développer la sagesse pour accepter la vie qu'elle a menée et sa mort prochaine.
- Les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité proposent quant à elles des modèles différents pour un vieillissement réussi.



- L'optimisation sélective et la compensation sont des processus cognitifs qui permettent à la personne de s'adapter aux déclinés imposés par le vieillissement.
- La retraite représente une transition majeure pour l'adulte vieillissant ; pour être réussie, elle doit comporter des activités et des relations interpersonnelles satisfaisantes.
- De nombreux facteurs, comme le fait d'être ou non en couple, influencent les conditions de vie des personnes âgées. Celles qui vivent en couple ont une meilleure santé, vivent plus longtemps et se disent généralement plus satisfaites que les plus jeunes.
- L'institutionnalisation, qui augmente dans les pays développés, concerne surtout les personnes seules et peu favorisées sur le plan économique.
- Les relations interpersonnelles sont plus importantes que jamais pour le bien-être des personnes vieillissantes.
- Les liens avec les enfants adultes demeurent généralement solides, ces derniers pouvant devenir des aidants naturels pour leurs parents. Les aînés sont néanmoins parfois l'objet de maltraitance.
- Les frères et sœurs jouent un rôle important dans le réseau de soutien social des personnes âgées, tandis que les amis ont une influence positive sur le bien-être et la santé des personnes âgées.
- Enfin, les relations avec les petits-enfants et les arrière-petits-enfants permettent aux personnes âgées d'exprimer leur besoin de générativité.

CHAPITRE

# 14





# La mort et le deuil

---

## PLAN DU CHAPITRE

### 14.1 La mort

- 14.1.1 Les soins aux personnes mourantes
- 14.1.2 La confrontation avec la mort : les enjeux psychologiques
- 14.1.3 Le droit à la mort : les enjeux éthiques, médicaux et juridiques
- 14.1.4 La perception de la mort selon les âges

### 14.2 Le deuil

- 14.2.1 Le processus de deuil
  - 14.2.2 Les types de deuil
  - 14.2.3 L'aide aux personnes endeuillées
- 

**N**ous sommes tous confrontés un jour ou l'autre à la mort d'un être cher et, ultimement, à notre propre mort. Cette conscience de la finitude inévitable nous incite souvent à savourer davantage chacune des étapes de notre vie. Si cette vie, jalonnée de multiples renoncements, peut nous préparer à mieux vivre la mort, c'est souvent la mort elle-même qui nous aide à mieux vivre. Or, qu'elle soit choisie, souhaitée, appréhendée ou non, la mort ne laisse personne indifférent. Devoir renoncer à la présence d'un être cher suscite effectivement une gamme de perturbations qui varient en durée et en intensité. Bien que certaines manifestations communes soient présentes, chaque relation est unique. Par le fait même, chaque deuil est différent. Le Petit Prince ne disait-il pas qu'il faut supporter deux ou trois chenilles pour pouvoir connaître les papillons ?

## Mise en situation

Trois mois après avoir reçu un diagnostic de cancer, Pierre, le mari de Michelle, est mort à l'âge de 67 ans. Aujourd'hui, Michelle vit le deuil de celui qui a partagé sa vie pendant plus de trente ans. Elle se sent bien seule dans sa vaste maison, maintenant devenue trop grande. Elle y voit partout la main de Pierre, un excellent bricoleur.

Bien sûr, elle a ses enfants, mais elle ne veut pas les inquiéter avec sa tristesse et son ennui. Et puis ils sont si occupés par leur vie familiale et professionnelle... Il y a aussi les amis, mais ce n'est pas avec eux que Michelle avait planifié vivre sa retraite. Elle voulait voyager avec son mari et réaliser ces tas de projets qu'ils avaient remis à plus tard. Aujourd'hui, plus rien n'a de sens.

Les nuits d'insomnie lui semblent interminables, sans compter ces sensations de vide abdominal et de contraction dans la gorge qui l'habitent sans cesse. Michelle regrette de ne pas avoir suffisamment dit « Je t'aime » à Pierre. Pourtant, ils avaient leur façon bien à eux de se témoigner leur amour : un regard, un sourire... Comme il lui manque ! Puis, la colère vient chasser les regrets. Pourquoi lui ? Pourquoi nous ? Michelle se dit que Pierre n'a même pas eu le bonheur de connaître son premier petit-fils, né tout juste quelques semaines après son décès. Comme ils auraient été de bons grands-parents, ensemble, tous les deux ! En réalisant qu'elle est maintenant grand-mère, Michelle retrouve le sourire. La présence de son petit-fils met du baume sur sa souffrance.

Michelle n'avait jamais pensé qu'un deuil puisse être si difficile à vivre. Les mois précédant la mort de Pierre ont été vraiment douloureux ; c'était si triste de le voir dépérir. Heureusement, il n'a pas



souffert trop longtemps ; il n'aurait pas accepté de se sentir dépendant et en perte d'autonomie. Michelle remercie intérieurement le personnel des soins palliatifs qui a été si présent et réconfortant.


**« Michelle voulait voyager avec son mari et réaliser ces tas de projets qu'ils avaient remis à plus tard. Aujourd'hui, plus rien n'a de sens. »**

Michelle pense également à tous ces gens venus lui témoigner leur sympathie lors des funérailles. Elle imagine le plaisir qu'aurait eu son mari à revoir ses vieilles connaissances. Et puis, il y a eu cet hommage si touchant de leur fils, qui a rappelé combien son père savait profiter de chaque instant que la vie lui offrait. Fallait-

il donc qu'il meure pour qu'elle prenne à son tour conscience du caractère si précieux de cette vie ?

Michelle décide de jouir désormais de chaque moment qu'elle passera avec son petit-fils. Elle lui parlera de son grand-père pour qu'il sache quel homme unique il était.

Elle a perdu, c'est vrai, l'amour de sa vie, un confident, un ami, le père de ses enfants et un bricoleur talentueux, mais elle conserve en elle les précieux souvenirs du passé. Michelle remercie la vie pour ces années de bonheur et se surprend à faire de nouveaux projets.

 Tout au long de la lecture de ce chapitre, référez-vous à cette mise en situation pour répondre aux questions qui s'y rapportent.

## 14.1 La mort

On considère généralement la mort comme étant la fin du processus physiologique. Or, elle comporte aussi des aspects sociaux, culturels, historiques, religieux, légaux, psychologiques, développementaux, médicaux et éthiques qui sont souvent inextricablement liés. En effet, même si la mort est un phénomène universel, la relation que les gens entretiennent avec elle varie considérablement selon les époques et les cultures. Philippe Ariès, un historien français, s'est particulièrement intéressé à l'évolution des mentalités par rapport à la mort en Occident.

Jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, la mort était acceptée et familière. Les gens mourraient en bas âge, habituellement à la maison, entourés de leurs proches. À partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une sorte de « révolution de la mort » a eu lieu, particulièrement dans les pays développés où, comme nous l'avons vu dans le chapitre 13, les gens vivent de plus en plus longtemps. Devenue progressivement un phénomène associé surtout à l'âge adulte avancé, la mort est de plus en plus « invisible et abstraite » (Fulton et Owen, 1987-1988). Afin de préserver le bonheur individuel et collectif, c'est désormais un état qu'on veut abrégé, voire escamoter et effacer. Par exemple, pour éviter trop de souffrance au malade, les médecins et les membres de la famille lui cachent souvent la gravité de son état

et prennent garde de ne pas parler devant lui de sa fin prochaine. Par ailleurs, le lieu de la mort s'est déplacé de la maison à l'hôpital, et les soins aux mourants sont généralement confiés à des professionnels. Les rituels funéraires se font plus rapidement, et le développement de l'incinération apparaît comme une solution pour faire disparaître le corps et épargner les survivants (Ariès, 1975). Tous ces changements ont finalement contribué à l'oubli d'un fait important : la mort fait partie de la vie.

Aujourd'hui, la **thanatologie**, soit l'étude des aspects biologiques, psychologiques et sociologiques de la mort, vise à aider les personnes à composer avec ces réalités. En effet, bien que la mort et la perte soient des expériences universelles, elles n'ont pas la même signification pour un bouddhiste japonais âgé, dont la religion lui a appris à accepter l'inévitable, que pour un jeune Québécois d'origine japonaise de troisième génération, qui a grandi en croyant qu'il pouvait être maître de sa propre destinée. De plus, les critères qui s'appliquent à la mort sont devenus plus complexes avec l'apparition d'appareils médicaux permettant de prolonger les signes vitaux de base. L'utilisation de ces technologies soulève d'ailleurs des questions éthiques dont nous parlerons plus loin. Regardons d'abord les soins qui sont offerts aux personnes en fin de vie.

### 14.1.1 Les soins aux personnes mourantes

Mourir représente l'ultime expérience de chaque individu. Les soins palliatifs et certains groupes d'entraide cherchent à rendre cette expérience la plus humaine possible. En 1959, Cicely Saunders a ainsi eu l'idée d'offrir des soins de confort au malade, plutôt que de miser sur son improbable guérison. Elle croyait que la personne ne pouvait pas affronter la mort avec dignité si elle était submergée par la souffrance physique. Ce médecin anglais donna alors naissance aux soins palliatifs.

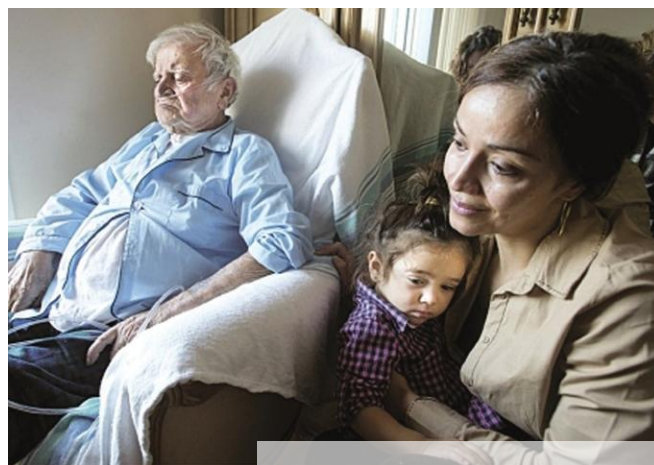
Aujourd'hui, les **soins palliatifs** sont offerts aux malades de tous âges qui sont en phase terminale. Ces soins sont centrés sur le soulagement de la douleur et sur le maintien d'une qualité de vie satisfaisante. Ils visent également à apporter réconfort, soutien et accompagnement à la personne malade et à ses proches à toutes les étapes de la maladie (RSPQ, 2013). Au Québec, ces soins peuvent être offerts à domicile, dans un hôpital ou dans un centre de soins palliatifs. Une étude menée auprès de patients ayant reçu un diagnostic de cancer démontre que l'introduction des soins palliatifs influence la qualité de vie des patients, diminue leurs symptômes dépressifs et augmente leur durée de survie (Temel *et al.*, 2010). Ainsi, les soins palliatifs permettent au patient de préserver sa dignité jusqu'à sa mort, ce qui était très important pour le mari de Michelle.

Que signifie exactement « préserver la dignité d'un mourant » ? Une équipe de chercheurs a interrogé cinquante patients canadiens atteints d'un cancer en phase terminale, à l'aide d'une liste de questions ayant trait à la dignité, aux préoccupations et aux lignes directrices en matière de traitement (*voir le tableau 14.1, à la page suivante*). Les chercheurs ont conclu que les soins qui permettaient de préserver la dignité du patient dépendaient non seulement de la façon dont ce dernier était traité, mais aussi de la manière dont il était considéré : « Les patients mourants sont plus susceptibles de conserver leur dignité si les personnes qui s'occupent d'eux les considèrent dignes d'être traitées avec respect et estime et s'ils en sont conscients. » (Chochinov, 2002)

Depuis 2004, le gouvernement québécois s'est doté d'une politique en soins palliatifs de fin de vie. Ainsi, malgré un contexte social et scientifique qui ne favorise pas toujours la réflexion sur la mort, le développement plus structuré des soins palliatifs s'impose doucement. Il reste toutefois beaucoup à faire puisque, malgré le

#### Thanatologie

Étude des aspects biologiques, sociologiques et psychologiques de la mort.



#### Les soins palliatifs

Au Québec, il existe plus de 27 maisons de soins palliatifs de fin de vie. La maison Michel Sarrazin est l'institution pionnière dans les soins, l'enseignement et la recherche en soins palliatifs.



#### Soins palliatifs

Soins chaleureux et personnalisés offerts à une personne mourante et à ses proches. Ils visent le maintien de la qualité de vie plutôt que la guérison et sont centrés sur le soulagement de la douleur et de la souffrance à toutes les étapes de la maladie.

**TABLEAU 14.1** Les interventions permettant aux patients de conserver leur dignité à l'approche de la mort

Préoccupations	Questions relatives à la dignité	Interventions thérapeutiques
<b>Maladie</b>		
Douleur physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Votre environnement est-il confortable ? »</li> <li>« Que pouvons-nous faire pour améliorer votre confort ? »</li> </ul>	Faire preuve de vigilance en matière de gestion des symptômes. Procéder à de fréquentes évaluations. Offrir des soins de confort.
Douleur psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Comment prenez-vous ce qui vous arrive ? »</li> </ul>	Adopter une attitude réconfortante. Écouter avec empathie. Envisager une orientation vers un processus thérapeutique.
Incertitude médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez savoir sur votre maladie ? »</li> <li>« Obtenez-vous toute l'information dont vous avez besoin ? »</li> </ul>	À la demande du patient, lui fournir de l'information et lui suggérer des stratégies précises et faciles à comprendre pour gérer les éventuelles crises.
Anxiété par rapport à la mort	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Y a-t-il d'autres choses sur les dernières phases de votre maladie dont vous aimeriez discuter ? »</li> </ul>	Accueillir et normaliser les inquiétudes du patient.
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Votre maladie vous a-t-elle rendu plus dépendant des autres ? »</li> </ul>	Inciter le patient à participer aux décisions d'ordre personnel et médical le concernant.
Acuité cognitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avez-vous de la difficulté à réfléchir ? »</li> </ul>	Traiter le délire. Si possible, éviter les sédatifs.
Capacité fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Qu'êtes-vous capable de faire tout seul ? »</li> </ul>	Offrir de l'orthopédie, de la physiothérapie et de l'ergothérapie.
<b>Maintien de la dignité</b>		
Continuité du soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Qu'est-ce que la maladie n'affecte pas chez vous ? »</li> </ul>	Reconnaître les aspects de la vie qui ont le plus de valeur pour le patient et y accorder de l'intérêt.
Préservation du rôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quelles sont les choses les plus importantes que vous faisiez avant de tomber malade ? »</li> </ul>	Considérer le patient comme étant un être digne de respect et d'estime.
Maintien de la fierté	<ul style="list-style-type: none"> <li>« De quoi êtes-vous le plus fier par rapport à vous-même ou à votre vie ? »</li> </ul>	Encourager le patient à participer à des activités significatives pour lui ou qui ont un but, et lui donner les moyens de les réaliser.
Espoir	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Qu'êtes-vous encore capable de faire ? »</li> </ul>	Identifier les activités que le patient peut réaliser.
Autonomie/contrôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avez-vous l'impression de maîtriser la situation ? »</li> </ul>	Faire participer le patient aux décisions concernant le traitement et les soins.
Générativité/héritage	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quel souvenir aimeriez-vous laisser ? »</li> </ul>	Suggérer des projets de vie (par exemple : faire des enregistrements audio ou vidéo, rédiger des lettres ou un journal) ou une psychothérapie.
Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Êtes-vous en paix avec ce qui vous arrive ? »</li> </ul>	Aider le patient à conserver l'apparence qu'il souhaite.
Résilience/état d'esprit combatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quand est-ce que vous remarquez une amélioration de votre état ? »</li> </ul>	Encourager le patient à faire des activités qui améliorent son bien-être (par exemple : méditation, exercices modérés, écouter de la musique, prier).
Capacité à vivre le moment présent	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Y a-t-il des choses qui vous distraient de la maladie et qui vous réconfortent ? »</li> </ul>	Permettre au patient de participer à des activités ou de se réconforter en se distrayant momentanément (par exemple : sorties quotidiennes, exercices modérés, écoute de musique).
Maintien de la normalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Y a-t-il des choses que vous aimez encore faire régulièrement ? »</li> </ul>	Identifier les ressources du patient pour réaliser ce qu'il aime.
Soutien spirituel	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avez-vous des liens avec une communauté religieuse en particulier ou aimeriez-vous en avoir ? »</li> </ul>	Orienter le patient vers l'aumônier ou un représentant spirituel. Permettre au patient de participer aux pratiques religieuses ou culturelles.
Limites relatives à l'intimité	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quel aspect de votre intimité ou quelle partie de votre corps a de l'importance à vos yeux ? »</li> </ul>	Demander au patient la permission de l'examiner. S'assurer qu'il est adéquatement couvert afin de respecter son intimité.

**TABLEAU 14.1** Les interventions permettant aux patients de conserver leur dignité à l'approche de la mort (*suite*)

Préoccupations	Questions relatives à la dignité	Interventions thérapeutiques
<b>Environnement social</b>		
Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quelles sont les personnes les plus importantes pour vous ? »</li> <li>« Qui est votre meilleur confident ? »</li> </ul>	Adopter des politiques progressistes par rapport aux visites et au partage de la chambre. S'assurer de la participation d'un grand réseau de soutien.
Teneur des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Est-ce que la façon dont on vous traite vous donne un sentiment de dignité ? »</li> </ul>	Adopter une attitude qui fait sentir au patient qu'il est digne de respect et d'estime.
Fardeau pour les autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Avez-vous peur de représenter un fardeau pour les autres ? »</li> <li>« Si oui, pour qui et de quelle façon ? »</li> </ul>	Encourager le patient qui se considère comme un fardeau à en parler explicitement.
Préoccupations quant aux survivants	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quels sont vos principaux soucis à l'égard des personnes que vous laissez derrière vous ? »</li> </ul>	Encourager le patient à régler ses affaires, à rédiger des instructions ainsi qu'un testament et à planifier ses rituels funéraires.

Source : Adapté de Chochinov, 2002.

projet de loi portant sur les soins en fin de vie et les sommes investies pour les soins palliatifs à domicile, les services offerts sont insuffisants par rapport à la demande (La Fontaine, 2011).

## 14.1.2 La confrontation avec la mort : les enjeux psychologiques

La mort représente une étape importante du développement humain. En effet, plusieurs transformations physiques et psychologiques se manifestent chez les personnes en fin de vie. Les scientifiques qui ont étudié ces changements ont pu identifier les principales attitudes des personnes mourantes et la façon dont les gens peuvent donner un sens à leur vie lorsque la mort est imminente.

### Les changements physiques et cognitifs

Bien que plusieurs centaines aient encore un véritable goût de vivre, certaines personnes qui arrivent à l'âge de 100 ans, donc très près de la limite de l'espérance de vie humaine, ont tendance à subir un déclin fonctionnel, à ne plus avoir envie de boire ni de manger et à mourir de mort naturelle (Johansson *et al.*, 2004; Rabbitt *et al.*, 2004). Ces changements se produisent aussi chez les personnes plus jeunes qui approchent de la mort. Une étude longitudinale effectuée auprès de 1927 hommes révèle ainsi que leur satisfaction par rapport à la vie avait fortement décliné au cours de l'année précédant leur décès, quelle que soit l'évaluation qu'ils faisaient de leur propre santé (Mroczek et Spiro, 2005).

Les chercheurs ont aussi constaté, vers la fin de la vie, une **chute des fonctions cognitives** caractérisée par une baisse subite de l'état général de la personne, aussi appelée « phase terminale ». Plusieurs études longitudinales effectuées dans différents pays auprès d'adultes d'âges variés rapportent en effet les mêmes observations, et ce, peu importe leur état de santé apparent, leur genre, leur statut socioéconomique ou la cause du décès (Weatherbee et Allaire, 2008; Johansson *et al.*, 2004). Le déclin de l'habileté verbale (l'habileté normalement la moins affectée par le vieillissement), tout comme celui du raisonnement spatial, est l'un des marqueurs particulièrement importants de cette phase terminale (Thorvaldsson *et al.*, 2008).

Par ailleurs, certaines personnes qui ont failli mourir ont relaté avoir vécu une expérience de mort imminente (EMI), expérience au cours de laquelle elles ont souvent eu l'impression de sortir de leur corps ou d'être aspirées dans un tunnel et de voir une

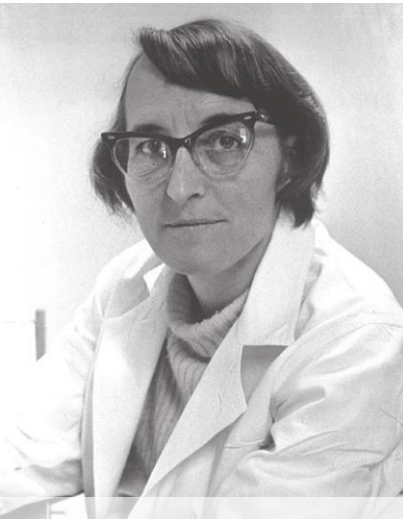
### Chute des fonctions cognitives

Baisse subite de l'état général de la personne fréquemment observée vers la fin de la vie; aussi appelée « phase terminale ».



### L'expérience de mort imminente

Quand le cerveau est privé d'oxygène, des images apparaissent à cause d'altérations dans le cortex visuel. Il en résulte une perception de tunnel comme celle rapportée par les personnes ayant eu une expérience de mort imminente.



### Elisabeth Kübler-Ross

La psychiatre Elisabeth Kübler-Ross s'est entretenue avec de nombreux malades en phase terminale. Elle a constaté que la plupart appréciaient pouvoir parler ouvertement de leur état et étaient conscients d'être proches de la mort, même si on ne leur avait rien dit.

### Relecture de vie

Réminiscence faite par une personne à propos de sa vie afin d'en dégager une signification.

lumière vive, ou encore de faire des rencontres mystiques. Ces témoignages sont très subjectifs et on les interprète généralement comme le résultat de changements physiologiques qui accompagnent le processus de la mort. Lorsque le cerveau est privé d'oxygène, ce qui se produit chez neuf personnes mourantes sur dix, la conscience s'obscurcit et certaines images apparaissent à la suite de changements dans le cortex visuel (Woerlee, 2005). Or, la fréquence des EMI et la possibilité d'une conscience après la mort physique ont des conséquences sur la manière dont le personnel de la santé et les proches traitent les personnes malades, dans le coma ou mourantes. En effet, on leur parle et on leur offre des soins attentionnés malgré l'absence de réactions apparentes (Van Lommel, 2012).

### Le modèle d'Elisabeth Kübler-Ross

Selon Elisabeth Kübler-Ross (1975), les gens qui sont au seuil de la mort suivent un cheminement similaire, avec des réactions typiques et prévisibles. Elle a identifié cinq phases traversées par la personne qui va mourir :

1. le déni ou la négation : la personne ne croit pas à ce qui lui arrive (« Ce n'est pas vrai, pas moi! »);
2. la colère : la personne ressent de l'hostilité et de la rancœur. Cette colère peut être dirigée vers Dieu, les professionnels soignants, les proches, etc. (« Pourquoi moi? »);
3. le marchandage : la personne offre maintes promesses, invoque des forces supérieures ou négocie pour vivre plus longtemps et obtenir un délai avant de mourir (« Si je pouvais seulement vivre jusqu'à ce que... »);
4. la dépression : la personne prend conscience des pertes subies et de sa mort éventuelle (« Pauvre de moi, c'est triste et difficile. »);
5. l'acceptation : la personne accepte la réalité et commence à organiser sa fin éventuelle (« J'abandonne tout en étant sereine. Je suis heureuse de t'avoir connu. »).

Certaines critiques ont été émises à l'égard du modèle de Kübler-Ross. En effet, bien que les émotions décrites précédemment soient courantes, tout le monde ne traverse pas ces cinq étapes et, lorsque c'est le cas, ce n'est pas nécessairement dans le même ordre. Malgré cela, certains professionnels de la santé supposent que ces étapes sont inévitables et universelles, et ils peuvent même penser qu'ils ont échoué s'ils ne réussissent pas à guider le patient vers l'étape finale de l'acceptation. Pourtant, la mort, comme la vie, est une expérience individuelle. Pour certaines personnes, la colère ou le déni peuvent donc représenter une manière différente de faire face à la mort, ces réactions remplaçant alors l'acceptation sereine préconisée par Kübler-Ross. Enfin, d'autres simulent l'acceptation pour apaiser l'entourage alors que le refus ou la tristesse les habitent (de Montigny, 2010).

### La relecture de vie

Lorsque la vie s'achève, la question du sens devient plus obsédante. Les gens ont alors tendance à effectuer une **relecture de vie** : la personne se remémore sa vie afin d'en dégager une signification. Bien que cette démarche puisse être réalisée à n'importe quel moment, elle a souvent lieu lors de la vieillesse et des périodes de transition de vie importantes. L'évocation du passé permet alors aux personnes d'examiner leurs valeurs, leurs réalisations et leurs regrets, et de s'interroger sur le sens de leur existence. La relecture de vie a pour principales fonctions de mieux comprendre et accepter son passé, de se réconcilier avec soi-même et avec les autres et de favoriser l'intégrité du moi, dernière tâche essentielle de la vie selon Erikson. La relecture de vie permet aussi de terminer les tâches inachevées et de se préparer à la mort (Hétu, 2000).

Lors d'une relecture de vie, les souvenirs peuvent être agréables ou désagréables. Ainsi, ils ne contribuent pas de façon égale à la santé mentale et à la croissance personnelle. Les personnes âgées qui utilisent la réminiscence pour se comprendre elles-mêmes sont celles dont l'intégrité du moi est la plus solide, alors que cette intégrité est plus faible chez les personnes qui entretiennent seulement les souvenirs agréables. Les personnes qui s'adaptent le moins bien sont celles chez qui le désespoir a pris le pas sur l'intégrité du moi, soit celles qui ressassent des événements négatifs et qui sont assaillies par le regret et par la peur de la mort. Chez elles, le désespoir a pris le pas sur l'intégrité (Sherman, 1993).

La personne elle-même semble la mieux placée pour trouver un sens à sa vie. Si aucun professionnel ne peut lui imposer le sien, la qualité de son accompagnement, sa disponibilité et les soins prodigués favorisent souvent le cheminement personnel nécessaire à un sentiment d'intégrité et de dignité (Gendron et Carrier, 1997) (voir l'encadré 14.1).

## ENCADRÉ 14.1

## PAROLES D'EXPERT

**Johanne de Montigny** | Psychologue à l'Unité des soins palliatifs du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)



### Les soins palliatifs et le suivi de deuil au Québec

Johanne de Montigny a été la première psychologue québécoise à se spécialiser en soins palliatifs et en suivi de deuil. En 1988, elle a terminé une maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Cette formation résulte d'une

trajectoire bien particulière. En effet, le 29 mars 1979, sa vie bascule lors d'un accident d'avion où 17 des 24 passagers trouvent la mort, l'un des passagers décédant à ses côtés quelques secondes avant l'écrasement. À la suite de cet événement, elle consulte un psychologue qui, par son accueil et son écoute, l'aide à surmonter ses réactions de stress post-traumatique. De cette expérience naît alors son désir de devenir psychologue. Après l'obtention de sa maîtrise, elle effectue un stage à l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria et devient la première psychologue québécoise à se spécialiser dans une unité regroupant des personnes en phase terminale. Selon elle, le plus important dans son travail est certainement d'assurer la dignité du mourant. Pour se faire, elle développe, entre autres, l'art d'établir une relation significative dans un temps circonscrit. À titre de psychologue, elle tente d'offrir une présence à la fois délicate, assurée et rassurante, une écoute attentive, un silence enveloppant et apaisant jusqu'à ce qu'une intervention pertinente puisse se verbaliser ou se traduire dans un savoir-être (disponibilité, proximité juste laissant place à la famille, etc.).

Depuis 2003, Johanne de Montigny œuvre à l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital général de Montréal du centre universitaire de santé McGill et à l'Hôpital général de Montréal. Elle constate les besoins de communication et de solidarité des soignants (infirmiers, médecins, psychologues, etc.). Son parcours lui donne l'occasion de collaborer à la mise sur pied d'un groupe de parole interdisciplinaire où les aidants peuvent être entendus, reconnus et soutenus. Il lui donne également l'occasion de participer à une table de concertation sur l'avenir des soins palliatifs

et sur le rôle indispensable du psychologue dans ces soins. Le rapport soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2004 a permis de reconnaître la nécessité des services psychologiques en soins palliatifs. Il existe désormais une plus grande concertation entre les acteurs impliqués dans le réseau de la santé. Enfin, l'expérience d'enseignement de Johanne de Montigny, dispensé dans le cadre du programme d'études multidisciplinaires sur la mort de l'Université du Québec à Montréal et du programme de gérontologie de l'Université de Montréal, lui a permis de transmettre des connaissances essentielles à la relation d'aide dans un contexte de soins en phase terminale. Le confort et le réconfort dont ont besoin les personnes en fin de vie, tout comme le soutien de leurs proches, sont effectivement facilités par la présence de personnes formées à l'accompagnement.

Depuis le début de sa carrière, Johanne de Montigny a également formé plusieurs psychologues désireux d'œuvrer dans l'univers des soins palliatifs. Elle a publié plusieurs livres et articles et a participé à de nombreuses émissions télévisées, conférences et congrès. En pratique privée, elle reçoit des personnes qui vivent avec le cancer, qui traversent un deuil ou qui sont confrontées à un tournant majeur dans leur vie. Après plus de 25 ans de métier, elle se dit privilégiée d'avoir pu associer sa chance de survivante à la joie profonde de pratiquer comme psychologue. Elle a appris par ses expériences de travail que la vie est à la fois forte et fragile, que l'être humain est imprévisible et étonnant, même si l'adage « on meurt comme on a vécu » s'applique le plus souvent. Elle constate aussi que la personne mourante peut parfois transcender sa dure réalité, se réfugier dans un espace intérieur et quitter ce monde dans un état pacifié. Selon elle, les perspectives d'avenir pour les soins palliatifs sont nombreuses, et l'une d'entre elles consiste à multiplier les points de service et les ressources pour éviter que les gens ne souhaitent devancer le processus du mourir. Un défi qui continue d'alimenter la passion de cette psychologue remarquable, pour qui le chagrin ne fait pas écran au courage; l'espoir n'est pas synonyme de déni et la mort demeure, bien que cruelle, mystérieuse, étonnante et, d'une certaine façon, grandiose.

### 14.1.3 Le droit à la mort : les enjeux éthiques, médicaux et juridiques

Comme nous venons de le voir, une personne qui apprend qu'elle va mourir vit différentes émotions. Mais qu'en est-il des individus qui souhaitent mourir? Ont-ils le droit de se donner la mort? Si oui, dans quelles circonstances? Une personne atteinte d'une maladie incurable devrait-elle être autorisée à se suicider ou à recevoir de l'aide pour y parvenir? Le médecin peut-il prescrire un médicament qui soulage la douleur, mais qui risque d'abrèger la vie du patient? Qui peut décider qu'une vie ne doit plus être prolongée? Voici quelques questions morales, éthiques et juridiques auxquelles les individus, les familles, les médecins et la société sont confrontés.

#### Le suicide

Une baisse du taux de mortalité par suicide est observée partout dans le monde, y compris au Québec. En effet, en 2010, 1089 Québécois et Québécoises se sont enlevé la vie (soit un taux de 13,8 par 100 000 habitants) comparativement à 1620 décès par suicide en 1999 (soit 22,2 par 100 000 habitants). Or, il n'en demeure pas moins que le suicide représente 2% de l'ensemble de tous les décès au Québec et qu'en moyenne, trois individus meurent chaque jour en s'enlevant la vie. De plus, le risque de suicide est 3,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Institut national de santé publique, 2013). Comme nous l'avons vu dans le chapitre 9, le suicide est devenu, au Québec, un problème de santé publique. En effet, 37% de tous les décès par suicide au Canada se produisent au Québec. Ces statistiques sont d'autant plus alarmantes qu'elles minimisent probablement le nombre de suicides. En effet, les «accidents» de la route et les surdoses médicamenteuses «accidentelles» ne sont pas reconnus comme des suicides, alors qu'ils peuvent occasionnellement être des suicides déguisés. De plus, les chiffres sur le suicide ne comprennent généralement pas les tentatives de suicide (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Quels sont les facteurs qui ont une incidence sur le risque suicidaire? Les recherches ont démontré qu'environ 90% des personnes mortes par suicide présentaient un trouble de santé mentale au moment du décès. De plus, elles avaient soit une trajectoire de vie cumulant des difficultés personnelles, familiales, relationnelles, psychologiques et sociales ou encore des difficultés d'adaptation (Séguin, 2010). Les antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide augmentent aussi considérablement le risque de passage à l'acte. Une vulnérabilité apparemment héréditaire pourrait être liée à la faible activité de la sérotonine (le neurotransmetteur qui régule l'humeur et l'impulsivité) dans le cortex préfrontal, qui est la zone du jugement, de la planification et de l'inhibition (Harvard Medical School, 2003).

Bien que certains individus ayant l'intention de se suicider cachent soigneusement leur projet, huit personnes sur dix envoient des signaux précurseurs avant de passer à l'acte (Harvard Medical School, 2003). Ces personnes présentent souvent des signes de dépression, tels que des difficultés inhabituelles de concentration, une perte de l'estime de soi et des sentiments d'abandon, de désespoir ou de panique. Comme le montre le tableau 14.2, les signaux précurseurs peuvent être regroupés en quatre catégories, soit les messages verbaux directs, les messages verbaux indirects, les signes comportementaux et les signes émotifs indiquant la possibilité d'un état dépressif (Lewis, 2001; Jacques, 1998).



#### Choisir de mourir

La personne qui choisit délibérément de mettre fin à ses jours suscite plusieurs questions d'ordre moral, éthique et juridique.

Il n'y a pas d'intervention miraculeuse pour empêcher une personne suicidaire de mettre fin à ses jours. De plus, le geste qu'elle souhaite poser ne peut être jugé courageux ou lâche. Une reconnaissance des signaux précurseurs, qui sont souvent des



**TABLEAU 14.2** Les signes précurseurs d'intentions suicidaires

Messages verbaux directs	Messages verbaux indirects	Signes comportementaux	Signes émotifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je veux en finir.</li> <li>• Je vais aller me jeter en bas du pont.</li> <li>• Je vais vous débarrasser de moi. Je vais me tuer.</li> <li>• Je veux mourir, je souffre trop.</li> <li>• Je vais me suicider, ça va régler les affaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vie ne vaut pas la peine.</li> <li>• J'aimerais ne plus me réveiller.</li> <li>• Je partirais pour un long voyage.</li> <li>• Bientôt, je vais vous laisser tranquille.</li> <li>• Ça ne sera pas long, vous allez avoir la paix.</li> <li>• Je suis inutile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dons d'objets personnels significatifs.</li> <li>• Changements de comportements.</li> <li>• Achat d'une arme, d'une corde ou de médicaments.</li> <li>• Consommation excessive de psychotropes.</li> <li>• Changement des habitudes alimentaires et de sommeil.</li> <li>• Mise à jour de documents légaux.</li> <li>• Préoccupation pour des sujets liés à la mort.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleurs, tristesse, apathie.</li> <li>• Désintérêt, ennui.</li> <li>• Perte de plaisir et de désir.</li> <li>• Changement d'humeur.</li> <li>• Culpabilité, irritabilité.</li> <li>• Difficulté de concentration.</li> </ul>

Source : Jacques, 1998.

appels à l'aide déguisés, peut toutefois permettre de lui offrir le soutien et l'aide dont elle a besoin. L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) mise sur l'éducation et la mobilisation pour faire diminuer le taux de décès par suicide. À cet effet, des services d'intervention téléphonique, des groupes d'entraide et des formations sur la problématique du suicide sont disponibles dans toutes les régions de la province (AQPS, 2009). Suicide Action Montréal et le Centre Dollar-Cormier ont créé conjointement une grille pour estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire et cibler les interventions. Celle-ci est composée de sept critères : la planification du suicide, la tentative de suicide, la capacité à espérer un changement, l'usage de substances, la capacité à se contrôler, la présence de proches et la capacité à prendre soin de soi (Lavoie et Lecavalier, 2010).

Voici des pistes d'intervention pour aider une personne présentant un risque de dangerosité pour un geste suicidaire :

- Prendre la menace au sérieux.
- Ne pas laisser la personne seule.
- Empêcher l'accès aux armes, aux médicaments ou aux autres objets pouvant être utilisés pour commettre un suicide.
- Démontrer une écoute attentive et empathique.
- Poser des questions pour vérifier si la personne a planifié un geste suicidaire : comment ? où ? quand ?
- Référer aux ressources d'aide disponibles.
- Faire un pacte de non-suicide.
- Contacter les urgences médicales, si nécessaire. (ACEP, 2008)

Malgré tous les efforts déployés, il existera toujours des gens qui considèrent la mort comme la seule solution à leur souffrance. Les proches vivent alors des sentiments de culpabilité. Beaucoup tentent d'imaginer comment ils auraient pu prévenir le suicide et cherchent à trouver une explication au geste suicidaire. Étant donné la réprobation du suicide, les endeuillés par suicide bénéficient moins du soutien émotif de leur entourage (Séguin et Roy, 2005). Des efforts doivent donc être déployés, non seulement pour prévenir le suicide, mais aussi pour aider les personnes qui ont perdu un proche par suicide : en plus de vivre un deuil, elles doivent souvent s'adapter à une mort dite traumatique, comme on peut le voir dans l'encadré 14.2 (*voir la page 458*).

**Suicide assisté**

Suicide au cours duquel un médecin ou une autre personne aide quelqu'un à mettre fin à ses jours.

**Le suicide assisté**

Il existe des situations où une personne peut décider de faire appel à un médecin pour l'aider à mourir. Après plus de deux ans de travaux, la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (2012) en est venue à la conclusion qu'une aide médicale à mourir peut être offerte à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable. Celle-ci doit se caractériser par une déchéance physique avancée et être sans perspective d'amélioration. On parle alors de **suicide assisté**. Depuis, des enjeux éthiques et moraux ont été soulevés et donnent lieu à des débats publics de premier plan.

Au Canada, on peut citer le cas célèbre de Sue Rodriguez qui, atteinte de la maladie de Lou Gehrig, a commencé sa bataille juridique en 1992 pour obtenir un suicide assisté. Alors qu'elle savait qu'il ne lui restait que quelques années à vivre, elle a présenté une requête d'amendement du *Code criminel*, qui considère l'assistance au suicide comme un crime. La Cour suprême du Canada ayant refusé sa demande, elle est morte assistée par un médecin anonyme et appuyée par un député sensible à sa cause.

Ainsi, à la différence de l'euthanasie active, dont nous parlerons plus loin, dans les cas de suicide assisté, c'est la personne qui souhaite mourir qui pose le geste. Malgré cela, les répercussions éthiques sont nombreuses, comme nous allons le voir en examinant les arguments pour ou contre le suicide assisté.

Les arguments éthiques en faveur du suicide assisté sont fondés sur les principes de l'autonomie et de l'autodétermination: une personne mentalement compétente devrait avoir le droit de maîtriser sa propre qualité de vie et de décider du moment et de la nature de sa mort. Les tenants du suicide assisté accordent une grande valeur au maintien de la dignité et de l'identité de l'être humain qui se meurt. Selon les arguments médicaux, un médecin est obligé de prendre toutes les dispositions nécessaires pour soulager la souffrance. De plus, dans le cas du suicide assisté, c'est le patient qui décide réellement de mettre fin à ses jours. Enfin, selon l'argument juridique, la légalisation du suicide assisté permettrait de réguler des pratiques qui sont de toute façon en vigueur, certaines personnes faisant preuve de compassion envers les patients qui souffrent. Certains spécialistes de l'éthique et du droit soutiennent même que l'aide à la mort, si elle était ouvertement disponible, diminuerait la peur et l'impuissance des patients en leur permettant de maîtriser leur destinée (APA, 2001; Brock, 1992; Epstein, 1989; Orentlicher, 1996).

Les arguments éthiques contre le suicide assisté sont centrés sur deux principes: la croyance selon laquelle il est immoral de mettre fin à une vie, même avec le consentement de la personne, ainsi que les préoccupations concernant la protection des personnes défavorisées ou handicapées. Ainsi, les opposants au suicide assisté signalent que l'autonomie d'une personne est souvent limitée par des facteurs tels que la pauvreté, l'incapacité ou l'appartenance à un groupe social stigmatisé. Par conséquent, les personnes malades appartenant à ces catégories pourraient subir des pressions subtiles les amenant à choisir le suicide à cause de facteurs sous-jacents, comme la question des coûts. Les arguments médicaux contre le suicide assisté se basent sur la possibilité d'erreurs de diagnostic ou de pronostic incorrect, sur la découverte éventuelle de nouveaux traitements, sur la croyance selon laquelle l'aide à la mort est incompatible avec le rôle du médecin et sur l'impossibilité de mettre en place des mesures de protection adéquates.

Quant aux arguments juridiques contre le suicide assisté, ils comprennent des préoccupations relatives au caractère exécutoire des mesures de protection, ainsi que des craintes à l'endroit des poursuites qui pourraient être intentées par les membres de la famille en désaccord avec le bien-fondé de cette action (APA, 2001). Par ailleurs, certains croient que ce serait le début d'un engrenage qui mènerait

à l'euthanasie non librement consentie, non seulement pour les malades incurables, mais aussi pour d'autres personnes, comme celles ayant des déficiences et dont on peut penser que la qualité de vie est réduite. Enfin, les opposants au suicide assisté affirment que les personnes qui veulent mourir sont souvent temporairement déprimées et qu'elles pourraient changer d'avis si elles recevaient un traitement ou des soins palliatifs (APA, 2010; Quill, Lo et Brock, 1997; Simpson, 1996). Nous regarderons plus attentivement les particularités de l'euthanasie afin de mieux comprendre ces derniers arguments.

Toute cette controverse sur l'aide à la mort a eu le mérite d'attirer l'attention sur la nécessité de développer des places en soins palliatifs et de se préoccuper davantage des patients et de leur état d'esprit. Chez les patients en phase terminale, la volonté de vivre peut fluctuer énormément; il est donc essentiel de s'assurer que la demande d'aide à la mort n'est pas seulement passagère (Chochinov *et al.*, 1999).

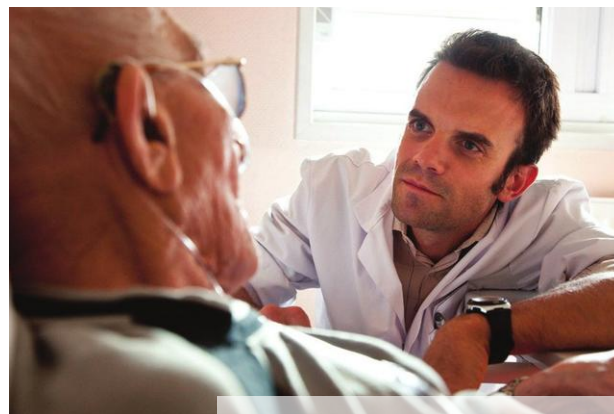
## L'euthanasie

On distingue deux formes d'euthanasie procurant une mort douce et sans souffrance: l'euthanasie active et l'euthanasie passive. L'**euthanasie active** ou **volontaire** est une mesure prise directement et délibérément dans le but de raccourcir la vie d'un malade incurable, de mettre fin à ses souffrances et de lui permettre de mourir dignement. La personne qui pratique l'euthanasie est censée agir par compassion tout en sachant que son geste causera la mort. L'**euthanasie passive** est l'omission délibérée de fournir un traitement qui pourrait prolonger la vie d'un malade incurable ou encore l'interruption volontaire de certains traitements (médicaments, systèmes de maintien des fonctions vitales ou sondes d'alimentation). Contrairement à ce qu'on entend, il n'existe pas de vide juridique concernant l'euthanasie au Canada: l'euthanasie active est illégale et considérée comme un homicide sur le plan pénal. Pour cette raison, certaines personnes se rendent dans un pays où l'euthanasie est légale, comme la Belgique, le Luxembourg ou les Pays-Bas, pour trouver de l'aide afin de mourir dignement. Actuellement, le Québec emprunte les sentiers tracés par ces pays avec un projet de loi sur l'aide médicale à mourir, qui pourrait être adopté en 2014.

Par ailleurs, l'euthanasie passive, consistant à arrêter des traitements, est légale. La question la plus importante concernant l'euthanasie, qu'elle soit passive ou active, est de savoir si elle est librement consentie, c'est-à-dire si elle a lieu à la demande directe de la personne qui va en mourir ou si elle répond aux souhaits qu'elle a exprimés. Une personne malade peut donc demander l'interruption des traitements qui ne lui apportent aucun effet bénéfique (Voyer, 2009).

Il existe aussi une règle dite du « double effet » qui est jugée acceptable selon la loi canadienne. Elle consiste en une prescription médicale visant à atténuer les symptômes insupportables par la personne en phase terminale, même si les effets secondaires accélèrent sa mort (Blanchet, 2002).

Le *Code civil* du Québec contient deux mesures souples et assez efficaces permettant à chaque personne mentalement compétente de faire connaître clairement ses volontés de fin de vie: le mandat en cas d'inaptitude et le testament de vie. Le **mandat en cas d'inaptitude** vise essentiellement à minimiser l'acharnement thérapeutique. Il s'agit d'un écrit dans lequel une personne désigne, en toute lucidité, l'individu qui sera responsable de prendre à sa place des décisions advenant une maladie ou un accident qui atteindrait ses facultés cognitives de façon temporaire ou permanente. La personne y exprime ses volontés en ce qui concerne son consentement anticipé à des soins éventuels. Elle indique si elle souhaite être maintenue en vie le plus longtemps possible ou, au contraire, si elle refuse. Cet instrument juridique a toutefois ses



### Un médecin discutant avec une patiente

Les patients bénéficient de temps de discussion avec leur médecin pour exprimer leurs peurs, leurs préoccupations et leurs besoins.

### Euthanasie active ou volontaire

Action délibérée visant à abrégier la vie d'un malade incurable afin de mettre fin à ses souffrances ou de lui permettre de mourir dignement.

### Euthanasie passive

Omission délibérée de fournir un traitement visant à prolonger la vie d'un malade incurable, ou interruption de ce traitement afin de mettre fin à ses souffrances ou de lui permettre de mourir dignement.

### Mandat en cas d'inaptitude

Instrument juridique qui désigne l'individu qui agira et prendra des décisions à la place d'une autre personne en prévision de son inaptitude. Il précise aussi les volontés de la personne en ce qui concerne des soins éventuels.

**Testament de vie**

Document qui précise le type de soins désirés par la personne dans le cas où elle serait atteinte d'une maladie invalidante ou incurable.

limites, car les démarches pour faire homologuer le mandat sont lourdes et l'équipe médicale peut en ignorer l'existence. De plus, le fait de décider à l'avance du type de soins souhaité ne tient pas compte du processus continu et évolutif de la maladie (Beaudoin, 2001). Le **testament de vie** est une autre façon d'exprimer ses volontés. Ce document peut contenir des dispositions particulières concernant les circonstances dans lesquelles le traitement devrait cesser, les mesures extraordinaires à prendre, le cas échéant, pour prolonger la vie et le type de gestion de la douleur souhaité. Le testament de vie permet aussi de désigner une personne qui prendra les décisions si l'auteur du document devient inapte à le faire. Par ailleurs, toute personne peut aussi préciser, par l'entremise d'une carte de donneur ou en apposant sa signature sur l'autocollant de consentement prévu à cet effet et collé au verso de sa carte d'assurance maladie, qu'elle souhaite faire don de ses organes en cas de décès. Toutefois, malgré l'existence d'un testament de vie, de nombreux patients subissent des traitements prolongés et vains contre leur volonté parce que les médecins en ignorent l'existence ou désapprouvent les directives préalables du patient (Sprung *et al.*, 2007).

### 14.1.4 La perception de la mort selon les âges

La perception de la mort varie selon les âges. Bien que la personnalité, la maturité et les expériences de pertes de chacun puissent devancer ou retarder le processus de conceptualisation de la mort, il est possible d'identifier certaines caractéristiques selon les âges.

#### Chez l'enfant de la naissance à 2 ans

La perception de la mort varie selon le développement cognitif et affectif de l'enfant. Ainsi, la difficulté du nourrisson ou du très jeune enfant à saisir la notion du temps qui s'écoule ne lui permet pas vraiment de faire la différence entre la vie et la mort. Pour lui, ce sont deux états en continuité, comme le sommeil et l'éveil, dont aucun n'est irrémédiable. Sa compréhension de la réalité est alors fondée sur les informations sensorielles immédiates. Puis, vers l'âge de neuf mois, l'enfant commence à acquérir la notion de permanence de l'objet. Dès cette période, la disparition d'un proche peut entraîner des manifestations de deuil (agitation, irritabilité, perturbations du sommeil ou de l'alimentation, pleurs, éruptions cutanées, etc.).

#### Chez l'enfant de 3 à 5 ans

Les enfants de trois à cinq ans ont une compréhension limitée de la mort. Pour eux, la mort n'est pas universelle. Ils peuvent penser que seules les personnes plus âgées peuvent mourir ou que certains groupes de gens (comme les enseignants, les parents ou les enfants) ne meurent pas, qu'une personne suffisamment intelligente ou chanceuse peut éviter la mort, et qu'ils seront eux-mêmes capables de vivre éternellement. Ils ne perçoivent pas la mort comme un état définitif, mais plutôt comme un événement réversible, temporaire et associé à l'immobilité. Leur vision animiste les amenant à donner vie aux objets inanimés, ils peuvent croire qu'une personne morte est capable de respirer, de manger, d'entendre, de penser et de ressentir des émotions.

#### Chez l'enfant de 6 à 8 ans

Vers l'âge de six ans, le passage de la pensée préopératoire à la pensée opératoire concrète permet à la plupart des enfants de comprendre les concepts d'irréversibilité, d'**universalité** et de causalité (Smilansky, 1987). Ils comprennent que la mort est irréversible, c'est-à-dire qu'une personne, un animal ou une fleur ne peut pas ressusciter. À peu près au même âge, ils développent la notion d'universalité (toutes les choses vivantes meurent) et perçoivent alors la mort comme inévitable. De plus, grâce à ses capacités cognitives grandissantes, l'enfant comprend que la personne morte n'est plus fonctionnelle puisque toutes les fonctions vitales cessent au moment de la mort, qui est donc une fin absolue. À cet âge, l'enfant

**Universalité**

Caractère inévitable de la mort pour tous les êtres vivants, peu importe leur âge ou leurs caractéristiques personnelles.

cherche aussi à comprendre pourquoi la mort survient et à déterminer les causes véritables. Il s'intéresse aux aspects biologiques ou aux explications permettant de déterminer la nature du décès.

### Chez l'enfant de 9 à 12 ans

De 9 à 12 ans, l'enfant voit la mort de façon plus objective. Il maîtrise ce que Smilanski (1987) identifie comme les cinq éléments constitutifs du concept de mort :

- la mort est universelle et inévitable. Toute personne peut mourir, quel que soit son âge, et mourra un jour ;
- la mort est irréversible. L'absence est permanente et le retour à la vie impossible ;
- la mort est une fin absolue. Une personne morte n'a aucune fonction vitale, émotion ou pensée ;
- la mort a une cause physique précise. Elle survient à la suite d'une maladie, d'un accident, etc. ;
- la mort est associée à la vieillesse. Elle est indissociable du cycle de la vie.

Toutefois, selon des recherches plus récentes, les enfants pourraient comprendre en partie ce qui se passe après la mort dès l'âge de quatre ans, mais cette compréhension ne serait vraiment complète qu'après avoir fréquenté l'école pendant quelques années. Ainsi, au cours d'une série d'études effectuées dans deux écoles, la plupart des tout-petits et des enfants de maternelle ont déclaré qu'une souris morte ne serait plus jamais vivante ou ne deviendrait jamais une vieille souris, mais 54 % ont dit que la souris aurait peut-être encore besoin de manger. Vers l'âge de sept ans, 91 % des enfants répondaient de façon cohérente que les processus biologiques comme manger et boire cessaient avec la mort. Pourtant, lorsque les chercheurs ont posé des questions en termes psychologiques (« A-t-elle encore faim ? »), les enfants de cet âge et les plus jeunes étaient moins cohérents : seulement 21 % des enfants de maternelle et 55 % de ceux qui étaient au début du niveau primaire savaient, par exemple, qu'une souris morte ne serait plus jamais malade, contre 75 % des enfants qui se trouvaient à la fin du niveau primaire et étaient âgés de 11 à 12 ans. Ils étaient encore moins nombreux à comprendre que l'activité cognitive prenait fin avec la mort : seulement 30 % des élèves du groupe de la fin du cycle primaire ont en effet répondu de façon cohérente aux questions visant à déterminer si les pensées, les sentiments et les désirs persistaient après la mort (Bering et Bjorklund, 2004).

Le tableau 14.3 (*voir la page suivante*) résume la séquence développementale de la compréhension de la mort. Il contient des exemples de questions que les enfants d'âges différents posent généralement et des suggestions de réponses pour les personnes qui s'en occupent.

On peut aider les enfants à comprendre la mort en introduisant ce concept lorsqu'ils sont petits et en les encourageant à en parler, par exemple lors de la mort d'un animal domestique ou à l'occasion des changements de saison. Par ailleurs, chez les enfants atteints du cancer ou d'une autre maladie incurable, le besoin de comprendre la mort peut être plus urgent et plus concret. Or, les parents vont souvent éviter d'aborder le sujet à cause de leur propre difficulté à envisager la perte à venir ou parce qu'ils tentent de protéger leur enfant. Pourtant, le fait qu'un enfant ne puisse pas partager ses peurs ou obtenir de réponses à ses questions est pire pour lui que de connaître l'existence de la maladie et de la mort (Masson, 2006).

La façon dont les enfants expriment leur chagrin lors de la mort d'un proche dépend elle aussi de leur développement cognitif et affectif. Ils peuvent refuser de reconnaître la mort, comme si le fait de prétendre que la personne vit encore la rendait vivante. Ils peuvent exprimer de la colère ou encore ressentir de la confusion en



#### La mort et les enfants

Les enfants reconnaissent le caractère définitif de la mort vers l'âge de six ans. Auparavant, ils peuvent attribuer des fonctions vitales à la personne décédée, comme respirer, entendre ou manger.

**TABLEAU 14.3** La compréhension de la mort selon l'âge et les stratégies pour aider à faire face à la mort

Âge/stade de développement	Exemples de questions ou d'énoncés sur la mort selon l'âge	Réflexions orientant le comportement
1-2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Quand je serai mort, combien de temps ça va prendre avant que je sois de nouveau vivant ? »</li> <li>« Est-ce que tu vas encore me chatouiller quand je serai mort ? »</li> </ul>	Compréhension limitée des événements fortuits, de l'avenir et du passé et de la différence entre la vie et la mort.
3-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>« J'ai été méchant, alors je dois mourir. »</li> <li>« J'espère que la nourriture est bonne au ciel. »</li> </ul>	Les concepts sont sommaires et irréversibles. L'enfant ne fait pas nécessairement la différence entre le réel et l'imaginaire. Les perceptions dominent le jugement.
6-10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Comment est-ce que je vais mourir ? Est-ce que ça va faire mal ? Est-ce que c'est effrayant de mourir ? »</li> </ul>	L'enfant commence à faire preuve d'une pensée logique organisée. La pensée devient moins égocentrique. L'enfant commence à résoudre concrètement des problèmes, à raisonner logiquement et à organiser sa pensée de façon cohérente. Cependant, son raisonnement abstrait est encore limité.
Adolescents 11-13 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>« J'ai peur que si je meurs, ma mère s'effondre. J'ai peur de m'ennuyer de ma famille quand je serai mort, ou de l'oublier, ou quelque chose comme ça. »</li> </ul>	La pensée devient plus abstraite et intègre les principes de la logique formelle. La capacité de produire des propositions abstraites, de multiples hypothèses et leurs résultats possibles apparaît.
14-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>« C'est tellement injuste ! Je n'arrive pas à croire que ce cancer me rend si horrible à regarder. »</li> <li>« Je veux juste être seul. »</li> <li>« Je n'arrive pas à croire que je vais mourir... Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? »</li> </ul>	La pensée devient plus abstraite. L'adolescence est marquée par la prise de risques qui semble nier la propre mortalité de l'adolescent. À cet âge, l'adolescent a besoin d'une personne qui est à l'écoute de ses émotions.

Source : Hurwitz, Duncan et Wolfe, 2004.

entendant les euphémismes des adultes qui disent que la personne « se repose », est « partie en voyage » ou qu'elle s'est « endormie » et ne se réveillera plus jamais. Par ailleurs, l'adaptation à la perte est plus ardue si l'enfant avait une relation difficile avec le défunt, si un parent survivant dépend trop de l'enfant, si la mort était inattendue (notamment en cas de meurtre ou de suicide), si l'enfant avait des problèmes comportementaux ou émotifs avant le décès ou s'il ne bénéficie pas du soutien de sa famille et de la communauté (AAP, 1992). Ainsi, plus de la moitié des enfants (56,8 %) qui ont perdu un parent lors de l'attaque du World Trade Center en 2001 ont développé des troubles anxieux, incluant des problèmes de stress post-traumatique, dans les trois années qui ont suivi l'événement, soit deux fois plus que les enfants d'un groupe contrôle qui n'avaient pas subi une telle perte (Pfeffer, 2007). L'encadré 14.2 (voir la page 458) présente les différentes réactions possibles à la suite d'une mort traumatique.

Les parents et les autres adultes qui prennent soin de l'enfant peuvent l'aider à vivre son deuil en lui expliquant que la mort est définitive et inévitable, et qu'il n'est pas responsable de cette mort. En effet, certains enfants peuvent croire que leurs comportements ou leurs pensées sont à l'origine du décès. Les enfants qui sont confrontés à la mort ont besoin d'être rassurés et de savoir que des adultes

Compréhension de la mort selon l'âge	Stratégies et réactions à privilégier
<p>La mort est souvent perçue comme étant la continuité de la vie. La vie et la mort sont souvent considérées comme des états alternés, au même titre que la veille et le sommeil.</p>	<p>Faire en sorte qu'il ait le plus de confort possible, qu'il soit entouré de personnes connues et de ses jouets préférés. Être cohérent. Toucher l'enfant et communiquer avec lui pour qu'il ait confiance en lui et se sente aimé. Lui dire : « Je t'aimerai toujours. », « Tu es merveilleux et je trouverai toujours un moyen de te chatouiller. »</p>
<p>L'enfant considère la mort comme étant temporaire, réversible et pas nécessairement universelle (seules les vieilles personnes meurent). À cause de son égocentrisme, il peut croire qu'il a causé la mort parce qu'il l'a souhaitée ou qu'il a désobéi au défunt. La mort peut donc être une punition ou une force externe qui s'attaque à vous. Elle est souvent personnifiée sous forme de sorcières ou de monstres.</p>	<p>Si l'enfant pense que la maladie est une punition, corriger sa perception. Maximiser le temps qu'il passe avec son ou ses parents. Les enfants de cet âge peuvent se demander comment la famille fonctionnera sans eux. Rassurer l'enfant et aider les parents à diminuer la culpabilité que ce dernier peut ressentir à propos de son décès, en utilisant un langage honnête et précis : « Quand tu seras mort, tu nous manqueras toujours, mais nous saurons que tu es avec nous, que tu es en sécurité dans un endroit merveilleux (peut-être avec un autre être aimé qui est décédé). »</p>
<p>L'enfant commence à comprendre que la mort est réelle et permanente. La mort signifie que le cœur s'arrête, que le sang ne circule plus et qu'on ne respire plus. L'enfant peut la considérer comme un événement violent. Il peut ne pas accepter que cela puisse lui arriver ou arriver à quelqu'un de son entourage, mais il commence à comprendre que les personnes qu'il connaît vont éventuellement mourir.</p>	<p>Être franc et fournir des détails si l'enfant les demande. Aider l'enfant en répondant à son besoin de maîtriser les choses. Lui permettre de participer à la décision et l'encourager à le faire. Lui dire : « Nous allons travailler ensemble pour t'aider à être bien. C'est très important que tu nous dises comment tu te sens et ce dont tu as besoin. Nous serons toujours avec toi, n'aie pas peur. »</p>
<p>Le jeune adolescent comprend que la mort est réelle, définitive et universelle. Les aspects biologiques de la maladie et de la mort ainsi que les détails de l'enterrement peuvent commencer à l'intéresser. Il peut s'inquiéter et se demander qui va s'occuper de lui si son parent ou la personne qui prend soin de lui meurt. Il a besoin d'être rassuré et de savoir qu'on va continuer de s'occuper de lui et de l'aimer.</p>	<p>Aider l'adolescent à renforcer son estime de soi et sa confiance en lui et à se respecter. Respecter ses besoins et son intimité tout en lui permettant de continuer de fréquenter ses amis. L'inciter à exprimer ses émotions et ses sentiments. Soutenir son besoin d'indépendance, lui permettre de participer aux décisions et l'encourager à le faire.</p>
<p>L'adolescent acquiert une compréhension plus mature et plus adulte de la mort. Il peut considérer la mort comme un ennemi à combattre et donc penser que mourir signifie l'échec et le renoncement.</p>	<p>« Même si tu vas me manquer, tu seras toujours avec moi et je compte sur ta présence en moi pour me donner de la force. »  « Je n'arrive pas à imaginer comment tu dois te sentir. Il faut que tu saches que, malgré tout, tu gères très bien la situation. J'aimerais en savoir plus sur tes espoirs et tes inquiétudes. »</p>

affectueux vont continuer de s'occuper d'eux. On conseille généralement d'apporter le moins de changements possible, dans leurs relations et dans leurs activités quotidiennes, de répondre à leurs questions simplement et de les encourager à parler de leurs émotions et de la personne décédée (AAP, 2000).

### Chez l'adolescent

Les adolescents ne pensent normalement pas beaucoup à la mort, à moins d'y être directement confrontés. Or, avides de raisonnement abstrait, ils se questionnent souvent sur le sens de la vie. Nous avons vu, dans le chapitre 9, que de nombreux adolescents prennent des risques avec insouciance en pensant que la mort n'arrive qu'aux autres. Par exemple, ils peuvent défier la mort au volant d'une voiture, en consommant des substances ou lors de pratiques sportives ou sexuelles à risque. Dans leur urgence de découvrir leur identité et de l'exprimer, leur façon de vivre les préoccupe davantage que leur longévité. L'émergence de la pensée formelle s'accompagnant d'égocentrisme, il arrive aussi qu'ils s'inventent des scénarios de perte dans lesquels ils occupent la place du personnage principal (Jacques, 1998). Le concept de fable personnelle est utilisé pour définir cette histoire inventée dans laquelle l'adolescent se sent invulnérable et exprime son unicité en s'attribuant un rôle de héros (Gendron et Carrier, 1997).

ENCADRÉ 14.2  APPROFONDISSEMENT**Quand la mort est traumatique**

La mort s'accompagne quelquefois d'un traumatisme lorsqu'elle est soudaine et associée à des circonstances violentes ou horribles (Murphy, Johnson et Lohan, 2003). Découvrir un être cher qui s'est suicidé, assister à l'agonie d'un passager lors d'un accident de voiture, être témoin d'un acte terroriste, de scènes de guerre ou d'une catastrophe collective peuvent être des circonstances dévastatrices pour les survivants.



La personne endeuillée à la suite d'une mort traumatique vit non seulement les réactions habituelles du deuil, mais elle peut aussi ressentir des symptômes de stress post-traumatique. Ainsi, la personne effrayée ou se sentant impuissante lors de l'expérience ou de l'observation d'un événement traumatique entraînant la mort peut :

- revivre l'événement de différentes façons :
  - en se remémorant les souvenirs de cet événement de façon récurrente et à des moments inattendus ;
  - en faisant des cauchemars liés à l'événement ;
  - en vivant de la détresse lorsque des éléments déclencheurs rappellent l'événement traumatique ;
  - en étant habitée par des images intrusives.
- éviter ce qui lui rappelle l'événement traumatique :
  - en évitant les situations, les lieux ou les activités qui rappellent la mort traumatique ;
  - en évitant les pensées, les émotions et les souvenirs qui sont associés à l'événement.
- vivre de la détresse :
  - en souffrant de troubles du sommeil (insomnie, terreurs nocturnes) ;

- en étant incapable de se concentrer ;
- en manifestant une hyper-vigilance et en se sentant en état d'alerte.

Pascale Brillon (2012), une psychologue québécoise spécialisée en stress et en deuil post-traumatique, précise que les éléments présents lors de la mort traumatique peuvent engendrer une forte détresse psychologique lorsque la personne endeuillée est exposée à nouveau à ces éléments. Il s'agit d'une forme de conditionnement classique ou répondant (*voir le chapitre 1*) provoquant différentes

émotions : la tristesse, le dégoût ou la peur. Selon Pascale Brillon, la tristesse est une forme de conditionnement associé à la perte. Ainsi, la personne peut se sentir triste en revoyant la chaise dans laquelle s'assoit la personne décédée. Le dégoût est une forme de conditionnement associée à l'horreur. Par exemple, une personne ressent de la répulsion ou du dégoût en retournant au sous-sol parce qu'elle y a découvert un membre de sa famille mort par suicide. Enfin, la peur peut être un conditionnement associé à la précarité de la vie. Le fils qui a vu sa mère mourir dans un accident de voiture peut craindre ou se sentir anxieux de conduire à nouveau. Sa conscience de la finitude et de la fragilité de la vie devient exacerbée.

Selon les circonstances du décès, certaines personnes peuvent donc avoir non seulement à vivre un deuil, mais à composer avec des symptômes associés au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Heureusement, ces conséquences peuvent s'atténuer. Une fois les déclencheurs identifiés, la personne peut apprendre à contrôler ses réactions et, avec le temps, à les transformer en de nouvelles habitudes plus adaptées (William et Poijula, 2006). Ainsi, les souvenirs traumatiques, tout comme le deuil, ne sont pas permanents et ils peuvent devenir des expériences de vie significatives.

**Chez l'adulte**

Si les jeunes adultes sont soudainement frappés par une maladie incurable ou par une blessure mortelle, ils sont susceptibles de se sentir frustrés. La frustration peut se transformer en colère, ce qui en fait alors des patients difficiles lorsqu'ils sont hospitalisés. Ainsi, les adultes qui contractent dans la vingtaine ou la trentaine une maladie incurable doivent faire face au fait de mourir à un âge où ils devraient être occupés à établir une relation intime et ne bénéficient pas de toute leur vie pour s'y préparer.

À l'âge mûr, les adultes se rendent davantage compte qu'ils vont effectivement mourir un jour, car leur corps leur envoie des signaux indiquant qu'ils sont moins jeunes et moins agiles qu'avant. Ils pensent de plus en plus au nombre d'années qu'ils leur restent à vivre et aux façons d'en profiter le plus possible (Neugarten, 1967). C'est souvent après la mort de leurs parents que les personnes prennent conscience de leur finitude puisqu'elles seront les prochaines à mourir (Scharlach et Fredriksen, 1993). Les adultes d'âge moyen et les adultes plus âgés peuvent se préparer à la mort en



faisant un testament, en planifiant leurs rituels funéraires et en discutant de leurs souhaits avec leur famille et leurs amis.

Les adultes plus âgés peuvent éprouver des sentiments contradictoires par rapport au fait de mourir. Ainsi, les diminutions physiques et les autres problèmes dus au grand âge peuvent amoindrir leur plaisir et leur volonté de vivre (McCue, 1995). Certains d'entre eux renoncent à atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés. D'autres, au contraire, s'efforcent d'accomplir un maximum de choses pendant qu'ils sont encore là. Plusieurs tentent de prolonger leur existence en adoptant un mode de vie plus sain. D'autres se battent contre la mort lorsqu'ils sont sérieusement malades (Cicirelli, 2002). Selon Erikson, les adultes âgés qui résolvent la dernière crise de l'intégrité *versus* le désespoir réussissent à accepter à la fois la vie qu'ils ont menée et leur mort imminente, comme nous l'avons vu dans le chapitre 13. La relecture de vie, mentionnée précédemment, représente une façon de résoudre ce dilemme. En effet, les personnes qui pensent que leur vie a eu un sens et qui se sont adaptées à leurs pertes sont plus à même de faire face à leur propre mort. De plus, celles qui entretiennent des croyances religieuses ont moins peur de la mort et l'acceptent plus facilement (Lin, 2003).

On voit donc qu'il existe plusieurs façons de considérer la mort et que celles-ci varient selon l'âge de la personne, ses expériences, sa personnalité, ses croyances et sa culture.



### FAITES LE POINT

1. Expliquez ce que sont les soins palliatifs.
2. Décrivez les différents stades traversés par la personne qui va mourir selon le modèle d'Elisabeth Kübler-Ross.
3. Établissez la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.
- 4 Vous travaillez auprès de jeunes enfants âgés entre trois et sept ans. Quelles peuvent être vos attentes quant à leur compréhension de la mort ?

## 14.2 Le deuil

Le **deuil** (du latin *dolere*, qui signifie « souffrir ») est le processus qui consiste à s'adapter à la perte d'une personne significative. Il peut pratiquement influencer tous les aspects de la vie du survivant. Comme nous l'avons vu dans la mise en situation, Michelle vit une gamme de perturbations associées à la perte de son conjoint. Le tableau 14.4 (*voir la page suivante*) présente la liste des perturbations habituelles lors d'un deuil. Ces différentes réactions peuvent être plus ou moins immédiates après la perte. Elles peuvent aussi varier en durée et en intensité, tout en étant continues ou intermittentes (Jacques, 1998).

L'expérience de deuil, comme celle de la mort, est une expérience unique et très personnelle. Ainsi, les recherches récentes ont remis en question l'idée d'un modèle unique et « normal » du processus de deuil. Attardons-nous donc sur les différents modèles du deuil ainsi que sur les multiples variations qui le caractérisent.

### 14.2.1 Le processus de deuil

De façon générale, la durée d'un deuil varie de 18 mois à 24 mois. Les réactions les plus intenses ont souvent lieu au cours de la première année, soit de 6 à 12 mois après la mort de la personne significative (Shear *et al.*, 2011). Certains facteurs peuvent faciliter ou complexifier le processus de deuil.

#### Deuil

Processus d'adaptation qui suit la perte d'une personne proche.



Quelles sont les différentes formes de perturbations vécues par Michelle ? Sont-elles « normales » ?



Quels sont les facteurs qui facilitent le processus de deuil de Michelle ?

**TABLEAU 14.4** Les perturbations habituelles lors d'un deuil

Sur le plan physique	Sur le plan cognitif	Sur le plan affectif	Sur le plan comportemental
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue</li> <li>• Étourdissements</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Faiblesse et tension musculaire</li> <li>• Hypersensibilité aux bruits</li> <li>• Constipation ou diarrhée</li> <li>• Diminution de l'appétit</li> <li>• Augmentation de l'appétit</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Vision brouillée</li> <li>• Palpitations</li> <li>• Sudation excessive</li> <li>• Vide abdominal</li> <li>• Contractions dans la gorge ou la poitrine</li> <li>• Assèchement dans la région laryngée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de goût de vivre</li> <li>• Concentration difficile</li> <li>• Confusion</li> <li>• Doute et incrédulité</li> <li>• État de choc</li> <li>• Négation de la réalité</li> <li>• Hallucinations visuelles</li> <li>• Hallucinations auditives</li> <li>• Impression de la présence du défunt</li> <li>• Incrédulité</li> <li>• Inquiétude</li> <li>• Identification</li> <li>• Idéalisation</li> <li>• Regrets</li> <li>• Souvenirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristesse</li> <li>• Colère, agressivité</li> <li>• Angoisse, anxiété, rage</li> <li>• Amertume</li> <li>• Frustration</li> <li>• Ennui</li> <li>• Peur</li> <li>• Trahison</li> <li>• Culpabilité</li> <li>• Insécurité</li> <li>• Solitude</li> <li>• Soulagement</li> <li>• Ambivalence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soupirs</li> <li>• Pleurs</li> <li>• Repli sur soi</li> <li>• Hyperactivité</li> <li>• Apathie</li> <li>• Propension à la toxicomanie</li> <li>• Distraction</li> <li>• Évitement ou attachement aux symboles du disparu</li> <li>• Impatience</li> <li>• Hostilité</li> <li>• Automatisme</li> <li>• Rêves, cauchemars</li> <li>• Recherche de l'être disparu</li> <li>• Troubles du sommeil</li> <li>• Verbalisation excessive</li> </ul>

Source: Jacques, 1998.



#### De la chenille au papillon

L'analogie entre le deuil et la chenille se transformant en papillon est souvent faite. Lors d'un décès, la personne endeuillée doit en effet délaisser son ancien univers pour en créer un nouveau.

Un de ces facteurs est le type de décès. Ainsi, la mort d'un enfant ou d'un conjoint représente habituellement le type de perte le plus difficile. L'âge de la personne endeuillée et les circonstances du décès influencent aussi le processus de deuil : le jeune âge des personnes endeuillées et le caractère soudain du décès (non anticipé ou violent) seraient associés à un déroulement du deuil plus difficile. Enfin, le soutien social, l'appartenance à un groupe culturel ou religieux et un niveau socioéconomique satisfaisant seraient des facteurs facilitants (Zech, 2006). Bien que le deuil puisse se vivre différemment selon la présence de ces facteurs, il existe des modèles permettant de mieux comprendre l'expérience vécue par les personnes endeuillées.

#### Le modèle classique du processus de deuil

Le modèle classique du deuil comporte trois étapes au cours desquelles la personne endeuillée reconnaît la pénible réalité de la perte, lâche prise par rapport au défunt et se réadapte à la vie en développant de nouveaux intérêts et de nouvelles relations. Le processus de deuil franchit généralement les étapes suivantes, bien qu'il existe, comme pour les étapes de Kübler-Ross, des variations (Brown et Stoudemire, 1983 ; Schulz, 1978).

1. **Le choc et l'incrédulité** : Immédiatement après la mort, les survivants se sentent souvent perdus et déconcertés. Au fur et à mesure qu'ils prennent conscience de la perte, la torpeur initiale fait place à de la tristesse et à des pleurs fréquents. Cette première étape peut durer plusieurs semaines, surtout lorsque la mort est subite.
2. **La désorganisation et les souvenirs du défunt** : Au cours de la deuxième étape, qui peut durer de six mois à deux ans, la personne endeuillée ressent des émotions de tristesse, de colère et de culpabilité. Elle tente d'accepter la mort, mais n'y parvient pas encore. Elle peut ainsi avoir l'impression de perdre le contrôle de sa vie et revivre en détail les souvenirs entourant le décès et la relation avec la personne décédée, comme le fait Michelle dans la mise en situation. La personne appréhende les anniversaires ou les jours de fête (Noël, fête des Mères, etc.), souvent difficiles à vivre.



3. La résolution: L'étape finale se produit lorsque la personne endeuillée redéfinit ses valeurs, réintègre sa vie sociale et s'intéresse de nouveau aux activités quotidiennes. Les souvenirs du défunt suscitent alors de la tendresse mêlée à de la tristesse plutôt que de la douleur et de la nostalgie.

### Le modèle de Monbourquette

Jean Monbourquette, prêtre et psychologue québécois, a longuement accompagné les personnes touchées par des pertes diverses. Il a identifié sept étapes servant de repères dans le processus de deuil. Le choc est la période d'hébétude pendant laquelle la personne en deuil a l'impression de vivre un mauvais rêve. Un état d'effroi et de sidération caractérise cette période. Le déni, tout comme le choc, représente un mécanisme de défense contre la prise de conscience de la perte. La personne endeuillée peut soit nier la réalité, soit refouler les émotions associées au deuil. Lorsque les résistances cèdent, l'expression des émotions se manifeste alors. Cette troisième étape peut prendre plusieurs formes: tristesse, colère, culpabilité, peur, solitude, libération, etc. Ces émotions peuvent se chevaucher, apparaître, disparaître et revenir. Tout au long de ces manifestations émotives, la personne endeuillée reconnaît progressivement la perte définitive de l'être décédé. Une fois ce travail émotionnel amorcé, la réalisation des tâches liées au deuil peut se faire. Il s'agit d'actions concrètes telles que les derniers devoirs funéraires (achat d'un monument, mise en terre des cendres, etc.), l'aménagement de l'environnement physique (don des objets personnels du défunt, réaménagement de sa chambre, etc.) ou encore la réalisation de promesses faites au défunt. La découverte d'un sens à sa perte se réalise lorsque la personne endeuillée constate qu'elle s'est découvert de nouvelles ressources personnelles et qu'elle a en quelque sorte grandi à la suite de la perte vécue. La demande de pardon à l'autre, même s'il est décédé, permet de diminuer le sentiment de culpabilité et de se réconcilier avec soi-même. Enfin, la dernière étape, l'héritage, consiste à s'approprier l'amour et les qualités de l'être disparu. Pour Monbourquette, cette dernière étape serait le signe de la résolution du deuil (Monbourquette et D'Aspremont, 2011).

### Les variations du deuil

Bien que les modèles du deuil qui viennent d'être décrits soient courants, le deuil ne suit pas nécessairement une trajectoire linéaire. Une équipe de psychologues a recensé des études portant sur les diverses réactions à des pertes majeures, soit la mort d'une personne aimée ou la perte de mobilité due à une blessure à la colonne vertébrale (Wortman et Silver, 1989). Cette recherche leur a permis de définir trois principaux modèles de deuil dans lesquels la réaction de chagrin de la personne endeuillée varie. Dans le premier modèle, la personne endeuillée passe d'un niveau élevé de chagrin à un niveau faible. Dans le second modèle (parfois appelé « absence de chagrin »), la personne endeuillée ne vit de peine intense ni immédiatement, ni ultérieurement. Dans le troisième modèle, elle vit un chagrin chronique et reste triste pendant une longue période.

Dans une autre étude, les chercheurs ont interviewé 1532 adultes âgés mariés et ont effectué des entrevues de suivi auprès de 185 adultes (161 femmes et 24 hommes) dont l'époux ou l'épouse était décédé. Les entrevues ont eu lieu six mois, puis quatre ans après le décès (Børner, Wortman et Bonanno, 2005). Selon cette étude, le modèle de deuil le plus courant (manifeste pour 46 % de l'échantillon) était la résilience, soit une diminution faible et progressive du niveau de détresse. Les endeuillés résilients acceptaient la mort en tant que processus naturel et passaient relativement peu de temps à y réfléchir, à en parler ou à tenter de lui trouver un sens, bien que la majorité ait déclaré avoir ressenti de l'ennui et des émotions occasionnelles pendant les six premiers mois. Ces résultats démontrent que « le fait de se sentir bien après un décès n'est pas nécessairement inquiétant, mais plutôt une réaction normale chez de nombreux adultes plus âgés » (Børner *et al.*, 2005). En effet, si la plupart des individus



Quelles sont les étapes du modèle de Monbourquette qui aident Michelle à faire son deuil ?



L'encadré 14.1W présente la maison Monbourquette, un organisme à but non lucratif qui vient en aide aux personnes vivant un deuil.

connaissent un état de détresse habituel lors d'un deuil, ils peuvent bientôt poursuivre leurs activités sociales, professionnelles et quotidiennes (Stroebe *et al.*, 2001). Seulement 15 % à 20 % des personnes endeuillées rapportent des difficultés plus manifestes de fonctionnement six mois à deux ans après le décès (Prigerson *et al.*, 2009).

La découverte voulant que le chagrin s'exprime de différentes façons a des conséquences importantes sur la façon d'aider les personnes à surmonter leurs pertes (Børner *et al.*, 2005; Bonanno *et al.*, 2002). Il est donc inutile, et parfois nuisible, de s'attendre à ce que les personnes endeuillées suivent un modèle établi de réactions émotionnelles, de la même façon qu'il est inutile de s'attendre à ce que tous les patients mourants traversent les mêmes étapes. En respectant les différentes façons dont les personnes expriment leurs émotions, on les aide à gérer leur deuil sans leur faire sentir que leurs réactions sont anormales. Ainsi, auparavant, on considérait qu'une veuve qui parlait à son défunt mari était émotionnellement perturbée. On reconnaît aujourd'hui qu'il s'agit d'un comportement non seulement courant, mais utile (Lund, 1993).

### 14.2.2 Les types de deuil

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la nature de la perte influence les réactions des personnes survivantes. Il importe donc de distinguer les particularités de différents types de deuil.

#### La mort d'un conjoint

Nous avons vu, dans le chapitre 13, que l'espérance de vie des femmes est plus grande que celle des hommes. Par ailleurs, puisque les femmes ont tendance à être plus jeunes que leur mari, elles sont plus susceptibles d'être veuves et de le devenir plus tôt que leur époux (Institut de la statistique du Québec, 2012). Or, la perte d'un mari peut être particulièrement difficile pour une femme qui a structuré sa vie et son identité autour de cette relation (Marks et Lambert, 1998). Ce type de femme n'a pas seulement perdu un compagnon, mais aussi un rôle important (Lucas, 2003).

Le stress du veuvage peut avoir des répercussions sur la santé aussi bien physique que mentale et affecter le système immunitaire, provoquant des maux de tête, des indigestions, des étourdissements et des problèmes de sommeil. Il augmente également les risques d'usage de drogues, d'hospitalisation et même de mort (Stroebe, Schut et Stroebe, 2007). De plus, les problèmes cardiaques et le cancer sont plus fréquents chez les personnes endeuillées. Cependant, le risque accru de maladie serait davantage lié à la dépression et au stress induits par la perte qu'à la perte elle-même (Zech, 2006). Le veuvage peut également entraîner des problèmes de mémoire et des difficultés de concentration et augmenter les risques d'anxiété, de dépression et de dysfonctionnement social (Stroebe *et al.*, 2007).

D'après les résultats d'une étude finlandaise d'envergure menée auprès d'hommes qui avaient perdu leur épouse à l'intérieur des cinq années qu'a duré l'étude, la probabilité de mourir au cours de la même période était de 21 % supérieure à celle des hommes dont l'épouse était toujours vivante; celle des veuves était quant à elle de 10 % supérieure à celle des non-veuves (Martikainen et Valkonen, 1996). D'autre part, les relations sociales étant liées à la bonne santé, la perte de la compagnie du conjoint ou de la conjointe pourrait aussi expliquer la forte probabilité d'un décès plus rapide de la veuve, et surtout, du veuf (Ray, 2004). Plus concrètement, le fait qu'il n'y ait peut-être plus personne pour rappeler au veuf ou à la veuve de prendre ses médicaments ou de respecter une diète particulière pourrait également servir d'explication. En effet, les personnes endeuillées à qui l'on rappelle ce genre de chose, que ce soit fait par les enfants ou des intervenants du domaine de la santé, ont tendance à améliorer leurs habitudes et à se déclarer en meilleure santé (Williams, 2004).

Le veuvage peut également créer des difficultés d'ordre économique, particulièrement pour les veuves dont le mari était le principal soutien de la famille (Hungerford, 2001).

Toutefois, si la conséquence majeure du veuvage est plus souvent d'ordre économique pour les femmes, l'isolement social et la perte de l'intimité émotionnelle représentent les plus grands risques pour les veufs (Pudrovska, Schieman et Carr, 2006).

Finalement, comme nous l'avons remarqué dans l'expérience de deuil de Michelle, le chagrin lié à la perte peut aussi mener à l'introspection et à la croissance personnelle.



### La mort d'un parent

La perte d'un parent est toujours difficile à vivre, même à l'âge adulte. Des entrevues en profondeur menées auprès de 83 volontaires âgés de 35 à 60 ans ont en effet permis de découvrir qu'une majorité d'endeuillés adultes ressentaient encore, un à cinq ans après le décès d'un de leurs parents, de la détresse allant de la tristesse et des pleurs à la dépression et aux pensées suicidaires (Scharlach et Fredriksen, 1993). Pourtant, la mort d'un parent peut être une expérience qui favorise la maturité. Elle peut notamment amener l'adulte à résoudre d'importants problèmes de développement : renforcer son sentiment d'identité, devenir plus réaliste par rapport à sa propre mortalité et acquérir un plus grand sens des responsabilités, de l'engagement et de l'attachement aux autres (Moss et Moss, 1989 ; Scharlach et Fredriksen, 1993).

Par ailleurs, la mort d'un parent amène souvent des changements dans les autres relations. Un enfant adulte endeuillé peut prendre davantage de responsabilités par rapport au parent survivant et à la cohésion familiale (Aldwin et Levenson, 2001). Les émotions intenses du deuil peuvent rapprocher les frères et sœurs ou, au contraire, les séparer à cause de différends qui se sont révélés pendant la maladie du parent. Le décès d'un parent peut aussi libérer un enfant adulte devenu proche aidant, et lui permettre de consacrer plus de temps et d'énergie aux relations qu'il avait temporairement négligées (Moss et Moss, 1989 ; Scharlach et Fredriksen, 1993).

Lors de la mort du deuxième parent, les conséquences peuvent être particulièrement importantes : l'enfant adulte peut développer un sens aigu de la mortalité maintenant que la génération la plus âgée a disparu (Aldwin et Levenson, 2001). Une fois encore, cette prise de conscience peut représenter une occasion de croissance qui amène la personne à poser un regard plus mature sur la vie et à mieux apprécier la valeur des relations personnelles (Scharlach et Frederiksen, 1993). Le caractère définitif de la mort et l'impossibilité de dire quoi que ce soit aux parents décédés peuvent aussi inciter certaines personnes à résoudre les conflits qu'elles ont avec les vivants pendant qu'il en est encore temps, par exemple en se réconciliant avec leurs propres enfants adultes.

### La mort d'un enfant

De nos jours, puisque la mortalité infantile a diminué de façon draconienne dans les pays développés, un parent est rarement préparé à perdre un enfant. Lorsqu'un tel décès survient, peu importe l'âge auquel il se produit, il constitue donc un choc cruel et inattendu pour les parents. Ces derniers peuvent avoir l'impression qu'ils ont échoué, peu importe jusqu'à quel point ils ont aimé leur enfant et s'en sont occupé. Si le couple est solide, les deux parents parviennent alors à s'entraider tout au long du processus de deuil. Ils partagent leur peine et sont une source de réconfort mutuel. Par contre, plusieurs couples ne survivent pas à une telle épreuve et se séparent (Brandt, 1989). En outre, les parents, et surtout les mères qui ont perdu un enfant, sont plus susceptibles d'être hospitalisés pour des problèmes de santé mentale (Li *et al.*, 2005). Le stress lié à la perte d'un enfant peut même hâter la mort d'un parent (Li *et al.*, 2003).

De nombreux parents hésitent à discuter avec leur enfant atteint d'une maladie incurable de sa mort imminente, mais ceux qui le font peuvent ensuite mieux tourner la page, car cela les aide à gérer la perte. En 2001, une équipe de chercheurs suédois a étudié 449 parents qui avaient perdu un enfant quatre à neuf ans plus tôt à cause du cancer. Environ un tiers des parents ont rapporté avoir discuté avec leur enfant de sa mort imminente et aucun d'entre eux ne l'avait regretté, alors que 27 % de ceux qui n'avaient



#### L'enfant malade

Certains parents dont l'enfant est atteint d'une maladie grave comme le cancer doivent affronter la perspective de sa mort. Cette réalité s'avère particulièrement difficile à accepter puisqu'elle va à l'encontre du cycle habituel de la vie.

pas abordé le sujet se le reprochaient. Les parents les plus susceptibles d'avoir des regrets étaient ceux qui avaient senti que leur enfant avait conscience de l'imminence de sa mort, mais qui ne lui en avaient pas parlé. Un nombre disproportionné de ces derniers souffrait d'ailleurs encore de dépression et d'anxiété (Kreicbergs *et al.*, 2004). Les conséquences du deuil parental peuvent varier en fonction de facteurs tels que l'âge de l'enfant, la cause de la mort et le nombre d'enfants du couple. Dans une étude longitudinale hollandaise, 219 couples ont été suivis pendant 20 mois après la mort de leur enfant. La douleur était plus manifeste lorsque l'enfant décédé était plus âgé (jusqu'à l'âge de 17 ans). Les manifestations de deuil étaient aussi plus intenses chez les parents dont l'enfant avait connu une mort violente ou imprévisible que chez ceux dont l'enfant était mort d'une maladie ou peu après la naissance. De plus, les parents qui avaient d'autres enfants exprimaient moins de douleur. Enfin, les mères avaient tendance à manifester plus de douleur que les pères (Wijngaards-de Meij *et al.*, 2005).

Chaque parent endeuillé doit trouver ses propres stratégies pour apprivoiser la souffrance inhérente à la mort d'un enfant. Or, il semble que le fait de travailler, de s'intéresser à quelque chose, de s'investir dans les autres relations ou d'adhérer à un groupe de soutien soulagerait la douleur. Les parents ont aussi besoin d'être assurés que tout a été fait pour sauver leur enfant (Côté, 2012). Parfois, des gens bien intentionnés recommandent aux parents de ne pas s'appesantir sur leur perte. Pourtant, il semblerait que se souvenir de l'enfant d'une façon significative est exactement ce dont ils ont besoin.

Certains parents vivent un deuil particulier, soit le **deuil périnatal**, c'est-à-dire la perte d'un enfant par fausse couche, grossesse ectopique, interruption de grossesse à cause d'anomalie, mort *in utero* ou encore décès à la naissance ou dans les semaines qui suivent. Les rituels pour ce type de deuil sont quasi inexistants. Les proches et les professionnels de la santé ont tendance à éviter d'en parler parce que ces pertes sont souvent considérées comme moins importantes que celle d'un enfant vivant. Pourtant, les conséquences psychologiques sont nombreuses (Van, 2001). L'interruption d'une grossesse ou la mort d'un nouveau-né emporte avec elle plusieurs rêves et projets. Ainsi, lors d'un deuil périnatal, la peine ressentie n'est pas proportionnelle au nombre de semaines de grossesse ou à l'âge du nourrisson, mais plutôt à l'attachement développé envers cet enfant à venir ou nouvellement né (Cyr, 2006). Ainsi, des gestes pour confirmer le caractère réel de la perte sont aidants. Voir et toucher l'enfant, lui donner un prénom, demander une autopsie, organiser des rituels d'adieux sont des exemples de gestes qui peuvent renforcer la réalité de la perte (Keirse, 2012). De plus, les différentes façons de vivre le deuil selon que l'on soit un homme ou une femme peuvent être source de tension et de discorde dans la relation de couple (Caelli, Downie et Letendre, 2002). Le respect des différences liées au genre est donc important.

### Le deuil collectif

Le **deuil collectif** survient lorsque plusieurs vies sont fauchées en même temps ou lorsqu'une personne connue meurt (Ferland et Denis, 2000). Bien que la peine et les réactions de deuil puissent être vécues dans l'intimité, elles ne sont pas uniquement privées. Les médias peuvent exposer la nature des événements ayant suscité ou entourant la mort, et des rituels communs peuvent être mis en place à la mémoire de la ou des personnes décédées.

Plusieurs événements ont donné lieu à ce type de deuil collectif depuis les dernières années. Qu'il s'agisse des femmes abattues à l'École polytechnique de Montréal, de la mort d'artistes connus comme Dédé Fortin, Kurt Cobain ou Michael Jackson, ou encore du décès d'un homme politique comme John F. Kennedy ou René Lévesque, le deuil des proches peut être partagé par un nombre parfois très grand de personnes ou de communautés. En effet, les médias permettent à des gens de partout d'être témoins des événements tragiques survenant dans le monde, comme cela a été le cas pour l'attentat du 11 septembre 2001, ou plus près de nous, comme l'accident ferroviaire de Lac-Mégantic. La couverture médiatique et l'appui collectif peuvent

#### Deuil périnatal

Deuil lié à la perte d'un fœtus ou d'un enfant, à la naissance ou en très bas âge.



#### La mort périnatale

Rassembler des objets personnels ayant appartenu à l'enfant décédé en bas âge est aidant pour les parents. Ce rituel permet de confirmer le passage de cet enfant dans leur vie, même s'il a été de courte durée.

#### Deuil collectif

Réaction de plusieurs personnes qui vivent simultanément une perte.

alors venir légitimer la souffrance inhérente à la perte et estomper le sentiment de solitude. Toutefois, des proches disent aussi avoir souhaité plus de tranquillité à la suite d'un décès touchant la communauté (Des Aulniers, 2009).

### Les pertes ambiguës

Une femme dont le mari se trouvait dans les tours du World Trade Center au moment des attaques terroristes du 11 septembre 2001 ne croyait pas à sa mort jusqu'à ce que des employés chargés du nettoyage des lieux lui apportent un bout d'os lui appartenant. Les rescapés du violent séisme survenu en janvier 2010 en Haïti vivent encore collectivement la dévastation de leur pays et d'innombrables deuils, tout comme les survivants du séisme et du tsunami qui ont eu lieu en mars 2011 au Japon pleurent encore leurs partenaires, leurs enfants et leurs parents qui ont disparu à jamais sans laisser de trace.

Ces exemples correspondent à ce que la thérapeute familiale Pauline Boss appelle des **pertes ambiguës**, soit des pertes qui ne peuvent être confirmées de façon tangible (Boss, 2004). Il est déjà compliqué de surmonter la mort d'un être cher dans une situation habituelle, mais lorsqu'il n'y a pas de corps (et donc pas de preuve claire du décès), il est plus difficile encore d'affronter le caractère définitif de la perte. En effet, la vue du corps permet d'avoir la certitude de la mort et ainsi d'amorcer le processus de deuil. Lors d'une perte ambiguë, les gens n'ont donc pas l'occasion de tourner la page sur le plan émotionnel ni de pratiquer les rituels d'usage. Ils s'épuisent physiquement et mentalement et ont de la difficulté à réorganiser les rôles familiaux et à se réinvestir dans de nouvelles relations. De plus, le fait de donner un nom à la situation semble soulager les personnes endeuillées qui pourraient s'en vouloir d'être désespérées, anxieuses et incapables de faire leur deuil normalement (Boss *et al.*, 2003).

Boss a aussi appliqué le concept de la perte ambiguë à des situations où l'être cher est physiquement présent, mais psychologiquement absent, comme dans le cas de la maladie d'Alzheimer, de la toxicomanie et d'autres maladies mentales chroniques (Boss, 2002). La thérapie peut alors aider les gens « à comprendre, à faire face et à passer à autre chose après la perte, même si elle reste floue » (Boss, 1999). En effet, parler de la personne disparue et entendre des histoires la concernant est aidant pour le processus de deuil.

### 14.2.3 L'aide aux personnes endeuillées

La plupart des personnes endeuillées finissent par s'adapter à leur perte et à reprendre une vie normale. Cependant, l'aide dont peuvent bénéficier les personnes endeuillées peut les aider à surmonter cette perte. Regardons ce qui peut apporter du réconfort aux personnes affligées par la mort d'un proche.

#### Les rituels funéraires

Un **rituel** est un geste ou un ensemble de gestes que l'on pose pour donner un sens à un événement (Jacques, 2008) et ancrer dans la mémoire le passage d'un temps passé vers un temps futur (Aubry *et al.*, 2010). Les rituels funéraires peuvent prendre diverses formes et varient beaucoup selon les cultures. Au Québec, lors d'un décès, il peut s'agir de lire des textes significatifs, de rendre un hommage à la personne décédée comme le fait le fils de Michelle dans la mise en situation, ou encore de présenter un montage vidéo. Peu importe la nature des rituels mis en place, ceux-ci constituent une aide précieuse lors de la mort et du deuil qui s'ensuit.

Certaines personnes tentent cependant de passer outre aux rituels funéraires pour éviter de vivre les émotions liées à la perte (FCFQ, 2009). Pourtant, les rituels permettent aux personnes qui y participent d'en retirer des bienfaits (Jacques, 1998) :

- Le rituel permet de marquer le temps et l'espace : de par sa dimension prévisible, il est sécurisant pour les participants de vivre et de se rappeler le déroulement particulier d'un événement vécu à un moment précis, dans un lieu particulier.



#### La mort de Nelson Mandela

La mort de Nelson Mandela a touché le monde entier. Des rituels ont eu lieu partout sur la planète pour pleurer la mort de cet homme au destin exceptionnel. Des milliers de personnes vivaient alors un deuil collectif.

#### Perte ambiguë

Perte qui ne peut être confirmée de façon tangible.

#### Rituel

Geste ou ensemble de gestes fait pour donner un sens à un événement.





### Les funérailles

L'exposition du corps est bénéfique pour le processus de deuil. La vue du corps aide à reconnaître la réalité de la mort.

- Le rituel suscite un sentiment de solidarité: en réunissant plusieurs personnes ayant un objectif commun, le rituel permet aussi d'atténuer la souffrance ou, du moins, de sentir que plusieurs personnes partagent les mêmes émotions.
- Le rituel soutient la mémoire: les objets, les paroles ou les gestes présents lors du rituel permettent de réactiver les souvenirs et d'offrir ainsi une place à la personne décédée.
- Le rituel favorise l'expression des émotions: les participants peuvent partager ce qu'ils vivent et ainsi éviter de retenir des émotions diffuses ou inconscientes. En exprimant leur peine, ils voient leur deuil reconnu par leurs proches.
- Le rituel contribue à donner un sens: le rituel permet d'affirmer que la vie continue malgré la mort d'un être cher. Les éléments présents dans le rituel peuvent être investis d'une signification particulière.
- Le rituel contribue à reconnaître la perte: en réalisant davantage qu'un être cher est décédé, les participants amorcent ainsi la première tâche importante pour le déroulement du deuil.

L'exposition du corps est un exemple de rituel funéraire reconnu comme aidant à accepter la réalité de la mort et favorisant l'expression émotive. Toutefois, certaines personnes ont des pratiques personnelles qui remplacent les rituels. Par exemple, elles peuvent planter un arbre ou simplement procéder à une envolée de colombes à la mémoire du défunt. D'autres continuent à écrire sur le profil des réseaux sociaux du défunt, tels que Facebook ou MySpace (Feldman, 2011). Bien que cette personnalisation des rituels puisse simplement refléter la créativité des gens, elle témoigne aussi du besoin de reconnaître la perte et de trouver un sens à la mort.

### L'approche thérapeutique individuelle et de groupe

Dans une approche individuelle, le thérapeute intervient en fonction de son orientation théorique. Or, de façon générale, les thérapeutes aident les personnes endeuillées à exprimer leur tristesse, leur culpabilité, leur hostilité et leur colère. Ils encouragent leurs clients à revoir la relation qu'ils avaient avec le défunt et à intégrer la réalité de la mort dans leur vie. Ils favorisent la reconstruction de sens, c'est-à-dire un processus qui permet à la personne endeuillée de faire un récit de sa vie, de se réapproprier son histoire et d'y découvrir un sens (Neimeyer *et al.*, 2010). Différentes tâches peuvent être proposées, comme raconter les circonstances du décès, écrire une lettre au défunt et identifier les pertes associées (Jacques, 2010). Monbourquette (2008) propose aussi un rituel de mort symbolique dans lequel le client imagine la scène de la mort de son proche et joue un psychodrame favorisant une décharge émotionnelle qui aide au processus de deuil. Des études démontrent par ailleurs que les traitements pharmacologiques diminuent aussi le niveau de dépression des personnes endeuillées et améliorent le niveau général d'adaptation (Hensley, 2006).

Peu importe le type d'intervention, les psychothérapeutes doivent tenir compte des traditions ethniques et familiales ainsi que des différences individuelles lorsqu'ils aident les gens à progresser dans leur deuil. Les interventions auprès des personnes endeuillées sont surtout efficaces pour les personnes à risque de deuil compliqué (Zech, 2006). Ainsi, de nombreuses personnes endeuillées ne nécessitent pas d'aide professionnelle (Boerner *et al.*, 2005; Bonanno *et al.*, 2002). Il faut donc réévaluer l'hypothèse concernant l'aide aux personnes en deuil selon laquelle l'absence de chagrin indique forcément des problèmes non reconnus liés à la perte.

Les **groupes d'entraide** sont des groupes de personnes endeuillées qui se rencontrent à une fréquence plus ou moins régulière pour échanger sur leur expérience ou partager des activités. Ces groupes souvent restreints représentent une alternative au suivi professionnel. Ils permettent de créer des liens et de normaliser les réactions des



Quels rituels funéraires ont été bénéfiques pour Michelle ?



### Le groupe d'entraide

Le groupe d'entraide est un groupe de soutien où est abordé à chaque rencontre un thème relatif au deuil. Les participants qui vivent un deuil et les deux intervenants présents discutent alors de ce thème.

### Groupe d'entraide

Groupe de personnes endeuillées qui se rencontrent pour échanger sur leur expérience de perte ou partager des activités.



participants qui prennent conscience du fait que d'autres personnes peuvent vivre des difficultés semblables aux leurs. De plus, ils transmettent de l'information sur le deuil et favorisent une restructuration cognitive permettant aux personnes endeuillées de faire face à leurs difficultés (Zech, 2006). Les participants sortent ainsi de leur isolement et bénéficient d'un moment de répit dans leur deuil qui peut leur procurer un mieux-être (Folkman, 2001). Il existe des groupes d'entraide qui répondent spécifiquement aux différents types de pertes. En effet, un endeuillé par suicide n'a pas toujours les mêmes besoins qu'un parent endeuillé d'un poupon ou qu'un conjoint pleurant sa partenaire de vie. Cependant, aucune recherche n'a pu démontrer que l'expression de soi au sein d'un groupe d'entraide facilitait l'ajustement au deuil (Range, Kovac et Marion, 2000).



## FAITES LE POINT

5. Quelles sont les principales perturbations vécues lors d'un deuil ?
  6. Nommez les étapes proposées par Monbourquette dans la résolution du deuil.
  7. Quelles sont les formes d'aide proposées aux personnes endeuillées ?
8. Un ami se questionne sur la nécessité de participer aux rituels funéraires de sa grand-mère. Vous souhaitez le sensibiliser aux bienfaits de ces rituels pour le processus de deuil. Que lui dites-vous ?

## Résumé

### La mort

- La façon de vivre la mort varie selon les époques et les cultures. Ainsi, bien que la mort corresponde à la fin du processus physiologique, elle comporte, entre autres, des aspects sociaux, culturels, historiques et psychologiques.
- La personne en phase terminale vit des transformations physiques et psychologiques.
- Élisabeth Kübler-Ross a identifié cinq étapes que la personne traverse lors de ses derniers moments de vie : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.
- Les derniers moments peuvent être pris en charge par les soins palliatifs, qui permettent de soulager le malade, de lui apporter soutien et réconfort et de respecter sa dignité.
- Une relecture de vie peut aider la personne à en dégager une signification et à favoriser son intégrité.
- Le droit à la mort fait l'objet de nombreux débats, que ce soit concernant l'euthanasie active, l'euthanasie passive ou le suicide assisté. Ces débats sont soutenus par divers arguments éthiques et juridiques controversés relatifs au libre droit de mourir.
- Alors que le nombre de suicides est relativement élevé au Québec, il importe de reconnaître les signes précurseurs des intentions suicidaires, qui peuvent être des messages verbaux directs ou indirects.
- La perception de la mort varie selon les âges. Ce n'est que vers l'âge de six ans que l'enfant comprend que la mort est irréversible, universelle, inévitable et associée à une cause particulière.

- L'adolescent, pour sa part, se questionne davantage sur le sens de la vie et il croit souvent que la mort n'arrive qu'aux autres.
- Les adultes, eux, sont plus conscients qu'ils vont mourir un jour, surtout lorsqu'ils vivent la mort d'un parent. Selon Erikson, les personnes âgées qui résolvent la crise de l'intégrité *versus* le désespoir peuvent accepter la mort imminente.

### Le deuil

- Le deuil est le processus d'adaptation succédant à la perte d'un proche. Il se manifeste par des perturbations sur les plans physique, cognitif, affectif et comportemental.
- Bien que le deuil soit vécu différemment selon chacun, il existe des modèles permettant de mieux comprendre la réalité de la personne endeuillée. Habituellement, trois grandes étapes caractérisent la trajectoire du deuil, soit le choc, la désorganisation et la résolution.
- La mort peut être une occasion de croissance. La mort d'un parent, par exemple, amène souvent l'enfant adulte à une plus grande maturité et à un plus grand sens des responsabilités.
- La perte d'un enfant demeure une expérience particulièrement souffrante, et ce, même en cas de perte périnatale. En effet, la mort d'un enfant contrevient au cycle habituel de la vie.
- La perte ambiguë, soit la perte qui ne peut être confirmée de façon tangible, est aussi difficile. Sans la certitude de la mort, le processus de deuil ne peut être amorcé.
- La plupart des personnes endeuillées finissent par s'adapter à la mort d'un proche. Leur participation aux rituels funéraires les aide à reconnaître la réalité de la mort et à exprimer leurs émotions.

# BIBLIOGRAPHIE

- ABDELILAH-BAUER, B. (2006). *Le défi des enfants bilingues*, Paris, La Découverte.
- ABELA, J.R.Z. et B.L. HANKIN (2008). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, New York, Guilford Press.
- ABER, J.L., J.L. BROWN et S.M. JONES (2003). «Developmental trajectories toward violence in middle childhood : Course, demographic differences, and response to school-based intervention», *Developmental Psychology*, vol. 39, p. 324-348.
- ABMA, J.C. et al. (1997). «Fertility, family planning, and women's health : New data from the 1995 national survey of family growth», *Vital Health Statistics*, vol. 23, n° 19, Washington DC, National Center for Health Statistics.
- ABMA, J.C. et al. (2004). «Teenagers in the United States : Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002», *Vital Health Statistics*, vol. 23, n° 24, Washington DC, National Center for Health Statistics.
- ACADÉMIE AMÉRICAINE DE PÉDIATRIE et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2000). «Prevention and management of pain and stress in the neonate», *Pediatrics*, vol. 105, n° 2, p. 454-461.
- ACOSTA, M.T., M. ARCOS-BURGOS et M. MUENKE (2004). «Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) : Complex phenotype, simple genotype?», *Genetics in Medicine*, vol. 6, p. 1-15.
- ACT FOR YOUTH UPSTATE CENTER OF EXCELLENCE (2002). «Adolescent brain development», Research Facts and Findings, Cornell University, University of Rochester, and the NYS Center for School Safety, www.actforyouth.net
- ACTA - ASSOCIATION CANADIENNE DES TROUBLES D'APPRENTISSAGE (2013). *Ce qu'il faut savoir sur les TA*, www.ldac-acta.ca
- ADAMS, R. et B. LAURSEN (2001). «The organization and dynamics of adolescent conflict with parents and friends», *Journal of Marriage and the Family*, vol. 63, p. 97-110.
- ADAMU, B., M.U. SANI et A. ABDU (2006). «Physical exercise and health : A review», *Nigerian Journal of Medicine*, vol. 15, n° 3, p. 190-196.
- ADDIS, M.E. et J.R. MAHALIK (2003). «Men, masculinity, and the contexts of help seeking», *American Psychologist*, vol. 58, p. 5-14.
- ADOLPH, K.E. (2008). «Learning to move», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 17, p. 213-218.
- AGAHI, N. et M.G. PARKER (2008). «Leisure activities and mortality : Does gender matter?», *Journal of Aging and Health*, vol. 20, n° 7, p. 855-871.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003). *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Troubles de l'alimentation*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Les infections transmissibles sexuellement*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009a). *Qu'est-ce que la violence psychologique?*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2011, 2012). *Sommaire - Estimation de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Le cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans) au Canada*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Les infections transmissibles sexuellement*, www.phac-aspc.gc.ca
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2012). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, www.santepublique.qc.ca
- AGENCY FOR HEALTHCARE AND QUALITY (2012). *National Guideline Cleaning House*, www.guideline.gov
- AHNER, L. et al. (2004). «Transition to child care : Associations with infant-mother attachment, infant negative emotion and cortical elevation», *Child Development*, vol. 75, p. 639-650.
- AIMÉ, A. (2012). «Quand l'obésité impose un régime minceur aux résultats scolaires», *Le Monde de l'Éducation*, 12 mars, p. 45-48.
- AINSWORTH, M.D.S. (1979). «Infant-mother attachment», *American Psychologist*, vol. 34, n° 10, p. 932-937.
- AINSWORTH, M.D.S. (1989). «Attachments beyond infancy», *American Psychologist*, vol. 44, p. 709-716.
- AINSWORTH, M.D.S. et al. (1978). *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI) (1999). *Facts in Brief: Teen Sex and Pregnancy*, www.agi-usa.org
- ALDWIN, C.M. et M.R. LEVENSON (2001). «Stress, coping, and health at midlife : A developmental perspective», dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of midlife development*, New York, Wiley, p. 188-214.
- ALEXANDER, K.L., D.R. ENTWISLE et L.S. OLSON (2007). «Lasting consequences of the summer learning gap», *American Sociological Review*, vol. 72, p. 167-180.
- ALLEMAND, M. (2007). «Cross-sectional age differences and longitudinal age changes of personality in middle adulthood and old age», *Journal of Personality*, vol. 75, n° 2, p. 323-358.
- ALLEN, G.L. et P.J. ONDRACEK (1995). «Age-sensitive cognitive abilities related to children's acquisition of spatial knowledge», *Developmental Psychology*, vol. 31, p. 934-945.
- ALLEN, J.P. et al. (2003). «A secure base in adolescence : Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship», *Child Development*, vol. 74, p. 292-307.
- ALLEN, J.P. et al. (2005). «The two faces of adolescents' success with peers : Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior», *Child Development*, vol. 76, n° 3, p. 747-760.
- ALLEN, K.R., R. BLIESZNER et K.A. ROBERTO (2000). «Families in the middle and later years : A review and critique of research in the 1990s», *Journal of Marriage and Family*, vol. 62, p. 911-926.
- ALLOWAY, T.P. S.E. GATHERCOLE, H. KIRKWOOD et J. ELLIOT (2009). «The cognitive and behavioral characteristics of children with low working memory», *Child Development*, vol. 80, n° 2, p. 606-621.
- ALMEIDA, D.M. et M.C. HORN (2004). «Is daily life more stressful during adulthood?», dans O.G. BRIM, C.K. RIFF et R.C. KESSLER (dir.), *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, Chicago, University of Chicago Press.
- ALMEIDA, D.M., J. SERIDO et D. McDONALD (2006). «Daily life stressors of early and late baby boomers», dans S.K. WHITBOURNE et S.L. WILLIS (dir.), *The Baby Boomers Grow Up : Contemporary Perspectives on Midlife*, Mahwah, New Jersey, Erlbaum, p. 165-183.
- ALTSCHUL, I., D. OYSERMAN et D. BYBEE (2006). «Racial-ethnic identity in mid-adolescence : Content and change as predictors of academic achievement», *Child Development*, 77, p. 1155-1169.
- ALUTI, A., F. CATTANEO, S. GALIMBERTI, U. BENNINGHOFF, B. CASSANI, L. CALLEGARO, ... RONCAROLO, M.G. (2009). «Gene therapy for immunodeficiency due to adenosine deaminase deficiency», *New England Journal of Medicine*, 360, p. 447-458.
- AMATO, P.R. (2005). «The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation», *Future of Children*, vol. 15, p. 75-96.
- AMBERT, A.-M. (2003). *Les couples de même sexe et les familles homoparentales. Relations, parentage et questions relatives au mariage*, Montréal Institut Vanier de la famille, www.vifamily.ca
- AMBERT, A.-M. (2006). *Les familles monoparentales. Caractéristiques, causes, répercussions et questions*, Montréal, Institut Vanier de la famille, www.vifamily.ca
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) (1992). Committee on Sports Medicine and Fitness. «Fitness, Activity, and Sports Participation in the Preschool Child», *Pediatrics*, vol. 90, p. 1002-1004.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) (1996). Committee on Genetics. «Newborn Screening Fact Sheet», *Pediatrics*, vol. 98, p. 1-29.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) (2000). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. «The Pediatrician and Childhood Bereavement», *Pediatrics*, vol. 105, p. 445-447.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) (2001). Committee on Public Education. «Policy Statement : Children, Adolescents, and Television», *Pediatrics*, vol. 107, p. 423-426.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS-COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA EXECUTIVE COMMITTEE (novembre 2011). «Media Use by Children Younger Than 2 Years», vol. 128, n° 5.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) (2000). «Premenstrual syndrome», *ACOG Practice Bulletin*, 15, Washington DC, ACOG.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) (2001). «Repeated miscarriage», *ACOG Education Pamphlet AP1000*, Washington DC, ACOG.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2012). *News Release, janv. 2012, release 12-03, DSM-5 Proposed Criteria for Autism Spectrum Disorder Designed to Provide More Accurate Diagnosis and Treatment*, www.dsm5.org
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (2010). *APA Resolution on End-of-Life Issues and Care*, www.apa.org
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (n. d.). *Answers to your Questions about Sexual Orientation and Homosexuality*, Washington DC, American Psychological Association.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions (2001). *Formation of APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions*, www.apa.org
- AMES, E.W. (1997). *The Development of Romanian Orphanage Children Adopted to Canada : Final Report*, National Welfare Grants Program, Human Resources Development, Canada.
- AMSO, D. et B.J. CASEY (2006). «Beyond what develops when : Neuroimaging may inform how cognition changes with development», *Psychological Science*, vol. 15, p. 24-29.
- ANDERSON, A.H., A. CLARK et J. MULLIN (1994). «Interactive communication between children : Learning how to make language work in dialog», *Journal of Child Language*, vol. 21, p. 439-463.
- ANDERSON, C.A. et al. (2003). «The influence of media violence on youth», *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 4, p. 81-110.
- ANDERSON, D.A. et M. HAMILTON (2005). «Gender role stereotyping of parents in children's picture books : The invisible father», *Sex Roles : A Journal of Research*, 52, p. 145-151.
- ANDERSON, S.E., G.E. DALLAL et A. MUST (2003). «Relative weight and race influence average age at menarche : Results from two nationally representative surveys of U.S. girls studied 25 years apart», *Pediatrics* 2003, vol. 111, p. 844-850, p. 27-44.
- ANDREWS-HANNA, J.R. et al. (2007). «Disruption of large-scale brain systems in advanced aging», *Neuron*, vol. 56, p. 924-935.

- ANIM-SOMUAH, M., R. SMYTH et L. JONES (2011). *Epidural versus non-epidural or analgesia in labor*, *Cochrane Library*, <http://online.library.wiley.com>
- ANSERMET, F. (2005). « Clinique de l'ambiguïté génitale chez l'enfant », *Psychothérapies*, vol. 3, n° 25, p. 165-172.
- ANTONUCCI, T. et H. AKIYAMA (1997). « Concern with others at midlife: Care, comfort, or compromise? », dans M.E. LACHMAN et J.B. JAMES (dir.), *Multiple Paths of Midlife Development*, Chicago, University of Chicago Press, p. 145-169.
- ANTONUCCI, T.C., H. AKIYAMA et A. MERLINE (2001). « Dynamics of social relationships in midlife », dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 571-598.
- APA (2013). *American Psychiatric Association, Psychiatric News, DSM-5 Provides New Take on Neurodevelopmental Disorders*, <http://psychnews.psychiatryonline.org>
- APGAR, V. (1953). « A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant », *Current Research in Anaesthesia*, vol. 32, p. 260-267.
- AQUILINO, W.S. (2006). « The noncustodial father-child relationship from adolescence into young adulthood », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 929-946.
- ARCHER, J. (2004). « Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review », *Review of General Psychology*, vol. 8, n° 4, p. 291-322.
- ARCHER, S.L. (1993). « Identity in relational contexts: A methodological proposal », dans J. KROGER (dir.), *Discussions on Ego Identity*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 75-99.
- ARIAS, E., M.F. MACDORMAN, D.M. STROBINO et B. GUYER (2003). « Annual summary of vital statistics-2002 », *Pediatrics*, 112, p. 1215-1230.
- ARIES, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Plon.
- ARIES, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, Seuil, 249 p.
- ARNETT, J.J. (1999). « Adolescent storm and stress, reconsidered », *American Psychologist*, vol. 54, p. 317-326.
- ARNETT, J.J. (2004). *Emerging Adulthood*, New York, Oxford University Press.
- ARRIAGA, X.B. et S. OSKAMP (1999). « The nature, correlates, and consequences of violence in intimate relationship », dans X.B. ARRIAGA et S. OSKAMP (dir.), *Violence in Intimate Relationships*, Thousand Oaks, Californie, Sage.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SENSIBILISATION A L'INFERTILITÉ (ACSI) (2006), [www.iaac.ca](http://www.iaac.ca)
- ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC. (2012). *L'autisme*, [www.ampq.org/index.cfm](http://www.ampq.org/index.cfm)
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE (AQPS) (2010). *Comprendre le suicide, documents et statistiques. Ampleur du problème au Québec et au Canada*, [www.aqps.info](http://www.aqps.info)
- ASTHANA, S. et al. (2004). « Masculine vitality: Pro and cons of testosterone in treating the andropause », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, p. 461-466.
- ATCHLEY, R.C. (1989). « A continuity theory of normal aging », *Gerontologist*, vol. 29, p. 183-190.
- AUBRY, R. et M.-C. DAYDÉ (2010). *Soins palliatifs éthique et fin de vie*, Rueil-Malmaison Cedex, Fance, Éditions Lamarre, p. 44.
- AUSTIN, E.W., B.E. PINKLETON et Y. FUJIOKA (2000). « The role of interpretation processes and parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol », *Pediatrics*, vol. 105, n° 2, p. 343-349.
- AUTISM SOCIETY (2008). *Frequently Asked Questions*, [www.autism-society.org](http://www.autism-society.org)
- AUTISM SPEAKS (2012). *Autism and your family*, [www.autismspeaks.org](http://www.autismspeaks.org)
- AUYENG, B., S. BARON-COHEN, E. ASHWIN, R. KINCKMEYER, K. TAYLOR, G. HACKETT et M. HINES (2009). « Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys », *Psychological Science*, 20, p. 144-148.
- AVELLAR, S. et P.J. SMOCK (2005). « The economic consequences of the dissolution of cohabiting union », *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, n° 2, p. 315-327.
- AVIS, N.E. (1999). « Women's health at midlife », dans S.L. WILLIS et J.D. REID (dir.), *Life in the Middle: Psychological and Social Development in Middle Age*, San Diego, Academic Press, p. 105-146.
- AVIS, N.E. et S. CRAWFORD (2006). « Menopause: Recent research findings », dans S.K. WHITBOURNE et S.L. WILLIS (dir.), *The Baby Boomers Grow Up: Contemporary Perspectives on Midlife*, Mahwah, New Jersey, Erlbaum, p. 75-109.
- AVOLIO, B.J. et J.J. SOSIK (1999). « A life-span framework for assessing the impact of work on white-collar workers », dans S.L. WILLIS et J.D. REID (dir.), *Life in the Middle: Psychological and Social Development in Middle Age*, San Diego, Academic Press.
- BADDELEY, A. (1996). « Exploring the central executive », *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology* (Special Issue: Working Memory), 49A, p. 5-28.
- BADDELEY, A. (1998). « Recent developments in working memory », *Neurobiology*, vol. 8, p. 234-238.
- BAGWELL, C.L., A.F. NEWCOMB et W.M. BUKOWSKI (1998). « Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment », *Child Development*, vol. 69, p. 140-153.
- BAILLARGEON, R.H. et al. (2007). « Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age », *Developmental Psychology*, vol. 43, n° 1, p. 13-26.
- BAINBRIDGE, J.W.B. et al. (2008). « Effect of gene therapy on visual function in Leber's congenital amaurosis », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, p. 2231-2239.
- BAKER, J.L., L.W. OLSEN et T.I.A. SORENSEN (2007). « Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, p. 2329-2336.
- BALDY, R. (2002). *Dessine-moi un bonhomme. Dessins d'enfants et développement cognitif*, Paris, In Press.
- BALDY, R. (2005). « Dessin et développement cognitif. Comment l'enfant devient-il dessinateur? », *Enfance*, vol. 57, n° 1, p. 34-44.
- BALERCIA G. et al. (2004). « Coenzyme Q10 supplementation in infertile men with idiopathic asthenozoospermia: An open, uncontrolled pilot study », *Fertility and Sterility*, vol. 81, n° 1, p. 93-98.
- BALL, K., J.D. EDWARDS et L.A. ROSS (2007). « The impact of speed of processing training on cognitive and everyday functions », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, p. 19-31.
- BALSIS, S., B.D. CARPENTER et M. STORANDT (2005). « Personality change precedes clinical diagnosis of dementia of the alzheimer type », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, p. 98-101.
- BALTES, P.B. (1987). « Theoretical proposition of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline », *Developmental Psychology*, vol. 23, n° 5, p. 611-626.
- BALTES, P.B. (1997). « On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory », *American Psychologist*, vol. 52, p. 366-380.
- BALTES, P.B. et J. SMITH (2004). « Life-span psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism », *Research in Human Development*, vol. 1, p. 123-144.
- BALTES, P.B., U. LINDENBERGER et U.M. STAUDINGER (1998). « Life-span theory in developmental psychology », dans R.M. LERNER (dir.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 1, Theoretical Models of Human Development, New York, Wiley, p. 1029-1143.
- BANDURA, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1989). « Social cognitive theory », dans R. VASTA (dir.), *Annals of Child Development*, Greenwich, Connecticut, JAL.
- BANDURA, A. (1994). « Self-efficacy », dans V.S. RAMACHAUDRAN (dir.), *Encyclopedia of Human Behavior*, vol. 4, p. 71-81.
- BANDURA, A. et al. (1996). « Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning », *Child Development*, vol. 67, p. 1206-1222.
- BANDURA, A. et al. (2001). « Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories », *Child Development*, vol. 72, n° 1, p. 187-206.
- BANDURA, A., D. ROSS et S.A. ROSS (1961). « Transmission of aggression through imitation of aggressive models », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 63, p. 575-582.
- BARAC, R. et E. BIALYSTOK (2012). « Bilingual Effects on Cognitive and Linguistic Development: Role of Language, Cultural Background, and Education », *Child Development*, vol. 83, n° 2, p. 413-422.
- BARBEAU, D. (2007). *Interventions pédagogiques et réussite au cégep. Méta-analyse*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- BARIL, D. (2006). « 28 % des étudiants sont favorables aux punitions corporelles », *Forum*, mars, vol. 40, n° 24.
- BARIL, H. et al. (2007). « Lien entre la qualité des relations familiales et sociales à l'adolescence et à l'âge adulte », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 39, n° 1, p. 32-45.
- BARNES, G.M., J.H. HOFFMAN et J.W. WELTE (2006). « Effects of parental monitoring and peer deviance in substance abuse and delinquency », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 1084-1104.
- BARNES, J.C., B. BOUTWELL BRIAN, M. BEAVER KEVIN, GIBSON et L. CHRIS (2013). « Analyzing the Origins of Childhood Externalizing Behavioral Problems », *Developmental Psychology*, p. 1-13.
- BARNETT, W. et al. (2008). « Educational effects of the tools of the mind curriculum: A randomized trial », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 23, n° 3, p. 299-313.
- BARON, L. et M. HOLMAN (2007). « Violence envers les jeunes qui font du sport: Les écoles peuvent s'engager à y remédier », *Magazine Santé et Apprentissage*, Fédération canadienne des enseignants et des enseignants, printemps, [www.cff.fce.ca](http://www.cff.fce.ca)
- BARON-COHEN, S. (2005). « The essential difference: The male and female brain », *Phi Kappa Phi Forum*, vol. 85, n° 1, p. 23-26.
- BARRETTE, J. (2009). *Conciliation travail-famille: Qu'en savons-nous vraiment?*, Institut Vanier de la famille, [www.vifamily.ca](http://www.vifamily.ca)
- BARRY, B.K. et R.G. CARSON (2004). « The consequences of resistance training for movement control in older adults », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, p. 730-754.
- BARRY, C.M., S.D. MADSEN, L.J. NELSON, J.S. CARROLL et S. BADGER (2009). « Friendship and romantic relationship qualities in emerging adulthood: Differential associations with identity development and achieved adulthood criteria », *Journal of Adult Development*, vol. 16, n° 4, p. 209-222.
- BARRY, C.M. et K.R. WENTZEL (2006). « Friend influence on prosocial behavior: The role of motivational factors and friendship characteristics », *Developmental Psychology*, vol. 42, p. 153-163.
- BARTICK M. et A. REINHOLD (2010). « The Burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis », *Pediatrics*, 125, p. e1048-e1056.
- BARTZOKIS, G. et al. (2007). « Myelin breakdown and iron changes in Huntington's disease: Pathogenesis and treatment implications », *Neurochemical Research*, vol. 32, n° 10, p. 1655-1664.
- BARZILAI, N. et al. (2006). « A genotype of exceptional longevity is associated with preservation of cognitive function », *Neurology*, vol. 67, p. 2170-2175.
- BASCOM, P.B. et S.W. TOLLE (2002). « Responding to requests for physician-assisted suicide: "these are uncharted waters for both of us..." », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, p. 91-98.
- BAUER, P.J. (2002). « Long-term recall memory: Behavioral and neuro-developmental changes in the first 2 years of life », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 11, p. 137-141.
- BAUER, P.J. et al. (2003). « Developments in long-term explicit memory late in the first year of life: Behavioral and electrophysiological indices », *Psychological Science*, vol. 14, p. 629-635.
- BAUMER, E.P. et S.J. SOUTH (2001). « Community effects on youth sexual activity », *Journal of Marriage and Family*, vol. 63, p. 540-554.
- BAUMRIND, D. (1971). « Harmonious parents and their preschool children », *Developmental Psychology*, vol. 41, p. 92-102.
- BAUMRIND, D. (1989). « Rearing competent children », dans DAMON, W. (dir.), *Child Development Today and Tomorrow*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 349-378.
- BAUMRIND, D. (1991). « Parenting styles and adolescent development », dans J. BROOKS-GUNN, R. LERNER et A.C. PATERSON (dir.), *The Encyclopedia of Adolescence*, New York, Garland, p. 746-758.
- BAUMRIND, D. (1996). « The discipline controversy revisited », *Family Relations*, vol. 45, p. 405-414.
- BAUMRIND, D. (1996a). « A blanket injunction against disciplinary use of spanking is not warranted by the data », *Pediatrics*, vol. 98, 4, Pt. 2, p. 828-831.

- BAUMRIND, D. (1997). « Necessary distinctions », *Psychological Inquiry*, 8, p. 176-182.
- BAUMRIND, D. (2005). « Patterns of parental authority and adolescent autonomy », dans J. SMETANA (dir.), *Changing Boundaries of Parental Authority during Adolescence, New Directions for Child and Adolescent Development*, 108 San Francisco, Jossey-Bass, p. 61-70.
- BAUSERMAN, R. (2002). « Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review », *Journal of Family Psychology*, vol. 16, p. 91-102.
- BAYLEY, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development*, New York, Psychological Corporation.
- BAYLEY, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*, (2<sup>e</sup> éd.), New York, Psychological Corporation.
- BAYLEY, N. (2005). *Bayley Scales of Infant Development*, (3<sup>e</sup> éd.; Bayley-III), New York, Harcourt Brace.
- BEACH et al. (2009). *Beach, Jane, Martha Friendly, Carolyn Fems, Nina Prabhu et Barry Forer. 2009. Early Childhood Education and Care in Canada 2008*, Toronto, Childcare Resource and Research Unit.
- BEAL, S.J. et L.J. CROCKETT (2010). « Adolescents' occupational and educational aspirations and expectations: Links to high school activities and adult educational achievement », *Developmental Psychology*, vol. 46, n° 1, p. 258-265.
- BEAUDOIN, L. *Journal du Barreau du Québec* (2001), www.barreau.qc.ca
- BEAULIEU, M.-C. et S. NORMANDEAU (2011). *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 43, n° 4, p. 278.
- BEAULNE, S. (2012). « La conceptualisation de l'autisme depuis Kanner: où en sommes-nous? », *Journal on Development disabilities*, vol. 18, n° 1.
- BEAUPRE, P., P. TURCOTTE et A. MILAN (2006). « Fiston revient à la maison: Tendances et indicateurs du retour au domicile parental », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, Ottawa, n° 11-008, p. 28-34.
- BECKER, G.S. (1991). *A Treatise on the Family*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BECKETT, C. et al. (2006). « Do the effects of severe early deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study », *Child Development*, vol. 77, p. 696-711.
- BEDFORD, V.H. (1995). « Sibling relationships in middle and old age », dans R. BLIESZNER et V. HILKEVITCH (dir.), *Handbook of Aging and the Family*, Westport, Connecticut, Greenwood Press, p. 201-222.
- BEFFY, M., FOUGÈRE, D. et A. MAUREL (2009). *L'impact du travail salarié des étudiants sur la réussite et la poursuite des études universitaires*, www.quebec.ca
- BELLEROSE, C., É. CADIEUX et Y. NOËL (2002). « Interaction parent-enfant », dans Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, chap. 6.
- BELLINGER, D. (2004). « Lead », *Pediatrics*, vol. 113, p. 1016-1022.
- BELSKY, J. S.R., JAFFEE, A., CASPI, T., MOFFITT et P.A. SILVA (2003). « Intergenerational relationships in young adulthood and their life course, mental health, and personality correlates », *Journal of Family Psychology*, 17, p. 460-471.
- BELSKY, J. et al. (2007). « Family rearing antecedents of pubertal timing », *Child Development*, vol. 78, n° 4, p. 1302-1321.
- BEM, S.L. (1983). « Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society », *Signs*, vol. 8, p. 598-616.
- BEM, S.L. (1985). « Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration », dans T.B. SONDRERGER (dir.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1984: Psychology and Gender*, Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press.
- BENDERSKY, M., D. BENNETT et M. LEWIS (2006). « Aggression at age 5 as a function of prenatal exposure to cocaine, gender, and environmental risk », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 37, p. 71-84.
- BENGTSON, V.L. (2001). « Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds », *Journal of Marriage and Family*, vol. 63, p. 1-16.
- BENGTSON, V.L., C. ROSENTHAL et L.M. BURTON (1996). « Paradoxes of families and aging », dans R.H. BINSTOCK et L.K. GEORGE (dir.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (4<sup>e</sup> éd.), San Diego, Academic Press, p. 253-282.
- BENGTSON, V.L., C.J. ROSENTHAL et L.M. BURTON (1990). « Families and aging: Diversity and heterogeneity », dans R. BINSTOCK et L. GEORGE (dir.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (3<sup>e</sup> éd.), San Diego, Academic Press, p. 263-287.
- BENHADJOUJDA, L. (2011). *Les besoins des femmes immigrantes de Montréal concernant l'accessibilité des services d'aide en violence conjugale, Table de concertation en violence conjugale de Montréal*, Montréal, 55 p.
- BERAN, T. (2008). « Stability of Harassment in Children: Analysis of the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth Data », *The Journal of Psychology*, vol. 142, n° 2, p. 131-146.
- BERG (dir.), *Intellectual Development*, New York, Cambridge University Press.
- BERG, C.A. et P.A. KLACZYNSKI (1996). « Practical intelligence and problem solving: Search for perspectives », dans F. BLANCHARD-FIELDS et T.M. HESS (dir.), *Perspectives on Cognitive Change in Adulthood and Aging*, New York, McGraw-Hill, p. 323-357.
- BERGEN, D. (2002). « The role of pretend play in children's cognitive development », *Early Childhood Research & Practice*, vol. 4, n° 1, http://ecrp.uiuc.edu
- BERGER, K.S. (2007). « Update on bullying at school: Science forgotten? », *Developmental Review*, vol. 27, p. 91-92.
- BERGHEUL, S. et J. COLLETTE (2013). « Personality traits predictive of delinquency: A comparative study between a population of young offenders and conventional Canadians girls in New Brunswick », *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, vol. 171, n° 4, p. 220-225.
- BERING, J.M. et D.F. BJORKLUND (2004). « The natural emergence of reasoning ability about the afterlife as a developmental regularity », *Developmental Psychology*, vol. 40, p. 217-233.
- BERK, L.E. (1992). « Children's private speech: An overview of theory and the status of research », dans R.M. DIAZ et L.E. BERK (dir.), *Private Speech: From Social Interaction to Self-Regulation*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, p. 17-53.
- BERKMAN, L.F. et T. GLASS (2000). « Social integration, social networks, social support, and health », dans L.F. BERKMAN et I. KAWACHI (dir.), *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, p. 137-173.
- BERNDT, T.J. et T.B. PERRY (1990). « Distinctive features and effects of early adolescent friendships », dans R. MONTEMAYOR, G.R. ADAMS et T.P. GULLOTTA (dir.), *From Childhood to Adolescence: A Transitional Period?*, 2 Newbury Park, Californie, Sage, p. 269-287.
- BERTONE-JOHNSON, E.R., S.E. HANKINSON, S.R. JOHNSON et J.E. MANSON (2008). « Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome », *American Journal of Epidemiology*, vol. 168, n° 8, p. 938-945.
- BESNARD, T., P. VERLAAN, F. CAPUANO, F. POULIN et F. VITARO (2011). « Les pratiques parentales des parents d'enfants en difficultés de comportement: Effets de la dyade parent-enfant », *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 43, n° 4, p. 254.
- BEUMONT, P.J.V., J.D., RUSSELL et S.W. TOUYZ (1993). « Treatment of anorexia nervosa », *Lancet*, vol. 341, p. 1635-1640.
- BHASKARAN, K. et al. (2008). « Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, p. 51-59.
- BIALYSTOK, E. (2006). « L'acquisition d'une deuxième langue, le bilinguisme pendant la petite enfance et leur impact sur le développement cognitif précoce », dans R.E. TREMBLAY, R.G. BARR et R. De V. PETERS (dir.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, www.enfant-encyclopedie.com
- BIALYSTOK, E. et al. (2004). « Bilingualism, aging, and cognitive control: Evidence from the Simon task », *Psychology and Aging*, vol. 19, p. 290-303.
- BIALYSTOK, E., G. LUK et E. KWAN (2005). « Bilingualism, biliteracy, and learning to read: Interactions among languages and writing systems », *Scientific Studies of Reading*, vol. 9, p. 43-61.
- BIALYSTOK, E., S. MAJUMDER et M.M. MARTIN (2003). « Developing phonological awareness – is there a bilingual advantage? », *Applied Psycholinguistics*, vol. 24, p. 27-44.
- BIANCHI, S., J. ROBINSON et M. MILKIE (2006). *The Changing Rhythms of American Family Life*, New York, Russell Sage Foundation.
- BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT, SERVICE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE PARLEMENTAIRES (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada: Abus des inhalants chez les jeunes Autochtones*.
- BICKHAM, D. et M. RICH (2006). « Is television viewing associated with social isolation? : Roles of exposure time, viewing context, and violent content », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, p. 387-392.
- BIELBY, D. et D. PAPALIA (1975). « Moral development and perceptual role-taking egocentrism: Their development and interrelationship across the lifespan », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 6, n° 4, p. 293-308.
- BIENVENU, O.J. et al. (2001). « Phobic, panic and major depressive disorders and the five-factor model of personality », *Journal of Mental Disease*, vol. 189, p. 154-161.
- BIERMAN, K.L., D.L. SMOOT et K. AUMILLER (1993). « Characteristics of aggressive rejected, aggressive (non-rejected), and rejected (non-aggressive) boy », *Child Development*, vol. 64, p. 139-151.
- BIGRAS, N. et L. LEMAY (2012). *Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants, État des connaissances*, Presses de l'Université du Québec.
- BILLET, S. (2001). « Knowing in practice: Re-conceptualising vocational expertise », *Learning and Instruction*, vol. 11, p. 431-452.
- BILLINGS, L.M. et al. (2007). « Learning decreases a beta\*56 and Tau pathology and ameliorates behavioral decline in 3xtg-ad mice », *Journal of Neuroscience*, vol. 27, n° 4, p. 751-761.
- BIRD, T.D. (2005). « Genetic factors in Alzheimer's disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, p. 862-864.
- BIRDITT, K.S., K.L. FINGERMAN et S.H. ZARIT (2010). « Adult children's problems and successes: Implications for intergenerational ambivalence », *Journal of Gerontology*, vol. 65, n° 2, p. 145-153.
- BIRREN, J.E. et K.W. SCHAIJE (dir.) *Handbook of the psychology of aging and the social sciences*, New-York, Van Nostrand Reinhold.
- BJORK, J.M., B. KNUTSON, FONG, G.W. D.M. CAGGIANO, S.M. BENNETT et D.W. HOMMER (2004). « Incentive-elicited brain activities in adolescents: Similarities and differences from young adults », *Journal of Neuroscience*, 24, p. 1793-1802.
- BJORKLUND, D.F. (1997). « The role of immaturity in human development », *Psychological Bulletin*, vol. 122, p. 153-169.
- BJORKLUND, D.F. et A.D. PELLEGRINI (2000). « Child development and evolutionary psychology », *Child Development*, vol. 71, n° 6, p. 1687-1708.
- BJORKLUND, D.F. et A.D. PELLEGRINI (2002). *The Origins of Human Nature: Evolutionary Developmental Psychology*, Washington DC, American Psychological Association.
- BLAKEMORE, S. et S. CHOUDHURY (2006). « Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognitions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, n° 3, p. 296-312.
- BLANCHARD-FIELDS, F. (2007). « Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 16, n° 1, p. 26-31.
- BLANCHARD-FIELDS, F. et L. NORRIS (1994). « Causal attribution from adolescence through adulthood: Age differences, ego level, and generalized response style », *Aging and Cognition*, vol. 1, p. 67-86.
- BLANCHARD-FIELDS, F., A. MIENALTOWSKI et R.B. SEAY (2007). « Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, p. 61-64.
- BLANCHARD-FIELDS, F., R. STEIN et T.L. WATSON (2004). « Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, p. 261-269.
- BLANCHET, V. (2002). *Pratiquer une sédation en soin palliatif*, www.sfp.org
- BLANCHFLOWER, D.G. et A.J. OSWALD (2008). « Is well-being u-shaped over the life cycle? », *Social Science and Medicine*, vol. 66, n° 8, p. 1733-1749.
- BLAZER, D.G. (2009). « Depression in late life: Review and commentary », *Focus*, vol. 7, n° 1, p. 118-136.

- BLAZER, D.G. et C.F. HYBELS (2005). «Origins of depression in later life», *Psychological Medicine*, vol. 35, p. 1241-1252.
- BLEANDONU, G. et O. REVOL (2010). *Précocité, talents et troubles des apprentissages, Approche neuropsychologique des troubles d'apprentissages*, Éditions Solal, juillet 2010.
- BLESKE-RECHEK, A., D. LUBINSKI et C.P. BENBOW (2004). «Meeting the educational needs of special populations. Advanced placement's role in developing exceptional human capital», *Psychological Sciences*, vol. 15, p. 217-224.
- BLIESZNER, R. et K. ROBERTO (2006). «Perspectives on close relationships among the baby boomers», dans S.K. WHITBOURNE et S.L. WILLIS (dir.), *The Baby Boomers Grow Up: Contemporary Perspectives on Midlife*, Mahwah, New Jersey, Erlbaum, p. 261-279.
- BLOCK, J. (1971). *Lives through Time*, Berkeley, Californie, Bancroft.
- BLOCK, J. (1995). «A contrarian view of the five-factor approach to personality description», *Psychological Bulletin*, vol. 117, n° 2, p. 187-215.
- BLOCK, J. et J.H. BLOCK (2006). «Nursery school personality and political orientation two decades later», *Journal of Research in Personality*, vol. 40, n° 5, p. 734-749.
- BLOODGOOD, J.M., W.H. TURNLEY et P. MUDRACK (2008). «The influence of ethics instruction, religiosity and ethics on cheating behavior», *Journal of Business Ethics*, vol. 82, n° 3, p. 0167-4544.
- BLOUIN, C. (2007). «Harçèlement sexuel. Le prévenir ou en subir les conséquences?», *Hôtels, restaurants et institutions*, vol. 11, n° 5, www.hrimag.com
- BLUM, N.J., B. TAUBMAN et N. NEMETH (2003). «Relationships between age at initiation of toilet training and duration of training: A prospective study», *Pediatrics*, vol. 111, p. 810-814.
- BOCHUKOVA, E.G. et al. (2009). «Large, rare chromosomal deletions associated with severe early-onset obesity», *Nature*, 463, p. 666-670.
- BOCSKAY, K.A., D. TANG, M.A. ORJUELA, X. LIU, D.P. WARBURTON et F.P. PERERA (2005). «Chromosomal aberrations in cord blood are associated with prenatal exposure to carcinogenic polycyclic aromatic hydrocarbons», *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 14, p. 506-511.
- BODKIN, N.L. et al. (2003). «Mortality and morbidity in laboratory-maintained rhesus monkeys and effects of long-term dietary restriction», *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 58A, p. 212-219.
- BODNER, E. (2009). «On the origins of ageism in older and younger workers», *International Psychogeriatrics*, 21, p. 1003-1014.
- BOERNER, K., C.B. WORTMAN et G.A. BONANNO (2005). «Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss», *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, p. 67-73.
- BOGG, T. et B.W. ROBERTS (2004). «Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality», *Psychological Bulletin*, vol. 130, n° 6, p. 887-919.
- BOILEAU, B. (2007). *Les troubles de comportement en pédiopsychiatrie: pas si simple que ça*, Hôpital Sainte-Justine, www.chu-sainte-justine.org
- BOJCZYK, K.E. et D. CORBETTA (2004). «Object retrieval in the 1st year of life: Learning effects of task exposure and box transparency», *Developmental Psychology*, 40, p. 54-66.
- BOLLINGER, M.B. (2003). «Involuntary smoking and asthma severity in children: Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)», *Pediatrics*, 112, p. 471.
- BONANNO, G.A. et al. (2002). «Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-month postloss», *Journal of Personality and Social Psychology*, p. 1150-1164.
- BOOKWALA, J. (2009). «The impact of adult care on marital quality and well-being in adult daughters and sons», *Journal of Gerontology*, vol. 64B, n° 3, p. 339-347.
- BORNSTEIN, M.H. et al. (1999). «Play in two societies: Pervasiveness of process, specificity of structure», *Child Development*, vol. 70, p. 317-331.
- BORNSTEIN, M.H. et al. (2004). «Cross-linguistic analysis of vocabulary in young children; Spanish, Dutch, French, Hebrew, Italian, Korean, and American English», *Child Development*, vol. 75, p. 1115-1139.
- BORNSTEIN, M.H. et C.S. TAMIS-LEMONDA (1989). «Maternal responsiveness: Characteristics and consequences», *New Directions for Child Development*, 43 San Francisco, Jossey-Bass.
- BOS, H. et T.G.M. SANDFORT (2010). «Children's Gender Identity in Lesbian and Heterosexual Two-Parent Families.», *Sex Roles: A Journal of Research*, vol. 62, n° 1/2, p. 114-26.
- BOSS, P. (1999). *Ambiguous Loss*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BOSS, P. (2002). «Ambiguous loss: Working with the families of the missing», *Family Process*, vol. 41, p. 14-17.
- BOSS, P. (2004). «Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, n° 3, p. 551-566.
- BOSS, P. et al. (2003). «Healing loss, ambiguity, and trauma: A community-based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attack in New York city», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 29, n° 4, p. 455-467.
- BOUCHARD M.F., J. CHEVRIER, K.G. HARLE, K. KOGUT, M. VEDAR, N. CALDERON, C. TRUJILLO, C. JOHNSON, A. BRADMAN, D.B. BARR et B. ESKENAZI (2011). «Prenatal Exposure to Organophosphate Pesticides and IQ in 7-Year Old Children», *Environmental Health Perspectives*, vol. 119, n° 8, p. 1189-9.
- BOUCHARD, C., S. COUTU et S. LANDRY (2012). «Le développement de la prosocialité chez l'enfant», dans J.-P. Lemelin, M.A. Provost, G.M. Tarabulsky, A. Plamondon et C. Dufresne (dir.), *Développement social et émotionnel de l'enfant et de l'adolescent, tome 1*, (p. 402-443), Québec.
- BOUCHARD, C. et al. (2009). «Gender differences in language development in French Canadian children between 8 and 30 months of age», *Applied Psycholinguistics*, vol. 30, n° 4, Cambridge University Press, octobre, p. 685-707.
- BOUCHARD, P. et J.-C. SAINT-AMANT (2000). «L'axe mère-enfant de la réussite scolaire au primaire en milieu populaire», dans M. SIMARD et J. ALARY (dir.), *Comprendre la famille - 5<sup>e</sup> symposium québécois, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec*, Presses de l'Université du Québec.
- BOUCHARD, P. (2003). La réussite scolaire comparée selon le sexe, Condition féminine Canada, <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection>
- BOUCHARD, T.J. (2004). «Genetic influence on human psychological traits: A survey», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 13, p. 148-154.
- BOUCHEY, H.A. et W. FURMAN (2003). «Dating and romantic experiences in adolescence», dans G.R. ADAMS et M.D. BERZONSKY (dir.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, Oxford, Royaume-Uni, Blackwell, p. 313-329.
- BOUDREAU, M.-C., N. TRUDEAU et C. BOUCHARD (2006). Influence de facteurs biologiques et environnementaux sur le développement langagier du jeune enfant francophone, Poster Presentation at the Annual CLRN and Conference, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard.
- BOWLBY, J. (1958). «The nature of the child's tie to his mother», *International Journal of Psycho-Analysis*, xxxix, p. 1-23.
- BOWLBY, J. (1969). «Attachment and loss», *Attachment*, 1 London, Hogarth Press et Institute of Psycho-Analysis.
- BOYCE, W. et al. (2003). Études sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada. Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements, Toronto, Conseil des ministres de l'Éducation, www.cmec.ca
- BRABECK, M.M. et E.L. SHORE (2003). «Gender differences in intellectual and moral development? The evidences refutes the claims», dans J. DEMICK et C. ANDREOLETTI (dir.), *Handbook of Adult Development*, New York, Plenum Press, p. 351-368.
- BRACHER, G. et M. SANTOW (1999). «Explaining trends in teenage childbearing in Sweden», *Studies in Family Planning*, vol. 30, p. 169-182.
- BRACKETT, M.A., A. COX, S.O. GAINES et P. SALOVEY (2005). *Emotional intelligence and relationship quality among heterosexual couples*, Manuscript submitted for publication.
- BRACKETT, M.A., J.D. MAYER et R.M. WARNER (2004). «Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour», *Personality and Individual Differences*, vol. 36, n° 6, p. 1387-1402.
- BRANDT, B. (1989). «A place for her death», *Humanistic Judaism*, vol. 17, n° 3, p. 83-85.
- BRASSEUR, M. (2008). «Certains types de personnalité sont-ils prédisposés au stress professionnel? Rapport des types psychologiques de Jung», *Humanisme et Entreprises*, vol. 3, n° 288, p. 37-49.
- BRATTON, S.C. et D. RAY (2002). «Humanistic play therapy», dans D.J. CAIN (dir.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*, p. 369-402.
- BRAY, J.H. (1999). «From marriage to remarriage and beyond: Findings from the developmental issues in stepfamilies research project», dans E.M. HETHERINGTON (dir.), *Coping with Divorce, Single Parenting and Remarriage: A Risk and Resiliency Perspective*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- BRAZELTON, T.B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, Philadelphia, Lippincott.
- BRENDGEN, M., G. DIONNE, A. GIRARD, M. BOIVIN, F. VITARO et D. PERUSSE (2005). «Examining genetic and environmental effects on social aggression: A study of 6-year-old twins», *Child Development*, 76, p. 930-946.
- BRENT, D.A. et B. BIRMAHER (2002). «Adolescent depression», *New England Journal of Medicine*, vol. 347, p. 667-671.
- BRIDGE, J.A. et al. (2007). «Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials», *Journal of the American Medical Association*, vol. 297, p. 1683-1696.
- BRIKI, M. (2009). *Psychiatrie et homosexualité*, Presse universitaire de Franche-Comté.
- BRILLON, P. (2012). *Quand la mort est traumatique*, Montréal, Les Éditions Québecor, 163 p.
- BRITTO, P.R. et N. ULKER (2012). «Child Development in Developing Countries: Child Rights and Policy Implications», *Child Development*, vol. 83, n° 1, p. 92-103.
- BROCK, D.W. (1992, March-April). «Voluntary Active Euthanasia», *Hastings Center Report*, p. 10-22.
- BRODY, G.H. et al. (2001). «The influence of neighborhood disadvantage, collective socialization, and parenting on African American children's affiliation with deviant peers», *Child Development*, vol. 72, n° 4, p. 1231-1246.
- BRODY, G.H. et al. (2004). «Protective longitudinal paths linking child competence to behavioral problems among African American siblings», *Child Development*, vol. 75, p. 455-467.
- BRODY, G.H. et al. (2006). «Perceived discrimination and the adjustment of African American youths: A five-year longitudinal analysis with contextual moderation effects», *Child Development*, vol. 77, n° 5, p. 1170-1189.
- BROIDY, L.M. et al. (2003). «Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site cross-national study», *Developmental Psychology*, vol. 39, p. 222-245.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). «Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives», *Developmental Psychology*, vol. 22, p. 723-742.
- BRONFENBRENNER, U. (1994). «Ecological model of human development», dans T. HUSEN et T.N. POSTLETHWAITE (dir.), *International Encyclopedia of Education*, vol. 3 (2<sup>e</sup> éd.), Oxford, Pergamon Press/Elsevier Science.
- BRONFENBRENNER, U. (2001). «The bioecological theory of human development», dans N. SMELSER et P. BALTES (dir.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, New York, Elsevier, p. 6963-6970.
- BRONFENBRENNER, U. (2004). *Making human being human. Bioecological perspectives on human development*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 336 p.
- BRONFENBRENNER, U. et P.A. MORRIS (1998). «The ecology of developmental processes», dans W. DAMON et R.M. LERNER (dir.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 1, New York, John Wiley & Sons, p. 993-1028.
- BROOKMEYER, R., E. JOHNSON, K. ZIEGLER-GRAHAM et H.M. ARRIGHI (2007). «Forecasting the global burden of Alzheimer's disease», *Alzheimer's and Dementia*, vol. 3, n° 3, p. 186-191. Paper also presented in June 2007 at the meeting of the second Alzheimer's Association International Conference on Prevention of Dementia, Washington, DC.
- BROOKS-GUNN, J. (2003). «Do you believe in magic? What can we expect from early childhood intervention programs?», *SRCD Social Policy Report*, vol. 17, n° 1.
- BROOKS-GUNN, J., W.-J. HAN et J. WALDFOGEL (2010). «First-year maternal employment and child development in the first seven years», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 75, n° 2.

- BROUDE, G.J. (1995). *Growing Up: A Cross-Cultural Encyclopedia*, Santa Barbara, Californie, ABC-CLIO.
- BROUGHAM, R.R., C.M. ZAIL, C.M. MENDOZA et J.R. MILLER (2009). «Stress, sex differences, and coping strategies among college students», *Current Psychology*, vol. 28, n° 2, p. 85-97.
- BROWN, A.L., K.E. METZ et J.C. CAMPIONE (1996). «Social interaction and individual understanding in a community of learners: The influence of Piaget and Vygotsky», dans A. Tryphon et J. Voneche (dir.), *Piaget-Vygotsky: The social genesis of thought*, Hove, UK, Psychology Press, p. 145-170.
- BROWN, B.B. et al. (1993). *Parenting Practices and Peer Group Affiliation in Adolescence*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, p. 245-270.
- BROWN, B.B. et C. KLUTE (2003). «Friendships, cliques, and crowds», dans G.R. ADAMS et M.D. BERZONSKY (dir.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, Malden, Massachusetts, Blackwell, p. 330-348.
- BROWN, J.T. et A. STOUDEMIRE (1983). «Normal and pathological grief», *Journal of the American Medical Association*, vol. 250, p. 378-382.
- BROWN, L.M. et C. GILLIGAN (1990). «The psychology of women and the development of girls», *Paper presented at the Laurel-Harvard Conference on the Psychology of Women and the Education of Girls*, Cleveland, Ohio.
- BROWN, N., K.W. WEINSTEIN, J.D. CRESWELL (2012). «Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat», *Psychoneuroendocrinology*, vol. 37, n° 12, p. 2037-2041.
- BROWN, S.L. (2004). «Family structure and child well-being: The significance of parental cohabitation», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 351-367.
- BRUCK, M., S.J. CECI et H. HEMBROOKE (1998). «Reliability and credibility of young children's reports: From research to policy and practice», *American Psychologist*, vol. 53, p. 136-151.
- BRUER, J.T. (2001). «A critical and sensitive period primer», dans D.B. BAYLEY et al. (dir.), *Critical Thinking about Critical Period: A Series from the National Center for Early Development and Learning*, Baltimore, Maryland, Paul Brooks Publishing, p. 289-292.
- BRUN, J.-P. et E. KEDL (2006). «Porter plainte pour harcèlement psychologique au travail: Un récit difficile», *Relations industrielles*, vol. 61, n° 3, p. 381-407.
- BRYCE, J. et al. (2005). «Who estimates of the causes of death in children», *The Lancet*, vol. 365, p. 1147-1152.
- BRZOWSKI, J.-A. et M. GANNON (2004). *La violence familiale au Canada: un portrait statistique*, Ottawa, Statistique Canada.
- BUCHANAN, C.M., J.S. ECCLES et J.B. BECHER (1992). «Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activation effects of hormones on moods and behavior at adolescence», *Psychological Bulletin*, vol. 111, n° 1, p. 62-107.
- BUCK LOUIS, G. GRAY, L. M. MARCUS, S. OJEDA, O. PESCOVITZ, S. WITCHEL et S.Y. EULING (2008). «Environmental factors and puberty timing: Expert panel research needs», *Pediatrics*, 121, p. S192-S207.
- BUCUR, B. et D.J. MADDEN (2010). «Effects of adult age and blood pressure on executive function and speech of processing», *Experimental Aging Research*, vol. 36, n° 2, p. 153-168.
- BUDSON, A.E. et B.H. PRICE (2005). «Memory dysfunction», *New England Journal of Medicine*, vol. 352, p. 692-699.
- BUEHLER, C. (2006). «Parents and peers in relation to early adolescent problem behavior», *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 109-124.
- BUHRMESTER, D. (1990). «Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence», *Child Development*, vol. 61, p. 1101-1111.
- BUHRMESTER, D. (1996). «Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship», dans W.M. BUKOWSKI, A.F. NEWCOMB et W.W. HARTUP (dir.), *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence*, New York, Cambridge University Press, p. 158-185.
- BUHRMESTER, D. et W. FURMAN (1990). «Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence», *Child Development*, vol. 61, p. 138-139.
- BURGESS, A.W. (2006). *Elderly victims of sexual abuse and their offenders*, Washington, DC, U.S. Department of Justice.
- BURGESS, A.W. et S.L. PHILLIPS (2006). «Sexual abuse, trauma and dementia in the elderly: A retrospective study of 284 cases», *Victims and offenders*, 1, p. 193-20.
- BURHANS, K.K. et C.S. DWECK (1995). «Helplessness in early childhood: The role of contingent worth», *Child Development*, vol. 66, p. 1719-1738.
- BURKE, K. (2010). *LD by the Numbers: Estimates of the Prevalence of Learning Disabilities in Canada*, March 19, www.ldexperience.ca
- BURKE, S.N. et C.A. BARNES (2006). «Neural plasticity in the ageing brain», *Nature Review Neuroscience*, vol. 7, p. 30-40.
- BUSHNELL, E.W. et J.P. BOUDREAU (1993). «Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development», *Child Development*, 64, p. 1005-1021.
- BUSHNIK, T., J.L. COOK, A.A. YUZPE et al. (2012). «Estimating the prevalence of infertility in Canada», *Human Reproduction*, 27, p. 738-74.
- BUSSE, E.W. (1987). «Primary and secondary aging», dans G.L. MADDOX (dir.), *The Encyclopedia of Aging*, New York, Springer, p. 534.
- BUSSEY, K. et A. BANDURA (1992). «Self-regulatory mechanisms governing gender development», *Child Development*, vol. 63, p. 1236-1250.
- BUSSEY, K. et A. BANDURA (1999). «Social cognitive theory of gender development and differentiation», *Psychological Review*, vol. 106, p. 676-713.
- BUTLER, R.N. et al. (2004). «Biomarkers of aging: From primitive organisms to humans», *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 59A, p. 560-567.
- BYRNE, M. et al. (2003). «Parental age and risk of schizophrenia: A case-control study», *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, p. 673-678.
- BYRNES, J.P. et N.A. FOX (1998). «The educational relevance of research in cognitive neuroscience», *Educational Psychology Review*, vol. 10, p. 297-342.
- CABRERA, N.J. et al. (2000). «Fatherhood in the twenty-first century», *Child Development*, vol. 71, p. 127-136.
- CAELLI, K., J. DOWNIE et A. LETENDRE (2002). «Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 39, p. 127-136.
- CAIN, W.S., R. REID et J.C. STEVENS (1990). «Missing ingredients: Aging and the discrimination of flavour», *Journal of Nutrition for the Elderly*, vol. 9, p. 3-15.
- CAMARATA, S. et R. WOODCOCK (2006). «Sex differences in processing speed: Developmental effects in males and females», *Intelligence*, vol. 34, n° 3, p. 231-252.
- CAMP, C.J. (1989). «World-knowledge systems», dans L.W. POON, D.C. RUBIN et B.A. WILSON (dir.), *Everyday Cognition in Adulthood and Late Life*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press.
- CAMP, C.J. et L.A. MCKITRICK (1989). «The dialectics of remembering and forgetting across the adult lifespan», dans D. KRAMER et M. BOPP (dir.), *Dialectics and Contextualism in Clinical and Developmental Psychology: Change, Transformation, and the Social Context*, New York, Springer, p. 169-187.
- CAMPAGNE 2000 (2007). Rapport 2007 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada, www.campaign2000.ca
- CAMPBELL, A., L. SHIRLEY et J. CANDY (2004). «A longitudinal study of gender-related cognition and behaviour», *Developmental Science*, 7, p. 1-9.
- CANADA, GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, www.legislation-psy.com
- CANADA, INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (2006). Information sur le projet de recherche: Dr John Abela, www.cih-irsc.gc.ca
- CANADA, MINISTRE DE LA JUSTICE DU CANADA (2009). Violence à l'égard des aînés: Aperçu du ministère de la Justice du Canada, www.justice.gc.ca
- CANADA, RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA (2009). Indicateurs de mieux-être au Canada, Apprentissage-participation aux études universitaires, www4.rhdcc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (1996). Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada, octobre, déclaration conjointe.
- CANADA, SANTÉ CANADA (2004). Avantages et risques liés au traitement hormonal substitutif combiné (œstrogène et progestatif), www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (2004a). Les aidants naturels au Canada, informels ou membres de la famille, qui prennent soin d'une personne atteinte de maladie mentale, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (2007). Syndrome de l'alcoolisme fœtal/Effets de l'alcool sur le fœtus, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (2007a). Aliments et nutrition – L'allaitement maternel, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (2008). Procréation assistée, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SANTÉ CANADA (2009). Nouvelle information concernant l'innocuité du Botox et du Botox Cosmetic, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA (2009). Facteurs de risque et de protection dans les familles et leurs effets sur la délinquance juvénile. Qu'en savons-nous?, www.securite-publique.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2002). La diversification de la vie conjugale au Canada, http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2002a). L'enquête sociale générale de 2002, cycle 16: Vieillesse et soutien social, (n° 89-582 au catalogue).
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2002b). Profile of Canadian Families and Households: Diversification Continues, 2001 Census, Ottawa, Statistique Canada.
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2003). «Tableau 10. Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison, par province et selon le groupe d'âge», Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Statistique Canada.
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2003a). «Le stress au travail chez les prestataires de soins de santé», *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 4
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2004). *Rapports sur la santé*, vol. 1, n° 4.
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2004a). Statistiques canadiennes sur le cancer, Institut National du Cancer du Canada, www.cancer.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005). L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada, Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2004, www.statcan.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005a). La violence conjugale au Canada: un profil statistique 2005, www.statcan.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005b). Mortalité: liste sommaire des causes, www.statcan.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005c). Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031, Ottawa, ministre de l'Industrie, Statistique Canada, n° 91-520-XIF.
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005d). Statistiques démographiques annuelles, Ottawa, Statistique Canada, n° 91-213-XIB.
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2005e). Toujours fille d'honneur: les gens qui ne prévoient pas se marier, www.statcan.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006). Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Apprentissage – Décrochage scolaire, www4.hrsdc.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006a). L'obésité chez les jeunes: une situation alarmante, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, www41.statcan.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006b). Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, www.hc-sc.gc.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006c). Recensement de 2006: Portrait de famille: continuité et changement dans les familles et les ménages du Canada en 2006: Provinces et territoires, www12.statcan.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006d). Quand fiston quittera-t-il la maison? Transition du domicile parental à l'indépendance, Tendances sociales Canadiennes, Ottawa, Statistiques Canada, 82 (n° 11-008 au catalogue).
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006e). Recensement de 2006, www12.statcan.ca
- CANADA, STATISTIQUE CANADA (2006f). Vie familiale – Jeunes adultes vivant avec leur(s) parent(s), www4.hrsdc.gc.ca







- CORREA, A. et al. (2008). «Diabetes mellitus and birth defects», *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 199, n° 237, p. e1-e9.
- COSTELLO, E.J. et al. (2003). «Relationship between poverty and psychopathology: A natural experiment», *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, p. 2023-2029.
- CÔTÉ, M.-P., (2012). *Le suivi de deuil dans La vie... avant, pendant et après, Les soins palliatifs pédiatriques*, Montréal, Éditions du CHU Ste-Justine, p.303-31.
- CÔTÉ, S. et al. (2006). «The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation-wide longitudinal study of Canadian children», *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 34, n° 1, p. 68-82.
- COURAGE, M.L. et A.E. SETLIFF (2009). «Debating the impact of television and video material on very young children: Attention, learning and the developing brain», *Child Development Perspectives*, vol. 3, n° 1, p. 72-78.
- COUPE, S., G. TARDIF et D. PELLETIER (2004). «Les problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire : Quelques pistes pour l'évaluation, la prévention et l'intervention», dans N. ROYER (dir.), *Le monde du préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin.
- CRAIK, F.I.M. et J.M. JENNINGS (1992). «Human memory», dans F.I.M. CRAIK et T.A. SALTHOUSE (dir.), *Handbook of Aging and Cognition*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 51-110.
- CRATTY, B.J. (1986). *Perceptual and Motor Development in Infants and Children* (3<sup>e</sup> éd.), Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- CRICK, N.R., J.F. CASAS et D.A. NELSON (2002). «Toward a more comprehensive understanding of peer maltreatment: Studies of relational victimization», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 11, n° 3, p. 98-101.
- CRICK, N.R. et J.K. GROTPETER (1995). «Relational aggression, gender, and social psychological adjustment», *Child Development*, vol. 66, p. 710-722.
- CRICK, N.R. et K.A. DODGE (1996). «Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression», *Child Development*, vol. 67, p. 993-1002.
- CRISP, J., J.A. UNGERER et J.J. GOODNOW (1996). «The impact of experience on children's understanding of illness», *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 21, p. 57-72.
- CROSS, D. et J. WATSON (2001). «Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief», *Child Development*, vol. 72, n° 3, p. 655-684.
- CROWE, M. et al. (2003). «Does participation in leisure activities lead to reduced risk of Alzheimer's disease? A prospective study of Swedish twins», *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, p. 249-255.
- CUDDY, A.J.C., M.I. NORTON et S.T. FISKE (2005). «This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype», *Journal of Social Issues*, vol. 61, n° 2, p. 267-285.
- CUI, M., R.D. CONGER et F.O. LORENZ (2005). «Predicting change in adolescent adjustment from change in marital problems», *Developmental Psychology*, vol. 41, p. 812-823.
- CUMMING, E. et W. HENRY (1961). *Growing Old*, New York, Basic Books.
- CUMMINGS, J.L. (2004). «Alzheimer's disease», *New England Journal of Medicine*, vol. 351, p. 56-67.
- CURRIE, C. et al. (2004). *Young People's Health in Context*, Genève, World Health Organization.
- CURTIS, B. et A. HUNT (2007). «The fellatio epidemic: Age relations and access to the erotic arts», *Sexualities*, vol. 10, n° 1, p. 5-28.
- CYR, M. (2006). *Perdre notre bébé... Pourquoi? Comment?*, C.S.S.S. Vaudreuil-Soulanges, 35 p.
- CYR, M. et M.E. LAMB (2009). «Assessing the effectiveness of the NICHD investigative interview protocol when interviewing French-speaking alleged victims of child sexual abuse in Quebec», *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, n° 5, p. 257-268.
- CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK, B. (2008). *Autobiographie d'un épouvantail*, Paris, Odile Jacob.
- CYRULNIK, B. et G. JORLAND (2012). *Résilience: connaissances de base*, (collectif), Odile Jacob.
- CZAJA, S.J. (2006). «Employment and the baby boomers: What can we expect in the future?», dans S.K. WHITBOURNE et S.L. WILLIS (dir.), *The Baby Boomers Grow Up: Contemporary Perspectives on Midlife*, Mahwah, New Jersey, Erlbaum, p. 283-298.
- DALGALIAN, G. (2000). *Enfances pluriilingues. Témoignage pour une éducation bilingue et pluriilingue*, Paris, Harmattan.
- DALLAIRE, Y. (2002). *La violence faite aux hommes. Une réalité taboue et complexe*, Montréal, Les Éditions Option Santé.
- DAMANT, D. et al. (1999). «1, 2, 3 GO! Modèle théorique et activités d'une initiative communautaire pour les enfants et parents de six voisinages de la grande région de Montréal», *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 12, p. 133-150.
- DANESI, M. (1994). *Cool: The Signs and Meanings of Adolescence*, Toronto, University of Toronto Press.
- DAOUT-BOISVERT, A. (2012). *Le devoir, Anorexie: progresser par «nanomiettes» vers la guérison*, www.ledevoir.com
- DARLING, N. et L. STEINBERG (1993). «Parenting style as context: An integrative model», *Psychological Bulletin*, vol. 113, p. 487-496.
- DATAR, A. et R. STURM (2004). «Childhood overweight and parent and teacher-reported behavior problems», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 158, p. 804-810.
- DAVIDSON, K.K. et L.L. BIRCH (2001). «Weight status, parent reaction, and self-concept in 5-year-old girls», *Pediatrics*, vol. 107, p. 46-53.
- DAVIDSON, K.K., E.J. SUSMAN et L.L. BIRCH (2003). «Percent body fat at age 5 predicts earlier pubertal development among girls at age 9», *Pediatrics*, vol. 111, p. 815-821.
- DAWGLUS, M.L. et al. (2010). «Preventing Alzheimer's disease and cognitive decline», *NIH Consensus State-of-the-Science Statements*, vol. 27, n° 4, p. 1-30.
- DE CASTRO, B.O. et al. (2002). «Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis», *Child Development*, vol. 73, p. 916-934.
- DE CHEVIGNY, A. et P.M. LLEDO (2006). «La neurogenèse bulbaire et son impact neurologique», *Medicine/Science*, Juin-Juillet 2006, vol. 22, n° 6, www.medecinesciences.org
- DE LA CHICA, R.A. et al. (2005). «Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke», *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, p. 1212-1222.
- DE LA FUENTE-FERNANDEZ, R. (2006). «Impact of neuroprotection on incidence of Alzheimer's disease», www.pubmedcentral.nih.gov
- DE MONTIGNY, JOHANNE (2010). *Consentir à ce qui nous arrive, Vivre jusqu'au bout*, Montréal, Bayard Canada.
- DE VRIES, B. (1996). «The understanding of friendship: An adult life course perspective», dans C. MAGAI et S.H. MCFADDEN (dir.), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging*, San Diego, Academic Press, p. 249-269.
- DEAUDEJUN, C. et M. BRODEUR (2004). «Les médias au préscolaire: Théorie et pratique», dans N. ROYER (dir.), *Le monde du préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin.
- DECASPER, A.J. et al. (1994). «Fetal reactions to recurrent maternal speech», *Infant Behavior and Development*, vol. 17, p. 159-164.
- DECI, E.L. et R.M. RYAN (2000). «The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior», *Psychological Inquiry*, 11, p. 227-268.
- DELOACHE, J. et A. GOTTLIEB (2000). «If Dr Spock were born in Bali: Raising a world of babies», *A World of Babies: Imagined Childcare Guides for Seven Societies*, New York, Cambridge University Press, p. 1-27.
- DELOACHE, J.S. (2006). «Mindful of symbols», *Scientific American Mind*, vol. 17, p. 70-75.
- DELOACHE, J.S. et al. (2010). «Do babies learn from baby media?», *Psychological Science*, vol. 21, n° 11, p. 1570-1574.
- DELOACHE, J.S., S.L. PIERROUTSAKOS et D.H. UTTAL (2003). «The origins of pictorial competence», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 12, p. 114-118.
- DENHAM, S.A. et al. (2003). «Preschool emotional competence: Pathway to social competence?», *Child Development*, vol. 74, p. 238-256.
- DENNISSEN, J.J.A., M.A.G. VAN AKEN et J.S. DUBAS (2009). «It takes two to tango: How parents' and adolescents' personalities link to the quality of their mutual relationship», *Developmental Psychology*, vol. 45, n° 4, p. 928-941.
- DENNERSTEIN, L. (2006). «Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women», *Journal of Sexual Medicine*, vol. 3, p. 212-222.
- DENNIS, T. (2006). «Emotional self-regulation in preschoolers: The interplay of child approach reactivity, parenting, and control capacities», *Developmental Psychology*, vol. 42, p. 84-97.
- DENNISSEN, J.J.A., J.B. ASENDORPF et M.A.G. VAN AKEN (2008). «Childhood personality predicts long-term trajectories of shyness and aggressiveness in the context of demographic transitions in emerging adulthood», *Journal of Personality*, vol. 76, n° 1, p. 67-99.
- DENOLLET, J. (1997). «Personality, emotional distress and coronary heart disease», *European Journal of Personality*, vol. 11, n° 5, p. 343-357.
- DEPOVER, C., T. KARSENTI et V. KOMIS (2007). *Enseigner avec les technologies. Favoriser les apprentissages, développer des compétences*, Québec, Presses de l'Université du Québec. (264 p.).
- DER, G. et I.J. DEARY (2006). «Age and sex differences in reaction time in adulthood: Results from the United Kingdom health and lifestyle study», *Psychology and Aging*, vol. 21, p. 62-73.
- DES AULNIERS, L. (2009). *Le Repos Saint-François-d'Assise, L'aide aux personnes en deuil*, www.rsfa.ca
- DESLANDES, R. (2010). *Les conditions essentielles à la réussite des partenariats école-famille-communauté*, Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, <http://rire.creq.qc.ca>
- DESLANDES, R. et M. JACQUES (2004). «Relations famille-école et l'ajustement du comportement socioéducatif de l'enfant à l'éducation préscolaire», *Éducation et francophonie*, vol. 32, p. 172-200.
- DESROSIERS, H., J.-F. CARDIN et L. BELLEAU (2012). *L'impact de la séparation des parents sur la santé mentale des jeunes enfants*, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) - De la naissance à 10 ans. Institut de la statistique du Québec, vol. 6, fascicule 3.
- DEVAULT, A. (1988). «L'intimité et la révélation de soi», *Science et Comportement*, vol. 18, n° 3, p. 123-140.
- DÉVELOPPEMENT DURABLE, ENVIRONNEMENT, FAUNE et PARCS QUÉBEC (2013). [www.mddep.gouv.qc.ca](http://www.mddep.gouv.qc.ca)
- DEVOE, J.F. et al. (2004). *Indicators of School Crime and Safety: 2004* (NCES 2005-002/NCJ 205290), Washington DC, Departments of Education and Justice.
- DEWEY, J. (1910/1991). *How we think*, Amherst, New York, Prometheus Books.
- DEWING, P. et al. (2003). «Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation», *Molecular Brain Research*, vol. 118, p. 82-90.
- DIAKITÉ, M.L., G.J. BERTHÉ H., A. TIMBELY, M. DIALLO, M. MAIGA, A. DIAKITÉ, M. DIALLO, K. OUATTARA et A. FAURE (2013). «Problématique de la prise en charge des anomalies de la différenciation sexuelle dans le service d'urologie: CHU Point G», *Progrès en urologie*, 23, p. 66-7.
- DIAMOND, L.M. (1998). *Why is Sex Fun? The Evolution of Human Sexuality*, New York, Barnes & Noble.
- DIAMOND, L.M. (2000). «Sexual identity, attractions, and behaviors among young sexual-minority women over a 2-year period», *Developmental Psychology*, vol. 36, n° 2, p. 241-250.
- DIAMOND, L.M. et R.C. SAVIN-WILLIAMS (2003). «The intimate relationships of sexual-minority youths», dans G.R. ADAMS et M.D. BERZONSKY (dir.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, Malden, Massachusetts, Blackwell, p. 393-412.
- DIAMOND, M. et H.K. SIGMUNDSON (1997). «Sex reassignment at birth: Longterm review and clinical implications», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 151, p. 298-304.
- DICARLO, A.L., R. FULDNER, J. KAMINSKI et R. HODES (2009). «Aging in the context of immunological architecture, function and disease outcomes», *Trends in Immunology*, vol. 30, n° 7, p. 293-294.
- DICK, D.M. et al. (2000). «Pubertal timing and substance use: Association between and within families across late adolescence», *Developmental Psychology*, vol. 36, p. 180-189.
- DICKENS, W.T. et J.R. FLYNN (2006). «Black Americans reduce the racial IQ gap: Evidence from standardization samples», *Psychological Science*, vol. 17, n° 10, p. 913-920.
- DIEGO, M.A. et al. (2007). «Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain», *Acta Paediatrica*, vol. 96, p. 1588-1591.

- DIEN, D.S.F. (1982). «A Chinese perspective on Kohlberg's theory of moral development», *Developmental Review*, 2, p. 331-341.
- DIENER, E. (2000). «Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index», *American Psychologist*, vol. 55, p. 34-43.
- DIETERT, R.R. (2005). *Developmental immunotoxicology (DIT): Is DIT testing necessary to ensure safety?*, Proceedings of the 14th Immunotoxicology Summer School (p.246-257), Lyon, France.
- DIFRANZA, J.R., C.A. ALIGNE et M. WEITZMAN (2004). «Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health», *Pediatrics*, vol. 113, p. 1007-1015.
- DIOP, I.S. (2012). «Approche interculturelle de la dépression post-partum», *Dialogue*, 195, p. 127-137.
- DIPIETRO, J.A., K.T. KIVLIGHAN, K.A. COSTIGAN, S.E. RUBIN, D.E. SHIFFLER, J.L. HENDERSON et J.P. PILLION (2010). «Prenatal antecedents of newborn neurological maturation», *Child Development*, vol. 81, n° 1, p. 115-130.
- DIPIETRO, J.A. (2004). «The role of prenatal maternal stress in child development», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 13, n° 2, p. 71-74.
- DIPIETRO, J.H. et al. (2002). «Maternal stress and affect influences fetal neurobehavioral development», *Developmental Psychology*, vol. 38, p. 659-668.
- DISHION, T.J., J. MCCORD et F. POULIN (1999). «When intervention harms», *American Psychologist*, vol. 54, p. 755-764.
- DITTMAR, H., E. HALLIWELL et S. IVE (2006). «Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls», *Developmental Psychology*, vol. 42, p. 283-292.
- DIXON, R.A. et D.F. HULTSCH (1999). «Intelligence and cognitive potential in late life», dans J.C. CAVANAGH et S.K. WHITBOURNE (dir.), *Gerontology: An Interdisciplinary Perspective*, New York, Oxford University Press.
- DOBRIANSKY P. J., R.M. SUZMAN et R.J. HODES (2007). *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*, www.nia.nih.gov
- DODIN, S. (DÉCEMBRE 2009). «L'hormonothérapie, plus d'études, moins de certitudes», *Le médecin du Québec*, vol. 44, n° 12.
- DOKA, K.J. et M.E. MERTZ (1988). «The meaning and significance of great-grandparenthood», *Gerontologist*, vol. 28, n° 2, p. 192-197.
- DOLINOY, D.C. et R.L. JIRTLE (2008). «Environmental epigenomics in human health and disease», *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 49, p. 4-8.
- DORAIS, M. (2000). *Mort ou fif*, Montréal, VLB Éditeur.
- DRAPEAU, S. et al. (2002). «Soutien social», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chap. 7.
- DREWNOWSKI, A. et P. EICHELSDORFER (2009). «The Mediterranean diet: Does it have to cost more?», *Public Health Nutrition*, vol. 12, n° 9A, p. 1621-1628.
- DUBÉ, D. (2006). *Humaniser la vieillesse*, Multi-Mondes, Québec.
- DUBÉ, G. et J. CAMIRAND (2007). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- DUBÉ, M. et D. JULIEN (2000). «Le développement des enfants de parents homosexuels: État des recherches et prospective», dans M. SIMARD et J. ALARY (dir.), *Comprendre la famille - 5<sup>e</sup> symposium québécois, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec*, Presses de l'Université du Québec.
- DUBEAU, D., S. COUTU et E. MOSS (2000). «Comment va le père? Conceptualisation de la complémentarité parentale durant la période d'âge préscolaire de l'enfant», *Revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 4, p. 93-115.
- DUBOIS, J. et al. (2011). «Neurophysiologie clinique: développement cérébral du nourrisson et imagerie par résonnance magnétique», *Neurophysiologie clinique*, vol. 42, n° 1.
- DUCHEK, J.M., D.A. BALOTA, M. STORANDT et R. LARSEN (2007). «The power of personality in discriminating between healthy aging and early-stage Alzheimer's disease», *Journals of Gerontology, Series A*, vol. 62, n° 6, p. 353-361.
- DUCKWORTH, A. et M.E.P. SELIGMAN (2005). «Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents», *Psychological Science*, vol. 26, p. 939-944.
- DUCLOS, G. (2004). *L'estime de soi, un passeport pour la vie* (2<sup>e</sup> éd.), Montréal, Éditions CHU Sainte-Justine.
- DUCLOS, G. (2007). «L'estime de soi, un passeport pour la vie», dans *Le livre d'or des parents*, Montréal, Éditions CHU Sainte-Justine.
- DUCLOS, G. (2010). *L'estime de soi, un passeport pour la vie* (3<sup>e</sup> éd.), Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine Montréal.
- DUFORT, F., É. GUILBERT et L. ST-LAURENT (2000). *La grossesse à l'adolescence et sa prévention. Au-delà de la pensée magique!*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique.
- DUNCAN, G.J. et al. (2007). «School readiness and later achievement», *Developmental Psychology*, vol. 43, n° 6, p. 1428-1446.
- DUNSON, D.B., B. COLOMBO et D.D. BAIRD (2002). «Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle», *Human Reproduction*, vol. 17, n° 5, p. 1399-1403.
- DURANT, R.H. et al. (1999). «The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviours among young adolescents», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, p. 286-291.
- DURKIN, K. et BRADLEY, N. (1998). «Kindergarten children's gender-role expectations for television actors», *Sex Roles: A Journal of Research*, vol. 38, n° 5-6, p. 387-402.
- DURRANT, J.E. (1996). «The Swedish ban on corporal punishment: its history and effects», dans J.E. Durrant (dir.), *Family Violence against Children: A Challenge for Society*, (p. 19-25), New York, Walter de Gruyter & Co.
- DURRANT, J.E., R. ENSOM, et la COALITION SUR LES PUNITIONS CORPORELLES DONNÉES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS (2004). «Déclaration conjointe sur les punitions corporelles données aux enfants et aux adolescents», Coalition sur les punitions corporelles données aux enfants et aux adolescents, www.cheo.on.ca
- EATON, D.K. et al. (2008). «Wouth risk behaviour surveillance-United States, 2007», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, n° SS-4, p. 1-131.
- EATON, L.K., S. KINCHEN, J. ROSS, J. HAWKINS, W.A. HARRIS, R. LOWRY et al. (2005). «Youth risk behavior surveillance-United States, surveillance summaries», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 55, n° SS5, p. 1-108.
- ECCLES, J.S. (2004). «Schools, academic motivation, and stage-environment fit», dans R.M. LERNER et L.D. STEINBERG (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2<sup>e</sup> éd.), Hoboken, New Jersey, Wiley, p. 125-153.
- ECCLES, J.S., A. WIGFIELD et J. BYRNES (2003). «Cognitive development in adolescence», dans I.B. WEINER et al. (dir.), *Handbook of Adolescent Development*, New York, Wiley.
- ÉCO-SANTÉ QUÉBEC (2008). Répartition de la population selon le niveau d'activité physique de loisir, www.ecosante.fr
- EDEN, G.F. et al. (2004). «Neural changes following remediation in adult developmental dyslexia», *Neuron*, vol. 44, p. 411-422.
- EDER, W., M.J. EGE et E. VON MUTIUS (2006). «The asthma epidemic», *New England Journal of Medicine*, vol. 355, p. 2226-2235.
- EHOUNOUX, N.Z., M.-V. ZUNZUNEGUI, L. SEGUIN, B. NIKIEMA et L. GAUVIN (2009). «Duration of lack of money for basic needs and growth delay in the Quebec Longitudinal Study of Child Development birth cohort», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, p. 45-4.
- EIBERG, H. (1995). «Nocturnal enuresis is linked to a specific gene», *Scandinavian Journal of Urology*, vol. 173, n° 15-6, discussion 17.
- EISENBERG, A.R. (1996). «The conflict talk of mothers and children: Patterns related to culture, SES, and gender of child», *Merrill-Palmer Quarterly*, vol. 42, p. 438-452.
- EISENBERG, N. (2000). «Emotion, regulation, and moral development», *Annual Review of Psychology*, vol. 51, p. 665-697.
- EISENBERG, N. et A.D. MORRIS (2004). «Moral cognitions and prosocial responding in adolescence», dans R.M. LERNER et L. STEINBERG (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2<sup>e</sup> éd.), Hoboken, New Jersey, Wiley, p. 155-188.
- EISENBERG, N. et al. (1994). «The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions», *Child Development*, vol. 65, p. 109-128.
- EISENBERG, N. et al. (2004). «The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment», *Child Development*, vol. 75, p. 25-46.
- EISENBERG, N. et R.A. FABES (1998). «Prosocial development», dans W. DAMON et N. EISENBERG (dir.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3, Social, Emotional, and Personality Development (5<sup>e</sup> éd.), New York, Wiley, p. 701-778.
- ELICKER, J., M. ENGLUND et L.A. SROUFE (1992). «Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships», dans R. PARKE et G. LADD (dir.), *Family Peer Relationships: Modes of Linkage*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 77-106.
- ELKIND, D. (1984). *All Grown-Up and No Place to Go: Teenagers in Crisis*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley.
- ELKIND, D. (1987). *Miseducation*, New York, Knopf.
- ELKIND, D. (1997). *Reinventing Childhood: Raising and Educating Children in a Changing World*, Rosemont, New Jersey, Modern Learning Press.
- ELKIND, D. (1998). *Teenagers in Crisis: All Grown Up and No Place to Go*, Massachusetts, Perseus Books Group.
- ELLIOTT, D.S. (1993). «Health enhancing and health compromising lifestyles», dans S.G. MILLSTEIN, A.C. PETERSEN et E.O. NIGHTINGALE (dir.), *Promoting the Health of Adolescents, New Directions for the Twenty-First Century*, New York, Oxford University Press, p. 119-145.
- ELLIS, B.J. et al. (2003). «Does father-absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy?», *Child Development*, vol. 74, p. 801-821.
- ELLISON, N.B., C. STEINFELD et C. LAMPE (2007). «The benefits of Facebook friends: Social capital and college students' use of online social network sites», *Journal of Computer-Mediated Communication*, vol. 12, n° 4, p. 1143-1168.
- EMBER, C.R. et M. EMBER (2005). «Explaining corporal punishment of children: A cross-cultural study», *American Anthropologist*, 107, p. 609-619.
- EMDE, R.N. (1992). «Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and René Spitz to developmental psychology», *Developmental Psychology*, vol. 28, p. 347-359.
- EMERY, T.J., L. HEAVEN, J.L. PAXTON et T.S. BRAVER (2008). «Age-related changes in neural activity during performance matched working memory manipulation», *NeuroImage*, vol. 42, n° 4, p. 1577-1586.
- ENGLAND, D.E., L. DESCARTES et M.A. COLLIER-MEEK (2011). «Gender Role Portrayal and the Disney Princesses», *Sex Roles: A Journal of Research*, 64, p. 555-567.
- EPSTEIN, R.A. (1989, Spring). *Voluntary Euthanasia*, Law School Record, University of Chicago, p. 8-13.
- ERIKSON, E. (1972). *Adolescence et crise: La quête de l'identité*, Paris, Flammarion.
- ERIKSON, E.H. (1950, 1982). *The Life Cycle Completed*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H. (1963). *Childhood and Society*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H. (1973). «The wider identity», dans K. ERIKSON (dir.), *In Search of Common Ground: Conversations with Erik H. Erikson and Huey P. Newton*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H. (1985). *The Life Cycle Completed*, New York, Norton.
- ERIKSON, E.H., J.M. ERIKSON et H.Q. KIVNIK (1986). *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*, New York, Norton.
- eSANTÉ MENTALE.CA (2012). *La façon d'aider les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes d'anxiété sociale: Feuille de renseignements à l'intention des parents et des aidants*, www.esantementale.ca
- ESPOSITO, K. et al. (2004). «Effects of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: A randomized trial», *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, p.1440-1446.
- EVANS, G.W. (2004). «The environment of childhood poverty», *American Psychologist*, vol. 59, p. 77-92.
- EVANS, R.I. (1967). *Dialogue with Erik Erikson*, New York, Harper & Row.
- EVERT, J. et al. (2003). «Morbidity profiles of centenarians: Survivors, delayers, and escapers», *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, p. 232-237.
- FABES, R.A. et N. EISENBERG (1996). *An Examination of Age and Sex Differences in Prosocial Behavior and Empathy*, Données



- GALLAGHER, W. (1993). «Midlife myths», *Atlantic Monthly*, p. 51-68.
- GALOBARDES, B., G.D. SMITH et J.W. LYNCH (2006). «Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood», *Annals of Epidemiology*, 16, p. 91-104.
- GALOTTI, K.M., L.K. KOMATSU et S. VOELZ (1997). «Children's differential performance on deductive and inductive syllogisms», *Development Psychology*, vol. 33, p. 70-78.
- GALVAN, A. (2010). «Adolescent development of the reward system», *Frontiers in human neuroscience*, vol. 4, n° 6, p. 1-9.
- GANNON, P.J. et al. (1998). «Asymmetry of chimpanzee planum temporale: Human-like pattern of wernicke's brain language homolog», *Science*, vol. 279, p. 22-222.
- GARAKANI, A., S.J. MATHEW et D.S. CARNEY (2006). «Neurobiology of anxiety disorders and implications for treatment», *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73, p. 941-949.
- GARDINER, H.W. et C. KOSMITSKI (2005). *Lives Across Culture: Cross-Cultural Human Development*, Boston, Allyn & Bacon.
- GARDNER, H. (1993). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*, New York, Basic Books.
- GARDNER, H. (1999). *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21<sup>st</sup> Century*, New York, Basic Books.
- GARDNER, M. et L. STEINBERG (2005). «Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study», *Developmental Psychology*, 41, p. 625-635.
- GARLICK, D. (2003). «Integrating brain science research with intelligence research», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 12, p. 185-192.
- GARNER, P.W. et T.G. POWER (1996). «Preschoolers' emotional control in the disappointment paradigm and its relation to temperament, emotional knowledge, and family expressiveness», *Child Development*, 67, p. 1406-1419.
- GATES, G. et J.H. MILLS (2005). «Presbycusis», *The Lancet*, vol. 366, p. 1111-1120.
- GATEWOOD, J.D., A. WILLS, S. SHETY, J. XU, A.P. ARNOLD, P.S. BURGOYNE et E.F. RISSMAN (2006). «Sex chromosome complement and gonadal sex influence aggressive and parental behaviors in mice», *Journal of Neurosciences*, 26, p. 2335-2342.
- GATTIS, K.S. et al. (2004). «Birds of a feather of strange birds? ties among personality dimensions, similarity, and marital quality», *Journal of Family Psychology*, vol. 18, n° 4, p. 564-574.
- GATZ, M. (2007). «Genetics, dementia, and the elderly», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 16, p. 123-127.
- GATZ, M. et al. (2006). «Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease», *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, p. 168-174.
- GAUVAIN, M. et R.L. MUNROE (2009). «Contributions of societal modernity to cognitive development: A comparison of four cultures», *Child Development*, vol. 80, n° 6, p. 1628-1642.
- GAUVAIN, M. et S.M. PEREZ (2005). «Parent-child participation in planning children's activities outside of school in European American and Latino families», *Child Development*, vol. 76, p. 371-383.
- GE, X. et al. (2002). «Contextual amplification of pubertal transitional effect on African American children's problem behaviours», *Developmental Psychology*, vol. 38.
- GELMAN, R., E.S. SPELKE et E. MECK (1983). «What preschoolers know about animate and inanimate objects», dans D.R. ROGERS et J.S. SLOBODA (dir.), *The Acquisition of Symbolic Skills*, New York, Plenum Press, p. 297-326.
- GENDRON, C. et M. CARRIER (1997). *La mort, condition de vie*, Sainte-Foy, Presse de l'Université du Québec, p. 123-124.
- GEORGE, T.P. et D.P. HARTMANN (1996). «Friendship networks of unpopular, average, and popular children», *Child Development*, vol. 67, p. 2301-2316.
- GERARDIN, P. (2012). «Spécificité et enjeu de la dépression de la grossesse», *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, p. 138-146.
- GERMAIN, B. et P. LANGIS (2003). *La sexualité. Regards actuels*, Laval, Groupe Beauchemin.
- GERSHOFF, E.T. (2002). «Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review», *Psychological Bulletin*, 128, p. 539-579.
- GILL, T.M. et al. (2004). «Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons», *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, p. 2115-2124.
- GILLIGAN, C. (1982, 1993). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- GILLIGAN, C. (1987a). «Adolescent development reconsidered», dans E.E. IRWIN (dir.), *Adolescent Social Behavior and Health*, San Francisco, Jossey-Bass.
- GILLIGAN, C. (1987b). «Moral orientation and moral development», dans E.F. KITTAY et D.T. MEYERS (dir.), *Women and Moral Theory*, Totowa, New Jersey, Rowman & Littlefield, p. 19-33.
- GILLIGAN, C., J.M. MURPHY et M.B. TAPPAN, (1990). «Moral development beyond adolescence», dans C.N. ALEXANDER et E.J. LANGER (dir.), *Higher Stages of Human Development*, New York, Oxford University Press, p. 208-228.
- GILMORE, J. et al. (2007). «Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain», *Journal of Neuroscience*, vol. 27, n° 6, p. 1255-1260.
- GINSBURG, G.S. et P. BRONSTEIN (1993). «Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance», *Child Development*, vol. 64, p. 1461-1474.
- GINSBURG, H. et S. OPPER (1979). *Piaget's Theory of Intellectual Development (2<sup>e</sup> éd.)*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- GINSBURG, K. et al. (2007). «The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds», *Pediatrics*, vol. 119, p. 182-191.
- GIRARD, C. et F.F. PAYEUR (2009). «Population, ménages et familles», dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Données sociales du Québec*, Québec.
- GLASSON, E.J. et al. (2004). «Perinatal factors and the development of autism: A population study», *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, p. 618-627.
- GLAUCOMA RESEARCH FOUNDATION. (2010). *Four key facts about glaucoma*, www.glaucoma.org
- GLEASON, T.R., A.M. SEBANC et W.W. HARTUP (2000). «Imaginary companions of preschool children», *Developmental Psychology*, vol. 36, p. 419-428.
- GODBOU, R., C. HUYNH et E. MARTELLO (2010). «Le sommeil et les adolescents», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 31, n° 2, p. 133-148.
- GOETZ, P. J. (2003). «The effects of bilingualism on theory of mind development», *Bilingualism: Language and Cognition*, vol. 6, p. 1-15.
- GOLDBERG A.E. (2010). «Studying complex families in context», *Journal of Marriage and Family*, 72, p. 29-34.
- GOLDBERG, S. (2000). *Attachment and Development*, Londres, Arnold.
- GOLDBERG, W.A. et al. (2008). «Maternal employment and children's achievement in context: A meta-analysis of four decades of research», *Psychological Bulletin*, vol. 134, p. 77-108.
- GOLDBERG, W.A., E. GREENBERGER et S.K. NAGEL (1996). «Employment and achievement: Mothers' work involvement in relation to children's achievement behaviors and mothers' parenting behaviors», *Child Development*, vol. 67, p. 1512-1527.
- GOLDIN-MEADOW, S. (2007). «Pointing sets the stage for learning language—And creating language», *Child Development*, vol. 78, n° 3, p. 741-745.
- GOLEMAN, D. (1995). *Emotional Intelligence*, New York, Bantam Books.
- GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York, Bantam Books.
- GOLEMAN, D. (2001). «An EI-based theory of performance», dans C. CHERNISS et D. GOLEMAN (dir.), *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*, San Francisco, Californie, Jossey-Bass.
- GOLINKOFF, R.M. et al. (1996). «Lexical principles may underlie the learning of verbs», *Child Development*, vol. 67, p. 3101-3119.
- GOLOMBOK, S., J. RUST, K. ZERVOULIS, T. CROUDACE, J. GOLDING et M. HINES (2008). «Developmental trajectories of sex-typed behaviors in boys and girls: A longitudinal general population study of children aged 2.5-8 years», *Child Development*, 79, p. 1583-1593.
- GOLSE, B. (2001). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson.
- GOODWYN, S.W. et L.P. ACREDOLO (1998). «Encouraging Symbolic gestures: A new perspective on the relationship between gesture and speech», dans J.M. IVERSON et S. GOLDIN-MEADOW (dir.), *The Nature and Functions of Gesture in Children's Communication*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 61-73.
- GOODWYN, W.S., L.P. ACREDOLO, C.A. BROWN (2000). «Impact of Symbolic Gesturing on Early Language Development», *Journal of Nonverbal Behavior*, 24, p. 81-103.
- GOPNIK, A. et al. (2001). «Causal learning mechanisms in very young children - two-, three-, and four-year-olds infer causal relations from patterns of variation and covariation», *Developmental Psychology*, vol. 37, n° 5, p. 620-629.
- GORCHOFF, S.M., O.P. JOHN et R. HELSON (2008). «Contextualizing change in marital satisfaction during middle age», *Psychological Science*, vol. 19, n° 11, p. 1194-1200.
- GOTTLIEB, G. (2007). «Probabilistic epigenesis», *Developmental Science*, 10, p. 1-11.
- GOUBET, N. et R.K. CLIFTON (1998). «Object and event representation in 6 ½-month-old-infants», *Developmental Psychology*, vol. 34, p. 63-76.
- GOULET, D. et al. (2005). *Une façon différente de faire une différence, Bilan fondé sur dix ans d'expérience d'une approche de mobilisation des communautés autour des tout-petits et de leurs parents*, www.centre123go.ca
- GOVERNEMENT DU CANADA (2013). *Travail-Taux d'emploi, Indicateurs de mieux-être au Canada*, www4.rhdc.gc.ca
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2009). *Santé des jeunes du secondaire, Proportion des élèves ayant eu au moins une fréquentation amoureuse à vie ou au cours des 12 derniers mois*, www.bdso.gouv.qc.ca
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). *Commission des normes du travail: une ressource essentielle, Comprendre et prévenir le harcèlement psychologique au travail*, www.cnt.gouv.qc.ca
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). *La cour du Québec: La chambre de la jeunesse*, www.justice.gouv.qc.ca
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2011). *Un portrait statistique de la famille au Québec*, 227 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2013). *Âge de la responsabilité criminelle ou pénale*, www4.gouv.qc.ca
- GRANT, N., M. HAMER et A. STEPTOE (2009). «Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses», *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 37, n° 1, p. 29-37.
- GRAY, J.R. et P.M. THOMPSON (2004). «Neurobiology of intelligence: Science and ethics», *Neuroscience*, vol. 5, p. 471-492.
- GRAY, M.R. et L. STEINBERG (1999). «Un-packing authoritative parenting: Reassessing a multi-dimensional construct», *Journal of Marriage and Family*, vol. 61, p. 574-587.
- GREEN, C.R., R.C. TAIT et R.M. GALLAGHER (2005). «The unequal burden of pain: Disparities and differences», *Pain Medicine*, vol. 8, p. 1-2.
- GREENFIELD, E.A. et N.F. MARKS (2006). «Linked lives: Adult children's problems and their parents' psychological and relational well-being», *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 442-454.
- GREENFIELD, P. (2009). «Linking social change and developmental change: Shifting pathways of human development», *Developmental Psychology*, vol. 45, n° 2, p. 401-418.
- GREGG, E.W. et al. (2003). «Relationship of changes in physical activity and mortality among older women», *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, p. 2379-2386.
- GREGG, E.W. et al. (2005). «Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in U.S. adults», *Journal of the American Medical Association*, 293, p. 1868-1874.
- GRÉGOIRE, P. et T. KARSENTI (2013). «Le processus de révision et l'écriture technologique: description des utilisations du traitement de texte par des élèves du secondaire au Québec», *ALSIC*, vol. 16, n° 3, p. 5-24.
- GREVEN, P. (1991). *Spare the child*, New-York, Knopf.
- GROLNICK, W.S., E.L. DECI et R.M. RYAN (1997). «Internalization within the family: The self-determination theory perspective», dans J.E. Grusec et L. Kuczynski (dir.), *Parenting and*

- children's internalization of values : A handbook of contemporary theory, (p. 135-161), New York, Wiley.
- GROLNICK, W.S. et R.M. RYAN (1989). « Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school », *Journal of Educational Psychology*, 81, p. 143-154.
- GROSJEAN, F. (2010). *Bilingual : Life and Reality*, Boston, Harvard University Press.
- GROV, C, D.S. BIMBI, J.E. NANIN et J.T. PARSONS (2006). « Race, ethnicity, gender and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian and bisexual individuals », *Journal of Sex Research*, vol. 43, n° 2, p. 115-121.
- GROVER, S.A. et al. (2006). « The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting : importance of risk factors for diabetes and vascular disease », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 2, p. 21.
- GRUENEWALD, T.L. et al. (2007). « Feelings of usefulness to others, disability, and mortality in older adults : The MacArthur study of successful aging », *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 62B, p. 28-37.
- GRUSEC, J.E. et J.J. GOODNOW (1994). « Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values : A reconceptualization of current points of view », *Developmental Psychology*, vol. 30, p. 4-19.
- GRUSEC, J.E., J.J. GOODNOW et L. KUCZYNSKI (2000). « New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values », *Child Development*, vol. 71, p. 205-211.
- GUBERMAN, S.R. (1996). « The development of everyday mathematics in Brazilian children with limited formal education », *Child Development*, vol. 67, p. 1609-1623.
- GUERINO, P. et al. (2006). *Crime, Violence, Discipline, and Safety in U.S. Public Schools : Findings from the School Survey on Crime and Safety : 2003-2004* (NCES 2007-303), Washington DC, National Center for Education Statistics.
- GUERTIN, M. (2007). *An Examination of the Effect of a Comprehensive School Health Model on Academic Achievement - The Effect of Living School on EQAO Test Scores*, Toronto, Ontario, University of Toronto.
- GUILLETTE, E.A. et al. (1998). « An anthropological approach to the evaluation of preschool children exposed to pesticides in Mexico », *Environmental Health Perspectives*, vol. 106, p. 347-353.
- GULLONE, E. (2000). « The development of normal fear : A century of research », *Clinical Psychology Review*, vol. 20, p. 429-451.
- GÜNGÖR D, BORNSTEIN M.H. (2009). « Gender, development, values, adaptation, and discrimination in acculturating adolescents », *Sex Roles : A Journal of Research*, vol. 60, n° 7, p. 537-548.
- GUNNAR, M.R. et al. (1992). « The stressfulness of separation among 9-month-old infants : Effects of social context variables and infant temperament », *Child Development*, vol. 63, p. 290-303.
- GUO, G, M. ROETTGER et T. CAI (2008). « The integration of genetic propensities into social-control models of delinquency and violence among male youths », *American Sociological Review*, vol. 73, p. 543-568.
- GURALNIK, J.M., S. BUTTERWORTH, M.E.J. WADSWORTH et K. KUH (2006). « Childhood socioeconomic status predicts physical functioning a half century later », *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 61A, p. 694-701.
- GUTMAN, L.M. et J.S. ECCLES (2007). « Stage-environment fit during adolescence : Trajectories of family relations and adolescent outcomes », *Developmental Psychology*, vol. 43, p. 522-537.
- HAAS, S.M. et L. STAFFORD (1998). « An initial examination of maintenance behaviors in gay and lesbian relationships », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 15, p. 846-855.
- HABERSAAT, S, R. TESSIER, S. LAROSE, L. NADEAU, G. TARABULSY, E. MOSS, B. PIERREHUBERT (2010). « Adoption, adolescence et difficultés de comportement : quels facteurs de risque ? », *Annales médico-Psychologiques*, vol. 168, p.343-349.
- HAGAN, J.F. et COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, AND THE TASK FORCE ON TERRORISM (2005). « Psychosocial implications of disaster or terrorism on children : A guide for pediatricians », *Pediatrics*, vol. 116, p. 787-796.
- HALL, S. (1904). *Adolescence*, New York, Appleton.
- HALL, S. (1922). *Senescence : The Last Half of Life*, New York, Appleton.
- HALLFORS, D.D. et al. (2005). « Which comes first in adolescence-sex and drugs or depression ? », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 29, p. 1163-1170.
- HALPERN, D.F. et al. (2007). « The science of sex differences in science and mathematics », *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 8, p. 1-51.
- HAMBERGER, K.H. (2009). « Risk factors for intimate partner violence perpetration : Typologies and characteristics of batterers », dans C. Michell et Anglin, D. (dir.), *Intimate partner violence : A health-based perspective*, (p. 133-145) Oxford, Oxford University Press.
- HAMILTON, C.E. (2000). « Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence », *Child Development*, vol. 71, p. 690-694.
- HAMILTON, M.C, D. ANDERSON, M. BROADDUS et K. YOUNG (2006). « Gender stereotyping and underrepresentation of female characters in 200 popular children's picture books : A 21st century update », *Sex Roles : A Journal of Research*, 55, p. 757-765.
- HAMILTON, S.F. et M.A. HAMILTON (2006). « School, work, and emerging adulthood », dans J.J. ARNETT et J.L. TANNER (dir.), *Emerging Adults in America : Coming of Age in the 21st Century*, Washington DC, American Psychological Association, p. 257-277.
- HAMKIN, B.L., R. MERMELSTEIN et L. ROESCH (2007). « Sex differences in adolescent depression : Exposure and reactivity models », *Child Development*, vol. 78, p. 279-295.
- HAMLIN, J.K, K. WYNN et P. BLOOM (2007). « Social evaluation by preverbal infants », *Nature*, 450, p. 557-559.
- HAMM, J.V. (2000). « Do birds of a feather flock together? the variable bases for African American, Asian American, and European American adolescents' selection of similar friends », *Developmental Psychology*, vol. 36, n° 2, p. 209-219.
- HAMMAD, T.A., T. LAUGHREN et J. RACOOSIN (2006). « Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs », *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, p. 332-339.
- HAMOSH, M. (1996). « Digestion in the newborn », *Clinics in Perinatology : Neonatal Gastroenterology*, vol. 23, n° 2, p. 191-20.
- HAMPDEN-THOMPSON, G. et J.S. JOHNSTON (2006). *Variation in the Relationship between Nonschool Factors and Student Achievement on International Assessments*, NCES 2006-014, Washington DC, U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- HANSEN, M. et al. (2005). « The impact of school daily schedule on adolescent sleep », *Pediatrics*, vol. 115, p. 1555-1561.
- HARENSKI, C.L, O. ANTONENKO, M.S. SHANE et K.A. KEIHL (2008). « Gender differences in neural mechanisms underlying moral sensitivity », *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, p. 313-321.
- HARLAAR, N., P.S. DALE et R. PLOMIN (2007). « From learning to read to reading to learn : Substantial and stable genetic influences », *Child Development*, vol. 78, p. 116-131.
- HARLOW, H.F. et M.K. HARLOW (1962). « The effect of rearing conditions on behaviour », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 26, p. 213-224.
- HARMAN, S.M. et M.R. BLACKMAN (2004). « Use of growth hormone for prevention of effects of aging », *Journal of Gerontology : Biological Sciences*, 59A, p. 652-658.
- HARRIS, G. (1997). « Development of taste perception and appetite regulation », dans G. BREMNER, A. SLATER et G. BUTTERWORTH (dir.), *Infant Development : Recent Advances*, East Sussex, Royaume-Uni, Psychology Press, p. 9-30.
- HARRIS, G. (2005). « Gene therapy is facing a crucial hearing », *New York Times*, 3 mars, www.nytimes.com
- HARRIS, P.L. et al. (1991). « Monsters, ghosts, and witches : Testing the limits of the fantasy-reality distinction in young children », dans G.E. BUTTERWORTH et al. (dir.), *Perspectives on the Child's Theory of Mind*, Oxford, Oxford University Press.
- HART, C.H. et al. (1992). « Maternal and paternal disciplinary styles : Relations with preschoolers' playground behavioral orientation and peer status », *Child Development*, vol. 63, p. 879-892.
- HART, C.H., G.W. LADD et B.R. BURLESON (1990). « Children's expectations of the outcome of social strategies : Relations with sociometric status and maternal disciplinary style », *Child Development*, vol. 61, p. 127-137.
- HARTER, S. (1985). « Competence as a dimension of self-worth », dans R. LEAHY (dir.), *The Development of the Self*, New York, Academic Press.
- HARTER, S. (1990). « Causes, correlates, and the functional role of global self-worth : A life-span perspective », dans J. Kolligan et R. Stemberg (dir.), *Competence considered : Perceptions of competence and incompetence across the life-span*, (p. 67-97), New Haven, CT, Yale University Press.
- HARTER, S. (1993). « Developmental changes in self-understanding across the 5 to 7 shift », dans A. Sameroff et M. Haith (dir.), *Reason and responsibility : The passage through childhood*, (p. 207-236), Chicago, University of Chicago Press.
- HARTER, S. (1996). « Developmental changes in self-understanding across the 5 to 7 shift », dans A.J. SAMEROFF et M.M. HAITH (dir.), *The Five to Seven Year Shift : The Age of Reason and Responsibility*, Chicago, University of Chicago Press, p. 207-235.
- HARTER, S. (1998). « The development of self-representations », dans W. DAMON et N. EISENBERG, Social, Emotional, and Personality Development », *Handbook of Child Psychology*, 3 New York, Wiley, p. 553-617.
- HARTLAGE, S.A. et al. (2012). « Criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder », *Archives of General Psychiatry*, vol. 69, n° 3, p. 300-305.
- HARTUP, W.W. (1992). « Peer relations in early and middle childhood », dans V.B. VAN HASSELT et M. HERSEN (dir.), *Handbook of Social Development : A Lifespan Perspective*, New York, Plenum Press, p. 257-281.
- HARTUP, W.W. et N. STEVENS (1999). « Friendships and adaptation across the life span », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 8, p. 76-79.
- HARVARD MEDICAL SCHOOL (2003). « Alzheimer's disease : A progress report », *Harvard Mental Health Letter*, vol. 20, n° 5, p. 1-4.
- HARVARD MEDICAL SCHOOL (2003). « Confronting suicide - part 1 », *Harvard Mental Health Letter*, vol. 19, n° 11, p. 1-4.
- HARVARD MEDICAL SCHOOL (2004). « Children's fears and anxieties », *Harvard Mental Health Letter*, vol. 21, n° 6, p. 1-3.
- HARWOOD, K., N. McLEAN et K. DURKIN (2007). « First-time mothers' expectations of parenthood : What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences ? », *Developmental Psychology*, vol. 43, n° 1, p. 1-12.
- HASKUKA, M, D. SUNAR et I.E. ALP (2008). « War exposure, attachment and moral reasoning », *Journal of Cross Cultural Psychology*, vol. 39, n° 4, p. 381-401.
- HASWELL, K., E. HOCK et C. WENAR (1981). « Oppositional behavior of preschool children : Theory and prevention », *Family Relations*, vol. 30, p. 440-446.
- HAUCK, F.R, J. THOMPSON, K.O. TANABE, R.Y. MOON, M.M. VENNEMANN (2011). « Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome : A meta-analysis », *Pediatrics*, vol. 128, n° 1, p. 103-110.
- HAWKLEY, L.C, R.A. THISTED, C.M. MASI et J.T. CACIOPPO (2010). « Loneliness predicts increased blood pressure : 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults », *Psychology and Aging*, vol. 25, n° 1, p. 132-141.
- HAY, D.F, S. PAWLBY, C.S. WATERS, O. PERRA et D. SHARP (2010). « Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes », *Child Development*, vol. 81, n° 1, p. 149-165.
- HAYFLICK, L. (1974). « The strategy of senescence », *Gerontologist*, vol. 14, n° 1, p. 37-45.
- HAYFLICK, L. (1981). « Intracellular determinants of aging », *Mechanisms of Aging and Development*, vol. 28 p. 177.
- HAYFLICK, L. (1994). *How and Why We Age*, New York, Ballantine.
- HAYFLICK, L. (2004). « "Anti-Aging" is an Oxymoron », *Journal of Gerontology : Biological Sciences*, 59A, 573-578.
- HECKHAUSEN, J. (2001). « Adaptation and resilience in midlife », dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 345-394.
- HEDLEY, A. et al. (2004). « Prevalence of overweight and obesity among U.S. children, adolescents, and adults, 1999-2002 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, p. 2847-2850.
- HELMS, H.M., A.C. CROUTER et S.M. McHALE (2003). « Marital quality and spouses' marriage work with close friends and each other », *Journal of Marriage and Family*, vol. 65, n° 4, p. 963-977.
- HELWIG, C.C. et U. JASIOBEDZKA (2001). « The relation between law and morality : Children's reasoning about socially beneficial and unjust laws », *Child Development*, 72.
- HENSLEY, P.L. (2006). « Treatment of bereavement-related depression and





- KIM, J.E. et P. MOEN (2002). « Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, p. 212-222.
- KIM, Y.S., Y.-J. KOH et B. LEVENTHAL (2005). « School bullying and suicidal risk in Korean middle school students », *Pediatrics*, vol. 115, p. 357-363.
- KIM-COHEN, J. et al. (2004). « Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation », *Child Development*, vol. 75, p. 651-668.
- KING, B.M. (1996). *Human Sexuality Today*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- KING, K.M., B.T. MEEHAN, R.S. TRIM et L. CHASSIN (2006). « Market or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment », *Addiction*, 10, p. 1730-1740.
- KING, V. (2006). « The antecedents and consequences of adolescents' relationships with stepfathers and nonresident fathers », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 910-928.
- KING, V. et J.M. SOBOLEWSKI (2006). « Nonresident fathers' contributions to adolescent well-being », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 537-557.
- KINO-QUÉBEC (2002). *L'activité physique comme déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, www.kino-quebec.qc.ca
- KINSELLA, K. et W. HE (2009). *An aging world: 2008*, International Population Reports (P95/09-1), Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- KINSELLA, K. et P. PHILLIPS (2005). « Global aging: The challenges of success », *Population Bulletin*, 1 Washington DC, Population Reference Bureau.
- KIRBY, D. et B. LARIS (2009). « Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents », *Child Development Perspectives*, 3, p. 21-29.
- KIRKORIAN, H.L., T.A. PEMPEK, L.A. MURPHY, M.E. SCHMIDT et D.R. ANDERSON (2009). « The impact of background television on parent-child interaction », *Child Development*, vol. 80, n° 5, p. 1350-1359.
- KISILEVSKY, B.S. et al. (2003). « Effects of experience on fetal voice recognition », *Psychological Science*, vol. 14, p. 220-224.
- KJOS, S.L. et T.A. BUCHANAN (1999). « Gestational diabetes mellitus », *New England Journal of Medicine*, 341.
- KLAR, A.J.S. (1996). « A single locus, RGHT, specifies preference for hand utilization in humans », *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*, 61 Cold Spring Harbor, New York, Cold Spring Harbor Laboratory Press, p. 59-65.
- KLEIN, J.D. et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) COMMITTEE ON ADOLESCENCE (2005). « Adolescent pregnancy: Current trends and issues », *Pediatrics*, vol. 116, p. 281-286.
- KLJNE, D.W. et C.T. SCIALFA (1996). « Visual and auditory aging », dans J.E. BIRREN et K.W. SCHAIÉ (dir.), *Handbook of the Psychology of Aging*, San Diego, Academic Press, p. 191-208.
- KNAFO, A. et R. PLOMIN (2006). « Parental discipline and affection and children's prosocial behavior: Genetic and environmental links », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 90, p. 147-164.
- KNICKMEYER, R. et al. (2005). « Fetal testosterone, social relationships, and restricted interests in children », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, p. 198-210.
- KNOESTER, C., D.L. HAYNIE et C.M. STEPHENS (2006). « Parenting practices and adolescents' friendship networks », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 1247-1260.
- KOCHANSKA, G. (1997). « Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization », *Child Development*, vol. 68, p. 94-112.
- KOCHANSKA, G. (2001). « Emotional development in children with different attachment histories: The first three years », *Child Development*, vol. 72, p. 474-490.
- KOCHANSKA, G. et al. (2004). « Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 86, n° 5, p. 744-759.
- KOCHANSKA, G. et N. AKSAN (1995). « Mother-child positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization », *Child Development*, vol. 66, p. 236-254.
- KOCHANSKA, G., K.C. COY et K.T. MURRAY (2001). « The development of self-regulation in the first four years of life », *Child Development*, 72, p. 1091-1111.
- KOCHANSKA, G., T.L. TJBKES et D.R. FORMAN (1998). « Children's emerging regulation of conduct: Restraint, compliance, and internalization from infancy to the second year », *Child Development*, vol. 69, n° 5, p. 1378-1389.
- KOHLBERG, L. (1966). « A cognitive-developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes », dans E.E. MACCOBY (dir.), *The Development of Sex Differences*, Stanford, Californie, Stanford University Press.
- KOHLBERG, L. (1969). « Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization », dans D.A. GOSLIN (dir.), *Handbook of Socialization Theory and Research*, Chicago, Rand McNally.
- KOHLBERG, L. (1973). « Continuities in childhood and adult moral development revisited », dans P. BALTES et K.W. SCHAIÉ (dir.), *Life-Span Developmental Psychology: Personality and Socialization*, New York, Academic Press, p. 180-207.
- KOHLBERG, L. (1981). *Essays on Moral Development*, San Francisco, Harper & Row.
- KOHLBERG, L. et C. GILLIGAN (1971). « The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in a postconventional world », *Daedalus*, p. 1051-1086.
- KOHLBERG, L. et R.A. RYNARZ (1990). « Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage », dans C.N. ALEXANDER et E.J. LANGER (dir.), *Higher Stages of Human Development*, New York, Oxford University Press, p. 191-207.
- KOHN, M.L. (1980). « Job complexity and adult personality », dans N.J. SMELSER et E.H. ERIKSON (dir.), *Themes of Work and Love in Adulthood*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- KOHN, M.L. et C. SCHOOLER (1983). « The cross-national universality of the interpretive model », dans M.L. KOHN et C. SCHOOLER (dir.), *Work and Personality: An Inquiry into the Impact of Social Stratification*, Norwood, New Jersey, Ablex, p. 281-295.
- KOPP, C.B. (1982). « Antecedents of self-regulation », *Development Psychology*, vol. 18, p. 199-214.
- KOREN, G., A. PASTUZAK et S. ITO (1998). « Drugs in pregnancy », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, p. 1128-1137.
- KOROPECKY-COX, T. (2002). « Beyond parental status: Psychological well-being in middle and old age », *Journal of Marriage and Family*, vol. 64, p. 957-971.
- KOROPECKY-COX, T., A.M. PIENIA et T.H. BROWN (2007). « Women of the 1950s and the "normative" life course: The implications of childlessness, fertility timing, and marital status for psychological well-being in late midlife », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 64, n° 4, p. 299-330.
- KOSTERMAN, R. et al. (2001). « Childhood risk factors for persistence of violence in the transition to adulthood: A social development perspective. Violence and victims. special issue », *Developmental Perspectives on Violence and Victimization*, vol. 16, n° 4, p. 355-369.
- KOTRE, J. (1984). *Outliving the Self: Generativity and the Interpretation of Lives*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- KOWAL, A.K. et L.B. PIKE (2004). « Sibling influences on adolescents' attitudes toward safe sex practices », *Family Relations*, vol. 53, p. 377-384.
- KRAEMER, H.C. et al. (1985). « Obstetric drugs and infant behavior: A reevaluation », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 10, p. 345-353.
- KRAMER, M.S. et al. (2008). « Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: Evidence from a large, randomized trial », *Pediatrics*, 121, p. e435-e440.
- KRAMER, M.S. et R. KAKUMA (2002). « Optimal duration of exclusive breastfeeding », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1.
- KRAUSE, N. et K.S. ROOK (2003). « Negative interaction in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, p. P88-P99.
- KREICBERGS, U. et al. (2004). « Talking about death with children who have severe malignant disease », *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, p. 1175-1253.
- KREVANS, J. et J.C. GIBBS (1996). « Parents' use of inductive discipline: Relations to children's empathy and prosocial behaviour », *Child Development*, vol. 67, p. 3263-3277.
- KROENKE, K. et R.L. SPITZER (1998). « Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms », *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, p. 55-155.
- KROGER, J. (1993). « Ego identity: An overview », dans J. KROGER (dir.), *Discussions on Ego Identity*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 1-20.
- KROGER, J. (2003). « Identity development during adolescence », dans G.R. ADAMS et M.D. BERZONSKY (dir.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, Malden, Massachusetts, Blackwell, p. 205-226.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*, New York, MacMillan, 260 p.
- KÜBLER-ROSS, E. (1970). *On Death and Dying*, New York, MacMillan, 289 p.
- KÜBLER-ROSS, E. (1975). *Death: The Final Stage of Growth*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- KUCZYNSKI, L. et N. HILDEBRANDT (1997). « Models of conformity and resistance in socialization theory », dans J.E. Grusec et L. Kuczynski (dir.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*, (p. 227-256), New York, Wiley.
- KUCZYNSKI, L. et G. KOCHANSKA (1995). « Function and content of maternal demands: Developmental significance of early demands for competent action », *Child Development*, vol. 66, p. 616-628.
- KUH, D. et al. (2006). « Developmental origins of midlife grip strength: Findings from a birth cohort study », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A, p. 702-706.
- KUHL, P. et M. RIVERA-GAXIOLA (2008). « Neural substrates of language acquisition », *Annual Review of Neuroscience*, 31, p. 511-534.
- KUHL, P.K., B.T. CONBOY, D. PADDEN, T. NELSON et J. PRUITT (2005). « Early speech perception and later language development: Implications for the critical period? », *Language Learning and Development*, 1, p. 237-264.
- KUHL, P.K. et al. (1997). « Cross-language analysis of phonetic units in language addressed to infants », *Science*, vol. 277, p. 684-686.
- KUHN, D. (2006). « Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain? », *Perspectives on Psychological Science*, vol. 1, p. 59-67.
- KULMALA, J. et al. (2009). « Poor vision accompanied with other sensory impairments as a predictor of falls in older women », *Age and Ageing*, vol. 38, n° 2, p. 162-167.
- KUPERMAN, S. et al. (2005). « Relationship of age or first drink to child behaviour problems and family psychopathology », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 29, n° 10, p. 1869-1876.
- KURDEK, L.A. (2006). « Differences between partners from heterosexual, gay, and lesbian cohabiting couples », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, n° 2, p. 509-528.
- L.D. C.A. MOORE, C.A. HOBBS, ... E.A. REECE (2008). « Diabetes mellitus and birth defects », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 199, n° 237, p. e1-e9.
- LA FONTAINE, L. (2011). « Histoire des soins palliatifs au Québec », *Bulletin du Réseau de soins palliatifs du Québec*, vol. 19, n° 1.
- LABERGE, L. et al. (2000). « Development of parasomnias from childhood to early adolescence », *Pediatrics*, vol. 106, p. 67-74.
- LABOUIE-VIEF, G. (2006). « Emerging structure of adult thought », dans J.J. ARNETT et J.L. TANNER (dir.), *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21<sup>st</sup> Century*, Washington DC, American Psychological Association, p. 59-84.
- LACHMAN, M.E. (2001). « Introduction », dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley.
- LACHMAN, M.E. (2004). « Development in midlife », *Annual Review of Psychology*, vol. 55, p. 305-331.
- LACHMAN, M.E. et K.M.P. FIRTH (2004). « The adaptive value of feeling in control during midlife », dans O.G. BRIM, C.K. RYFF et R.C. KESSLER (dir.), *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, Chicago, University of Chicago Press, p. 320-349.
- LAGATTUTA, D.H. (2005). « When you shouldn't do what you want to do: Young children's understanding of desires, rules, and emotions », *Child Development*, vol. 76, p. 713-733.
- LAGERCRANTZ, H. et T.A. SLOTKIN (1986). « The stress of being born », *Scientific American*, vol. 254, n° 4, p. 100-107.



- LAIBLE, D.J. et R.A. THOMPSON (1998). « Attachment and emotional understanding in preschool children », *Developmental Psychology*, vol. 34, n° 5, p. 1038-1045.
- LAIBLE, D.J. et R.A. THOMPSON (2002). « Mother-child conflict in the toddler years: Lessons in emotion, morality, and relationships », *Child Development*, vol. 73, p. 1187-1203.
- LAIRD, R.D. et al. (2003). « Parents' monitoring relevant knowledge and adolescents' delinquent behavior: Evidence of correlated developmental changes and reciprocal influences », *Child Development*, vol. 74, p. 752-768.
- LALONDE, C.E. et J.F. WERKER (1995). « Cognitive influences on cross-language speech perception in infancy », *Infant Behavior and Development*, vol. 18, p. 459-475.
- LAMB, M.E. (2004). *The Role of the Father in Child Development* (3<sup>e</sup> éd.), New York, John Wiley & Sons.
- LAMB, M.E., Y. ORBACH, I. HERSHKOWITZ, P.W. ESPLIN et D. HOROWITZ (2007). « A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, n° 11-12, p. 1201-123.
- LAMBERTS, S.W.J., A.W. VAN DEN BELD et A. VAN DER LELY (1997). « The endocrinology of aging », *Science*, vol. 278, p. 419-424.
- LAMBETH, G.S. et M. HALLETT (2002). « Promoting healthy decision making in relationships: Developmental interventions with young adults on college and university campuses », dans C.L. JUNTUNEN et D.R. ATKINSON (dir.), *Counseling across the Lifespan: Prevention and Treatment*, Thousand Oaks, Californie, Sage, p. 209-226.
- LAMBORN, S.D. et al. (1991). « Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families », *Child Development*, vol. 62, p. 1049-1065.
- LAMM, C., P.D. ZELAZO et M.D. LEWIS (2006). « Neural correlates of cognitive control in childhood and adolescence: Disentangling the contributions of age and executive function », *Neuropsychologia*, vol. 44, p. 2139-2148.
- LAMY, F. (2009). « Le harcèlement psychologique: Un terrain fertile à l'imprévisibilité », dans *Développements récents en droit du travail 2009*, vol. 310, Service de la formation continue du Barreau du Québec, Éditions Yvon Blais, 314 p.
- LANG, F.R. et L.L. CARSTENSEN (1998). « Social relationships and adaptation in later life », dans A.S. BELLACK et M. HERSEN (dir.), *Comprehensive Clinical Psychology*, Oxford, Pergamon Press, p. 55-72.
- LANG, F.R., N. RIECKMANN et M.M. BALTES (2002). « Adapting to aging losses: Do re-sources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, p. 501-509.
- LANGIS, P. et B. GERMAIN (2009). *La sexualité humaine*, Montréal, Éditions ERPI.
- LANGSTRÖM, N. et al. (2008). « Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: A population study of twins in Sweden », *Archives of Sexual Behavior*, www.springer.com
- LANOUE, J. et R. CLOUTIER (1996). *La spécificité du rôle de père auprès de l'enfant*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- LANSFORD, J.E. et al. (2005). « Physical discipline and children's adjustment: Cultural normativeness as a moderator », *Child Development*, vol. 76, p. 1234-1246.
- LANSFORD, J.E. et al. (2006). « Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce or separation », *Journal of Family Psychology*, vol. 20, p. 292-301.
- LANSFORD, J.E. et K. DEATER-DECKARD (2012). « Childrearing discipline and violence in developing countries », *Child Development*, 83, p. 62-75.
- LAPLANTE, D.P. et al. (2008). « Project ice storm: Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 ½ year old children », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 47, n° 9, p. 1063-1072.
- LAPORTE, D. (2002). *Favoriser l'estime de soi des 0-6 ans*, Montréal, Éditions CHU Sainte-Justine.
- LAROCHE, D. (2003). *La violence conjugale envers les hommes et les femmes, au Québec et au Canada*, 1999, Institut de la statistique du Québec.
- LARSON, R. et S. WILSON (2004). « Adolescents across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood », dans R.M. LERNER et L. STEINBERG (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2<sup>e</sup> éd.), Hoboken, New Jersey, Wiley, p. 299-331.
- LARSON, R.W. et al. (2002). « Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence », *Child Development*, vol. 73, p. 1151-1165.
- LARSON, R.W. et S. VERMA (1999). « How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities », *Psychological Bulletin*, vol. 125, p. 701-736.
- LARZELERE, R.E. (1996). « A review of the outcomes of parental use of nonabusive or customary physical punishment », *Pediatrics*, vol. 98, (4, Pt. 2), p. 824-828.
- LAURSEN, B. (1996). « Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners », dans W.M. BUKOWSKI, A.F. NEWCOMB et W.W. HARTUP (dir.), *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence*, New York, Cambridge University Press, p. 186-210.
- LAVEE, Y. et A. BEN-ARI (2004). « Emotional expressiveness and neuroticism: Do they predict marital quality? », *Journal of Marriage and Family*, 18, p. 620-627.
- LAVIGUEUR, S. et al. (2004). Les compétences des parents et les ressources qui les soutiennent, <http://W3.uqo.ca>
- LAVIGUEUR, S., S. COUTU et D. DUBEAU (2001). « L'intervention auprès des familles à risque. Une approche multimodale qui mise sur la résilience », dans L. LEBLANC et M. SÉGUIN (dir.), *La relation d'aide. Concepts de base et interventions spécifiques*, Outremont, Les Éditions Logiques, p. 171-220.
- LAVOIE, B. et M. LECAVALIER (2010). « Évaluer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire des outils pour mieux agir », *Psychologie Québec*, vol. 27, n° 1, p. 20-2.
- LAW, K.L. et al. (2003). « Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior », *Pediatrics*, vol. 111, p. 1318-1323.
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (novembre 2011). *En prévision de l'inaptitude: le mandat*, 11 p.
- LE REFUGE (2011). *Le rejet social comme origine du suicide*, [www.le-refuge.org](http://www.le-refuge.org)
- LE RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES (2012), [www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)
- LEAPER, C. (2000). « The social construction and socialization of gender during development », dans P.H. Miller et E. Kofsky Scholnick (dir.), *Toward a feminist developmental psychology*, (p. 127-152), Florence, Taylor & Francis/Routledge.
- LEAPER, C., L. BREED, L. HOFFMAN et C.A. PERLMAN (2002). « Variations in the gender-stereotyped content of children's television cartoons across genres », *Journal of Applied Social Psychology*, 32, p. 1653-166.
- LEBLANC, M. et J. MORIZOT (2000). « Trajectoires délinquantes communes, transitoires et persistantes. Une stratégie de prévention différentielle », dans F. VITARO et C. GAGNON (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, tome II. Les problèmes externalisés, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- LEBOSSÉ, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance: Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1: Fondements et cadres conceptuels*, Québec, Éditions Ardis, 278 p.
- LEDoux, M., L. MONGEAU et M. RIVARD (2002). « Poids et image corporelle », dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, chap. 14.
- LEE, J.M. et al. (2007). « Weight status in young girls and the onset of puberty », *Pediatrics*, vol. 119, p. e624-e630.
- LEE, S.J. et al. (2005). « Fetal pain: A systematic multidisciplinary review of the evidence », *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, p. 947-954.
- LEFEBVRE, P. et P. MERRIGAN (2000). « Est-ce que le revenu familial, le travail des mères, les conditions et les horaires de travail ont des effets sur le développement des enfants et les pratiques parentales? », dans M. SIMARD et J. ALARY (dir.), *Comprendre la famille. Actes du 5<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LEFKOWITZ, E.S. et M.M. GILLEN (2006). « Sex is just a normal part of life: Sexuality in emerging adulthood », dans J.J. ARNETT et J.L. TANNER (dir.), *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21<sup>st</sup> Century*, Washington DC, American Psychological Association, p. 235-255.
- LÉGER MARKETING (2005). Sondage d'opinion auprès des Canadiens: perception et opinion des Canadiens à l'égard de l'homosexualité, [www.gai-ecoute.qc.ca](http://www.gai-ecoute.qc.ca)
- LEGERSTEE, M. et J. VARGHESE, (2001). « The role of maternal affect mirroring on social expectancies in three-month-old infants », *Child Development*, vol. 72, p. 1301-1313.
- LEICHTMAN, M.D. et S.J. CECI (1995). « The effects of stereotypes and suggestions on preschoolers' reports », *Developmental Psychology*, vol. 31, p. 568-578.
- LEMAN, P.J., S. AHMED et L. OZAROW (2005). « Gender, gender relations, and the social dynamics of children's conversations », *Developmental Psychology*, vol. 41, p. 64-74.
- LEMAY, L. (2004). Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment. Une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir professionnels-clients, thèse de doctorat, Université de Montréal.
- LEMAY, L. (2006). « Développer une pratique réflexive: Une compétence incontournable. Le cas de la formation continue en empowerment », *Revue en marche*, 6 décembre, Montréal, Ordre des conseillers et des conseillers en orientation et des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec.
- LEMAY, L. (2008-2009). Analyse des rapports de pouvoir entre les intervenants et les parents au sein des pratiques axées sur l'empowerment des parents d'enfants en situation de négligence dans le contexte de la protection de la jeunesse, Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC), Québec, [www.fqrsc.gouv.qc.ca](http://www.fqrsc.gouv.qc.ca)
- LEMAY, L. (2009). « Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment): un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité », dans Lacharité et Gagnier (dir.), *Les familles en action. Réalités plurielles, repères conceptuels et logiques d'action*, (p. 101-127), Québec, Éditions Chenelière.
- LEMELIN, J.P., G.M. TARABULSY et M.A. PROVOST (2006). « Predicting preschool cognitive development from infant temperament, maternal sensitivity, and psychosocial risk », *Merill Palmer Quarterly*, 52, p. 779-80.
- LEMIRE, N., K. RAYNOR, M. SAINT-ONGE et R. LATULIPPE (2009). *Les mauvais traitements physiques envers les jeunes enfants: bilan des connaissances*, Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention psychosociales (CLIPP), Laval, Édition Henri Marti.
- LENNEBERG, E.H. (1969). « On explaining language », *Science*, vol. 164, n° 3880, p. 635-643.
- LENROOT, R.K. et J.N. GIEDD (2006). « Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 30, n° 6, p. 718-729.
- LEPPER, M.R. (1983). « Social-control processes and the internalization of social values: An attributional perspective », dans E.T. Higgins, D.N. Ruble et W.W. Hartup (dir.), *Social cognition and social development*, (p. 294-330), New York, Cambridge University Press.
- LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2012). *Les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada*, <http://pewsocialtrends.org>
- LESLIE, L.K. et al. (2005). « The food and drug administration's deliberations on antidepressant use in pediatric patients », *Pediatrics*, vol. 116, p. 195-204.
- LEVE, L.D. et B.I. FAGOT (1997). « Gender-role socialization and discipline processes in one- and two-parent families », *Sex Roles*, vol. 36, n° 1-2, p. 1-21.
- LEVIN, I. et A. BUS (2003). « How is emergent writing based on drawing? Analyses of children's products and their sorting by children and mothers », *Developmental Psychology*, vol. 39, p. 891-905.
- LEVINE, R. (1980). « Adulthood among the Gusi of Kenya », dans N.J. SMELSER et E.H. ERIKSON (dir.), *Themes of Work and Love in Adulthood*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, p. 77-104.
- LEVINE, R.A. et S. LEVINE (1998). « Fertility and maturity in Africa: Gusi parents in middle adulthood », dans R.A. SCHWEDER (dir.), *Welcome to Middle Age! (and Other Cultural Fictions)*, Chicago, University of Chicago Press, p. 189-207.
- LEVRON, J. et al. (1998). High Rate of Chromosomal Aneuploidies in Testicular Spermatozoa Retrieved from Azoospermic Patients Undergoing Testicular Sperm Extraction for In Vitro Fertilization, Paper presented at the 16<sup>th</sup> World Congress on Fertility and Sterility and the 54th annual meeting of the American Society

- for Reproductive Medicine, San Francisco, Californie.
- LEVY, B.R. (2003). « Mind matters : Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes », *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 58B, p. 203-211.
- LEWIS, B.H., M. LEGATO et H. FISH (2006). « Medical implications of the male biological clock », *Journal of the American Medical Association*, vol. 19, p. 2369-2371.
- LEWIS, L. (2001). *Le suicide, un saut dans le néant*, Montréal, Éditions Nouvelles, 250 p.
- LEWIS, M. (1997). « The self in self-conscious emotions », dans S.G. SNODGRASS et R.L. THOMPSON (dir.), *The Self Across Psychology : Self-Recognition, Self-Awareness, and the Self-Concept*, Annals of the New York Academy of Sciences, 818 New York, The New York Academy of Sciences.
- LEWIS, M. (1998). « Emotional competence and development », dans D. PUSHKAR et al. (dir.), *Improving Competence across the Life-Span*, New York, Plenum, p. 27-36.
- LI, J. et al. (2003). « Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study », *Lancet*, vol. 361, p. 363-367.
- LI, J. et al. (2005). « Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child », *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, p. 1190-1196.
- LICKONA, T. (Dir.) (1976). *Moral Development and Behaviour*, New York, Holt.
- LILLARD, A. et S. CURENTON (1999). « Do young children understand what others feel, want, and know ? », *Young Children*, vol. 54, n° 5, p. 52-57.
- LIN, I. et al. (2003). « Gender differences in adult children's support of their parents in Taiwan », *Journal of Marriage and Family*, vol. 65, p. 184-200.
- LINDAU, S.T. et al. (2007). « A study of sexuality and health among older adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, p. 762-774.
- LIVINGSTON G. et K. PARKER (2010, SEPTEMBER 9). *Since the start of the Great Recession, more children raised by grandparents*, <http://pewsocialtrends.org>
- LLOYD, J.J. et J.C. ANTHONY (2003). « Hanging out with the wrong crowd : How much difference can parents make in an urban environment ? », *Journal of Urban Health*, vol. 80, p. 383-399.
- LOCK, A. et al. (1990). « Some observations on the origin of the pointing gesture », dans V. VOLTERRA et C.J. ERTING (dir.), *From Gesture to Language in Hearing and Deaf Children*, New York, Springer.
- LOCK, M. (1998). « Deconstructing the change: Female maturation in Japan and North America », dans R.A. SCHWEDER (dir.), *Welcome to Middle Age! (and Other Cultural Fictions)*, Chicago, University of Chicago Press, p. 45-74.
- LOPES, P.N., P. SALOVEY et R. STRAUSS (2003). « Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships », *Personality and Individual Differences*, vol. 35, p. 641-658.
- LORSBACH, T.C. et J.F. REIMER (1997). « Developmental changes in the inhibition of previously relevant information », *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 64, p. 317-342.
- LOVELACE, E.A. (1990). « Basic concepts in cognition and aging », dans E.A. LOVELACE (dir.), *Aging and Cognition: Mental Processes, Self-Awareness, and Interventions*, Amsterdam, North-Holland, Elsevier, p. 1-28.
- LUCAS, R.E. et al. (2003). « Reexamining adaptation and the set point model of happiness : Reactions to changes in marital status », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 84, p. 527-539.
- LUCIANA, M. (2010). « Adolescent Brain development: Current themes and future directions: Introduction to the special issue », *Brain and Cognition*, vol. 72, n° 1, p. 1-5.
- LUDWIG, D.S. (2007). « Childhood obesity – the shape of things to come », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, p. 2325-2327.
- LUNA, B. et al. (2004). « Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood », *Child Development*, vol. 75, p. 1357-1372.
- LUND, D.A. (1993). « Widowhood : The coping response », dans R. KASTENBAUM (dir.), *Encyclopedia of Adult Development*, Phoenix, Arizona, Oryx Press, p. 537-541.
- LUPIEN, S. (2010). *Par amour du stress*, Les Éditions au Carré inc.
- LUSSIER, Y. et al. (2008). *L'évaluation et le traitement de la violence conjugale, Manuel clinique des psychothérapies de couple*, Québec, Presse de l'Université du Québec, p. 445-505.
- LUSSIER, Y., C. LEMELIN et M.F. LAFONTAINE (2002). La violence conjugale dans les relations de fréquentation telle que perçue par les jeunes femmes, conférence présentée au congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Québec.
- LYTTON, H. (1997). « Physical punishment is a problem, whether conduct disorder is endogenous or not », *Psychological Inquiry*, 8, p. 211-214.
- LYTTON, H. et D.M. ROMNEY (1991). « Parents' differential socialization of boys and girls : A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 109, p. 267-296.
- LYRA, T. et R. HEIKKINEN (2006). « Perceived social support and mortality in older people », *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 61B, p.147-152.
- MACCOBY, E. (1980). *Social Development*, New York, Harcourt Brace Jovanovich.
- MACCOBY, E. (1984). « Middle childhood in the context of the family », dans W.A. COLLINS (dir.), *Development during Middle Childhood*, Washington DC, National Academy.
- MACCOBY, E.E. et C.N. JACKLIN (1974). *The Psychology of Sex Differences*, Stanford University Press.
- MACCOBY, E.E. et J.A. MARTIN (1983). « Socialization in the context of the family: Parent-child interaction », dans P.H. MUISSEN et E.M. HETHERINGTON (dir.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4, Socialization, Personality, and Social Development, New York, Wiley, p. 1-101.
- MACDORMAN, M.F. et S. KIRMEYER (2009). « Fetal and perinatal mortality, United States, 2005 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 57, n° 8, Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics.
- MACFARLANE, A. (1975). « Olfaction in the development of social preferences in the human neonate », *Parent-Infant Interaction* (CIBA Foundation Symposium n° 33), Amsterdam, Elsevier.
- MACKINNON-LEWIS, C. et al. (1997). « Perceptions of parenting as predictors of boys' sibling and peer relations », *Developmental Psychology*, vol. 33, p. 1024-1031.
- MACMILLAN, R., B.J. MCMORRIS et C. KRUTTSCHNITT (2004). « Linked lives: Stability and change in maternal circumstances and trajectories of antisocial behavior in children », *Child Development*, vol. 75, p. 205-220.
- MACRAE, C. et G. BODENHAUSEN (2000). « Social cognition : Thinking categorically about others », *Annual Review of Psychology*, vol. 51, p. 93-120.
- MAHESHWARI, A. (2010). « Overweight and obesity in infertility: Cost and consequences », *Human Reproductive Updates*, vol. 16, n° 3, p. 229-230.
- MAIN, M. et J. SOLOMON (1986). « Discovery of an insecure, disorganized - disoriented attachment pattern : Procedures, findings, and implications for the classification of behaviour », dans M. YOGMAN et T.B. BRAZELTON (dir.), *Affective Development in Infancy*, Norwood, New Jersey, Ablex.
- MAISONET, M., K.Y. CHRISTENSEN, C. RUBIN, A. HOLMES, A.H. FLANDERS HERON, J. et K.K. ONG (2010). « Role of prenatal characteristics and early growth on pubertal attainment of British girls », *Pediatrics*, vol. 126, n° 3, p. 591-600.
- MANCIAUX, M. (2001). *La résilience : résister pour se construire*, Genève, Médecine et hygiène.
- MANCINI, A.D. et G.A. BONANNO (2006). « Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life », *Psychology and Aging*, vol. 21, p. 600-610.
- MANNIX, L.J. (2008). « Menstrual-related pain conditions : Dysmenorrhea and migraine », *Journal of Women's Health*, vol. 17, n° 5, p. 879-891. DOI:10.1089/jwh.2007.044.
- MARCH OF DIMES FOUNDATION (2002). *Toxoplasmosis (Fact Sheet)*, Wikes-Barre, Pennsylvania, March of Dimes Foundation.
- MARCH, J. et THE TADS TEAM (2007). « The treatment for adolescents with depression study (tads) : Long-term effectiveness and safety outcomes », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, p. 1132-1143.
- MARCIA, J.E. (1966). « Development and validation of ego identity status », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 3, n° 5, p. 551-558.
- MARCIA, J.E. (1979). « Identity status in late adolescence : Description and some clinical implications », *Address given at symposium on identity development*, Rijksuniversiteit Groningen, Pays-Bas.
- MARCIA, J.E. (1980). « Identity in adolescence », dans J. ADELSON (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology*, New York, Wiley.
- MARCIA, J.E. (1993). « The relational roots of identity », dans J. KROGER (dir.), *Discussions on Ego Identity*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 101-120.
- MARCOEN, A. (1995). « Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care : Model and measures », *Journal of Adult Development*, vol. 2, p. 125-136.
- MARCON, R.A. (1999). « Differential impact of preschool models on development and early learning of inner-city children : A three-cohort study », *Developmental Psychology*, vol. 35, n° 2, p. 358-375.
- MARCOÛTE, D. (2013). *La dépression chez les adolescents*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- MARIEB, E.N. et R. LACHAINE (2008). *Biologie humaine : anatomie et physiologie*, Montréal, ERPI.
- MARKEL, H. (2007). « Is there an autism epidemic ? », Medscape Pediatrics, [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
- MARKOWITZ, S., M.A. FRIEDMAN et S.M. ARENT (2008). « Understanding the relation between obesity and depression : Causal mechanisms and duplications for treatment », *Clinical Psychology : Science and Practice*, 15, p. 1-20.
- MARKS, H. (2000). « Student engagement in instructional activity: Patterns in the elementary, middle, and high school years », *American Education Research Journal*, vol. 37, p. 153-184.
- MARKS, N.F. et J.D. LAMBERT (1998). « Marital status continuity and change among young and midlife adults », *Journal of Family Issues*, vol. 19, p. 652-686.
- MARKEUS, H.R., C.D. RYFF, K.B. CURHAN et K.A. PALMERSHEIM (2004). « In their own words : Well-being at midlife among high school-educated and college-educated adults », dans O.G. BRIM, C.K. RYFF et R.C. KESSLER (dir.), *How Healthy Are We ? A National Study of Well-Being at Midlife*, Chicago, University of Chicago Press, p. 273-319.
- MARTIKAINEN, P. H. MOUSTGAARD, M. MURPHY, E.K. EINIO, S. KOSKINEN, T. MARTELIN et A. NORO (2009). « Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages : A 6-year follow-up study of older finns », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 1, p. 34-45.
- MARTIKAINEN, P. et T. VALKONEN (1996). « Mortality after the death of a spouse : Rates and causes of death in a large Finnish cohort », *American Journal of Public Health*, vol. 86, p. 1087-1093.
- MARTIN, C.L. et D. RUBLE (2004). « Children's search for gender cues : Cognitive perspectives on gender development », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 13, p. 67-70.
- MARTIN, C.L., D.N. RUBLE et J. SZKYBALO (2002). « Cognitive theories of early gender development », *Psychological Bulletin*, vol. 128, p. 903-933.
- MARTIN, J.A. et al. (2005). « Annual summary of vital statistics – 2003 », *Pediatrics*, vol. 115, p. 619-634.
- MARTIN, J.A. et al. (2007). « Births : Final data for 2005 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 56, n° 6, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
- MARTIN, J.A., B.E. HAMILTON, P.D. SUTTON, S.J. VENTURA, T.J. MATHEWS et OSTERMAM M.J.K. (2010). « Births : Final data for 2008 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 59, n° 1, Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics.
- MARTIN, L.G. (1988). « The aging of Asia », *Journal of Gerontology : Social Sciences*, vol. 43, n° 4, p. 99-113.
- MARTIN, P. N. DESHPANDE-KAMAT, JENNIFER, A. M., W. FRANKE, S. GARASKY, (2012). « Exceptional Longevity : An Introduction to the Iowa Centenarian Study », *International Journal of Aging and Human Development*, vol.75, n° 4, p. 297-316.
- MARTIN, P., B. HAGBERG et L.W. POON (1997). « Predictors of loneliness in centenarians : A parallel study », *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 12, p. 203-224.
- MASLACH, C. (2003). « Job burnout : New directions in research and intervention », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 12, n° 5, p. 189-192.
- MASLOW, A. (1968). *Toward a Psychology of Living*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand Reinhold.
- MASLOW, A.H. (1968). *Toward a Psychology of Being*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand Reinhold.

- MASLOW, A.H. (1971). *The Farther Reaches of Human Nature*, New York, Viking.
- MASLOW, A.H. (1987). *Motivation and Personality* (3<sup>e</sup> éd.), New York, Harper & Row.
- MASSON, J. (2006). *Derrière mes larmes d'enfant*, Saint-Jérôme, Éditions Ressources, p. 296-297.
- MASTEN, A.S. (2001). «Ordinary magic: Resilience processes in development», *American Psychologist*, vol. 56, p. 227-238.
- MASTEN, A.S. et J.D. COATSWORTH (1998). «The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children», *American Psychologist*, vol. 53, p. 205-220.
- MASTERS, W.H. et V.E. JOHNSON (1966). *Human Sexual Response*, Boston, Little, Brown.
- MATHEWS, T.J. et M.F. MACDORMAN (2008). «Infant mortality statistics from the 2005 period linked birth/infant death data set», *National Vital Statistics Report*, vol. 57, n° 2, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- MATIS, R. (2008). Violence conjugale : les facteurs de risque, Santé Log. Le carrefour des professionnels de la santé, www.santelog.com
- MATLIN, M.W. (1987). *The Psychology of Women*, New York, Holt, Rinehart, and Winston.
- MAYER, M. (2007). «La pauvreté comme facteur de risque et de négligence», *Revue de psychoéducation*, vol. 36, n° 2, p. 353-362.
- MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. (2009, JANUARY). «Beyond the human genome: Meet the epigenome», *Mayo Clinic Health Letter*, vol. 27, n° 1, p. 4-5.
- McADAMS, D.P. (2001). «Generativity in midlife», dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 395-443.
- McADAMS, D.P. (2006). «The redemptive self: Generativity and the stories Americans live by», *Research in Human Development*, 3, p. 81-100.
- McANDREW, M. (2008). *Rapports ethniques et éducation: perspectives nationales et internationales*, Numéro thématique de la revue Éducation et Francophonie, printemps.
- McCALLUM, K.E. et J.R. BRUTON (2003). «The continuum of care in the treatment of eating disorders», *Primary Psychiatry*, 10, p. 48-54.
- McCLINTOCK, M.K. et G. HERDT (1996). «Rethinking puberty: The development of sexual attraction», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 5, n° 6, p. 178-183.
- McCORD, J. (1996). «Unintended consequences of punishment», *Pediatrics*, vol. 98, p. 832-834.
- McCORD, J. (1997). «On discipline», *Psychological Inquiry*, 8, p. 215-217.
- McCRAE, R.R. (2002). «Cross-cultural research on the five-factor model of personality», dans W.J. LONNER et al. (dir.), *Online Readings in Psychology and Culture*, Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington.
- McCRAE, R.R. et al. (2000). «Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 78, n° 1, p. 173-186.
- McCREARY CENTRE SOCIETY. (2009). *A Picture of Health: Highlights from the 2008 British Columbia Adolescent Health Survey*, Vancouver, BC, McCreary Centre Society.
- McCUE, J.D. (1995). «The naturalness of dying», *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, p. 1039-1043.
- McFALL, S. et B.H. MILLER (1992). «Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly patients», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 47, p. 73-79.
- McGUFFIN, P., B. RILEY et R. PLOMIN (2001). «Toward behavioral genomics», *Science*, vol. 291, p. 1232, 1249.
- McGUIGAN, F. et K. SALMON (2004). «The time to talk: The influence of the timing of adult-child talk on children's event memory», *Child Development*, vol. 75, p. 669-686.
- McHALE, S.M. et al. (2001). «Sibling influences on gender development in middle childhood and early adolescence: A longitudinal study», *Developmental Psychology*, vol. 37, p. 115-125.
- McLOYD, V.C., T.E. JAYARATNE, R. CEBALLO et J. BORQUEZ (1994). «Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning», *Child Development*, 65, p. 562-589.
- McLOYD, V.C. et J. SMITH (2002). «Physical discipline and behavior problems in African American, European American, and Hispanic children: Emotional support as a moderator», *Journal of Marriage and Family*, vol. 64, p. 40-53.
- McPHERSON, M., L. SMITH-LOVIN et M.E. BRASHEARS (2006). «Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades», *American Sociological Review*, vol. 71, n° 3, p. 353-375.
- McQUEENY, T. B.C. SCHWEINSBURG, A.D. SCHWEINSBURG, J. JACOBUS, S. BAVA, L.R. FRANK et S.F. TAPERT (2009). «Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 33, n° 7, p. 1278-1285.
- McQUILLAN, J., A.L. GREIL, L. WHITE ET M.C. JACOB (2003). «Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women», *Journal of Marriage and Family*, vol. 65, n° 4, p. 1007-1018.
- MEAD, M. (1928). *Coming of Age in Samoa*, New York, Morrow.
- MEAD, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*, New York, Morrow.
- MEARS, B. (2005). *High court: Juvenile death penalty unconstitutional: Slim majority cites "evolving standards" in American society*, <http://cnn.com>
- MEIJER, A.M. et G.L.H. VAN DEN WITTEBOER (2007). «Contributions of infants sleep and crying to marital relationship of first-time parent couples in the 1<sup>st</sup> year after childbirth», *Journal of Family Psychology*, vol. 21, n° 1, p. 49-57.
- MEINS, E. (1998). «The effects of security of attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisition style», *Infant Behavior and Development*, vol. 21, p. 237-252.
- MELBY, J.R. CONGER, S. FANG, K. WICKRAMA et K. CONGER (2008). «Adolescent family experiences and educational attainment during early adulthood», *Developmental Psychology*, vol. 44, n° 6, p. 1519-1536.
- MELTZOFF, A.N. et M.K. MOORE (1983). «Newborn infants imitate adult facial gestures», *Child Development*, vol. 54, p. 702-709.
- MELTZOFF, A.N. et M.K. MOORE (1998). «Object representation, identity, and the paradox of early permanence: Steps toward a new framework», *Infant Behavior and Development*, vol. 21, p. 201-235.
- MELZER, K., B. DAYSER et C. PICHARD (2004). «Physical activity: The health benefits outweigh the risks», *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, vol. 7, n° 6, p. 641-647.
- MENACKER, F. et al. (2004). «Births to 10-14 year-old mothers, 1990-2002: Trends and health outcomes», *National Vital Statistics Reports*, vol. 53, n° 7, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
- MENEC, V.H. (2003). «The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, p. 74-82.
- MENEGAUX, F. et al. (2006). «Household exposure to pesticides and risk of childhood acute leukemia», *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 63, n° 2, p. 131-134.
- MENG, Y. et al. (2007). «Association between sor1 and Alzheimer's disease in a genome-wide study», *NeuroReport*, vol. 18, n° 17, p. 1761-1764.
- MENON, U. (2001). «Middle adulthood in cultural perspective: The imagined and the experienced in three cultures», dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 40-74.
- MENT, L.R. et al. (2003). «Changes in cognitive function over time in very low-birth-weight infants», *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, p. 705-711.
- MERRILL, S.S. et L.M. VERBRUGGE (1999). «Health and disease in midlife», dans S.L. WILLIS et J.D. REID (dir.), *Life in the Middle: Psychological and Social Development in Middle Age*, San Academic Press, p. 78-103.
- MESS (2007). *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Évaluation des services du Club des petits déjeuners du Québec*, www.mess.gouv.qc.ca
- MESSINIS, L. et al. (2006). «Neuropsychological deficits in long-term cannabis users», *Neurology*, vol. 66, p. 737-739.
- MIEDZIAN, M. (1991). *Boys Will Be Boys: Breaking the Link between Masculinity and Violence*, New York, Doubleday.
- MIGLIORE, L. et F. COPPEDE (2008). «Genetics, environmental factors, and the emerging role of epigenetics in neurodegenerative disease», *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*, 667, p. 82-97.
- MILKIE, M.A. et al. (2004). «The time squeeze: Parental statuses and feelings about time with children», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 739-761.
- MILLER, G.E. et E. BLACKWELL (2006). «Turning up the heat», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 15, p. 269-272.
- MILLER, J.W. T.S. NAIMI, R.D. BREWER et S.E. JONES (2007). «Binge drinking and associated health risk behaviours among high school students», *Pediatrics*, 119, p. 76-85.
- MILLMAN, R.P. Working group on sleepiness in adolescents/young adults et aap committee on adolescents (2005). «Excessive sleepiness in adolescents and young adults: Causes, consequences, and treatment strategies», *Pediatrics*, vol. 115, p. 1774-1786.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *Bulletin d'information présentant des statistiques de base sur les personnes âgées en perte d'autonomie*, www.msss.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action-Portail de santé du Québec et de ses régions*, Ministère de la santé et des services sociaux, 156 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2011). *Portrait de santé du Québec et de ses régions: les statistiques*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2012). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2011 (et projections 2012)*, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2013). *L'Espace informationnel, Anomalies - Prévalence de certaines anomalies congénitales au Québec*, www.informa.msss.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012). *Intimidation et taxage*, www.securitepublique.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2012). *Projet C qui ta gang?*, www.securitepublique.gouv.qc.ca
- MIRON, J.M. (2004). «Les services préscolaires et la famille: Un partenariat à créer», dans N. ROYER (dir.), *Le monde du préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin.
- MISHARA, B.L. et R.G. RIEDEL (1994). *Le vieillissement*, Paris, P.U.F.
- MOFFITT, T.E. (1993). «Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy», *Psychological Review*, vol. 100, p. 674-701.
- MONAHAN, K.C. E. CAUFFMAN et L. STEINBERG (2009). «Affiliation with antisocial peers, susceptibility to peer influence, and antisocial behavior during the transition to adulthood», *Developmental Psychology*, vol. 45, n° 6, p. 1520-1530.
- MONBOURQUETTE, J. (2007). *Grandir: aimer, perdre et grandir*, Montréal, Novalis.
- MONBOURQUETTE, J. (2008). *La mort, ça s'attrape?*, Montréal, Novalis, p. 70-75.
- MONBOURQUETTE, J. et L. D'ASPREMONT (2011). *Excusez-moi, je suis en deuil*, Montréal, Éditions Novalis, 165 p.
- MONEY, J., J.G. HAMPSON et J.L. HAMPSON (1955). «Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychological management», *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. 97, n° 4, p. 284-300.
- MONTAGUE, D.P.F. et A.S. WALKER-ANDREWS (2001). «Peekaboo: A new look at infants' perception of emotion expressions», *Developmental Psychology*, vol. 37, p. 826-838.
- MONTANO, J.J. (2003). «Emerging technologies for hearing loss: An ecological approach», *Generations*, vol. 27, p. 71-77.
- MONTENEGRO, X.P. (2004). *The Divorce Experience: A Study of Divorce at Midlife and Beyond*, Washington, American Association of Retired Persons.
- MOODY, H.R. (2009). *Aging: Concepts and controversies*, Thousand Oaks, CA, Pine Forge/Sage.
- MOORE, S.E. et al. (1997). «Season of birth predicts mortality in rural Gambia», *Nature*, vol. 388, p. 434.
- MORIN, R. (2009, MAY 28). *Most middle-aged adults are rethinking retirement plans: The threshold generation*, <http://pewresearch.org>
- MORRIS, M.C. (2004). «Diet and Alzheimer's disease: What the evidence shows», *Medscape General Medicine*, vol. 6, p. 1-5.
- MORRISON, C.M. et M.A. CONWAY (2010). «First Words and First Memories», *Cognition*, vol. 116, n° 1, p. 23-32.

- MORRISON, J.A. et al. (2005). «Development of the metabolic syndrome in black and white adolescent girls», *Pediatrics*, vol. 116, p. 1178-1182.
- MORTIMER, J.A., D.A. SNOWDON et W.R. MARKS-BERY (2002). «Head circumference, education, and risk of dementia: Findings from the Nun Study», *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, p. 671-679.
- MOSCONI, L. et al. (2008). «Multicenter standardized 18f-fdg pet diagnosis of mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias», *Journal of Nuclear Medicine*, vol. 49, p. 390-398.
- MOSES, L.J. et al. (2001). «Evidence for referential understanding in the emotions domain at twelve and eighteen months», *Child Development*, vol. 72, p. 718-735.
- MOSHER, W.D., A. CHANDRA et J. JONES (2005). «Sexual behavior and selected health measures: Men and women 15-44 years of age, United States, 2002», *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 362 Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
- MOSS, M.S. et S.Z. MOSS (1989). «The death of a parent», dans R.A. KALISH (dir.), *Midlife Loss: Coping Strategies*, Newbury Park, Californie, Sage.
- MOUNTS, N.S. et L. STEINBERG (1995). «An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use», *Developmental Psychology*, vol. 31, p. 915-922.
- MROTCZEK, D.K. (2004). «Positive and negative affect at midlife», dans O.G. BRIM, C.K. RYFF et R.C. KESSLER (dir.), *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, Chicago, University of Chicago Press, p. 205-226.
- MROTCZEK, D.K. et A. SPIRO (2005). «Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 88, p. 189-202.
- MUELLER, T.I. et al. (2004). «The course of depression in elderly patients», *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, p. 22-29.
- MUMME, D.L. et A. FERNALD (2003). «The infant as onlooker: Learning from emotional reactions observed in a television scenario», *Child Development*, vol. 74, p. 221-237.
- MUNK-OLSEN, T.T., M. LAURSEN, C.B. PEDERSEN, O. MORS et P.B. MORTENSEN (2006). «New parents and mental disorders: A population-based register study», *Journal of the American Medical Association*, 296, p. 2582-2589.
- MURACO, A. (2006). «Intentional families: Fictive kin ties between cross-gender, different sexual orientation friends», *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, n° 5, p. 1313-1325.
- MURPHY, S., L. JOHNSON et J. LOHAN (2003). «Finding meaning in a child's violent death: A five year prospective analysis of parents, personal narrative and empirical data», *Death Studies*, 27, p. 381-404.
- MUSICK, M.A., A.R. HERZOG et J.S. HOUSE (1999). «Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample», *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, p. 173-180.
- MUSKIN, P.R. (1998). «The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide», *Journal of American Medical Association*, vol. 279, p. 323-328.
- MUSTANSKI, B.S., M.G. DUPREE, C.M. NIEVERGELT, S. BOCKLANDT, N.J. SCHORK et D.H. HAMER (2005). «A genomewide scan of male sexual orientation», *Human Genetics*, 116, p. 272-278.
- MUTER, V. et al. (2004). «Phonemes, rimes, vocabulary, and grammatical skills as foundations of early reading development: Evidence from longitudinal study», *Developmental Psychology*, vol. 40, p. 665-681.
- MYERS, D.G. (2000). «The funds, friends, and faith of happy people», *American Psychologist*, vol. 55, n° 1, p. 56-67.
- MYERS, S.M. et al. (2007). «Management of children with autism spectrum disorders», *Pediatrics*, vol. 120, n° 5, p. 1162-1182.
- NACHSHEN, J. et al. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*, Montréal, Miriam Fondation.
- NANSEL, T.R. et al. (2001). «Bullying behaviors among U.S. youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment», *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, p. 2094-2100.
- NASH, J.M. (1997). «Fertile minds», *Times*, 3 février, p. 49-56.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) (2006). *Health, United States, 2006*, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) (2008). *Health, United States, 2008, with chartbook*, www.cdc.gov
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH) (2001). *Helping Children and Adolescents Cope with Violence and Disasters: What Rescue Workers Can Do* (NIH Publication no 01-3518), Bethesda, Maryland.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) STATE-OF-THE-SCIENCE CONFERENCE STATEMENT (2005). «Nih state-of-the-science conference statement: Management of menopause-related symptoms», *Annals of Internal Medicine*, 142 (12, Pt.1), p. 1003-1013.
- NEIMEYER, R.A., L. BURKE, M. MACKAY et J. STRINGER (2010). «Grief therapy and reconstruction of meaning: From principles to practice», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, p. 73-8.
- NEISSER, U. et al. (1996). «Intelligence: Knowns and unknowns», *American Psychologist*, vol. 51, n° 2, p. 77-101.
- NETIZEL, C. et A.D. STRIGHT (2003). «Relations between parents' scaffolding and children's academic self-regulation: Establishing a foundation of self-regulatory competence», *Journal of Family Psychology*, vol. 17, p. 147-159.
- NELSON, C.A. (1995). «The ontogeny of human memory: A cognitive neuroscience perspective», *Developmental Psychology*, vol. 31, p. 723-738.
- NELSON, C.A. (2008). «A neurobiological perspective on early human deprivation», *Child Development Perspectives*, 1, p. 13-18.
- NELSON, C.A. et al. (2000). «Functional neuroanatomy of spatial working memory in children», *Developmental Psychology*, vol. 36, p. 109-116.
- NELSON, K. (2005). «Evolution and development of human memory systems», dans B.J. ELLIS et D.F. BJORKLUND (dir.), *Origins of the Social Mind: Evolutionary Psychology and Child Development*, New York, Guilford Press, p. 319-345.
- NELSON, K. et R. FIVUSH (2004). «The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory», *Psychological Bulletin*, vol. 111, p. 486-511.
- NELSON, M.C. et P. GORDON-LARSEN (2006). «Physical activity and sedentary behaviour patterns are associated with selected adolescent risk behaviours», *Pediatrics*, vol. 117, p. 1281-1290.
- NEUGARTEN, B.L. (1967). «The awareness of middle age», dans R. OWEN (dir.), *Middle Age*, London, BBC.
- NEUGARTEN, B.L. (1977). «Personality and aging», dans J.E. Birren et K.W. Schaie (dir.), *Handbook of the psychology of aging and the social sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold.
- NEUGARTEN, B.L., R. HAVIGHURST et S. TOBIN (1968). «Personality and patterns of aging», dans B. NEUGARTEN (dir.), *Middle Age and Aging*, Chicago, University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B.N. et D.A. NEUGARTEN (1987). «The changing meanings of age», *Psychology Today*, vol. 21, p. 29-33.
- NEUGEBAUER, R., H.W. HOEK et E. SUSSER (1999). «Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood», *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, p. 455-462.
- NEUPERT, S.D. et al. (2006). «Daily stressors and memory failures in a naturalistic setting: Findings from the VA normative aging study», *Psychology and Aging*, vol. 21, p. 424-429.
- NEWSWISE (2004). *High Stress Doubles Risk of Painful Periods*, www.newswise.com
- NICHD EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK (2005). «Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home, child care, and school», *Developmental Psychology*, vol. 41, p. 99-114.
- NIRMALA, A., B.M. REDDY et P.P. REDDY (2008). «Genetics of human obesity: An overview», *International Journal of Human Genetics*, 8, p. 217-226.
- NISBETT, R.E. (2005). «Heredity, environment, and race differences in IQ: A commentary on Rushton and Jensen», *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, p. 302-310.
- NISHIMURA, H. et al. (1999). «Sign language "heard" in the auditory cortex», *Nature*, vol. 397, p. 116.
- NIX, R.R. et al. (1999). «The relation between mothers' hostile attribution tendencies and children's externalizing behaviour problems: The mediating role of mothers' harsh discipline practices», *Child Development*, vol. 70, n° 4, p. 896-909.
- NJAJOU, O.T. et al. (2009). «Association between telomere length, specific causes of death, and years of healthy life in health, aging, and body composition, a population-based cohort study», *Journals of Gerontology, Series A*, vol. 64A, n° 8, p. 860-864.
- NOBES, G., G. PANAGIOTAKI et C. PAWSON (2009). «The influence of negligence, intentions and outcome on children's moral judgments», *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 104, n° 4, p. 382-397.
- NOBRE, A.C. et K. PLUNKETT (1997). «The neutral system of language: Structure and development», *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 7, p. 262-268.
- NOLIN, B. et D. HAMEL (2009). *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005: gains pour tous...ou presque, L'État du Québec en 2009: Tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui*, Montréal, Fides.
- NOYER, M. (2005). «Écrire avant de savoir écrire: Comment l'enfant devient-il dessinateur?», *Enfance*, vol. 57, n° 1, p. 11-23.
- NUCCI, L., Y. HASEBE et M.T. LINS-DYER (2005). «Adolescent psychological well-being and parental control», dans J. SMETANA (dir.), *Changing Boundaries of Parental Authority during Adolescence, New Directions for Child and Adolescent Development*, 108 San Francisco, Jossey-Bass, p. 17-30.
- O'BRIEN, M. (2003). *Wrong Messages: Young Kids are Casually Experimenting with Oral Sex*, www.drsharonmaxwell.com
- O'CONNOR, B.P. et R.J. VALLERAND (1998). «Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents», *Psychology and Aging*, vol. 13, n° 3, p. 368-374.
- O'CONNOR, T. et al. (2002). «Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years», *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, p. 502-508.
- OBBER, C. et al. (2008). «Effect of variation in ch1311 on serum ykl-40 level, risk of asthma, and lung function», *New England Journal of Medicine*, vol. 358, p. 1682-1691.
- OCDE (2013). *Principaux résultats de l'Enquête Pisa 2012*, www.oecd.org
- OFFER, D. et al. (1988). *The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries*, New York, Plenum Press.
- OFFER, D. et al. (2002). «Continuity in family constellation», *Adolescent and Family Health*, vol. 3, p. 3-8.
- OFFER, D. et R.B. CHURCH (1991). «Generation gap», dans R.M. LERNER, A.C. PETERSEN et J. BROOKS-GUNN (dir.), *Encyclopedia of Adolescence*, New York, Garland, p. 397-399.
- OFFER, D., M.K. OFFER et E. OSTROV (2004). *Regular guys: 34 years beyond adolescence*, Dordrecht, Pays-Bas, Kluwer-Academic.
- OFFER, D., E. OSTROV et K.I. HOWARD (1989). «Adolescence: What is normal?», *American Journal of Diseases of Children*, vol. 143, p. 731-736.
- OFFER, D. et K.A. SCHONERT-REICHL (1992). «Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, p. 1003-1014.
- OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY (2008). *Teen Marijuana Use Worsens Depression: An Analysis of Recent Data Shows «Self-Medicating», Could Actually Make Things Worse*, Washington DC, Executive Office of the President.
- OGDEN, C.L. et al. (2004). *Mean Body Weight, Height, and Body Mass Index, United States 1960-2002, Advance Data from Vital and Health Statistics*, 347, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.
- OLDFSON, M. et al. (2006). «National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs», *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, p. 679-685.
- OLSHANSKY, S.J., L. HAYFLICK et B.A. CARNES (2002a). «No truth to the fountain of youth», *Scientific American*, vol. 286, p. 92-95.
- OLSHANSKY, S.J., L. HAYFLICK et B.A. CARNES (2002b). «The truth about human aging», *Scientific American*, www.scientificamerican.com
- OLSHANSKY, S.J., L. HAYFLICK et T.T. PERLS (2004). «Anti-aging medicine: The hype and the reality - parti», *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 59A, p. 513-514.
- OLSON, K.R. et E.S. SPELKE (2008). «Foundations of cooperation in young children», *Cognition*, 108, p. 222-231.
- OMS (2010). *Organisation mondiale de la santé, Soixante-troisième assemblée mondiale de*

- la santé, avril 2010, <http://apps.who.int/gh/ebwha>
- ONUSIDA (2011). *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
- ORATHINKAL, J. et A. VANSTEENWEGEN (2007). «Do demographics affect marital satisfaction?», *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 33, n° 1, p. 73-85.
- ORBUCH, T.L., J.S. HOUSE, R.P. MERO et P.S. WEBSTER (1996). «Marital quality over the life course», *Social Psychology Quarterly*, vol. 59, p. 162-171.
- ORDRE DES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC (2013). *Un rapport encourageant pour l'Ordre des sages-femmes du Québec*, [www.osfq.org](http://www.osfq.org)
- ORENTLICHER, D. (1996). «The legalization of physician-assisted suicide», *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, p. 663-667.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2004). «Education at a glance: OCDE indicators-2004», *Education & Skills*, n° 14, p. 1-456.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2007). *Finland Takes Number One Spot in OECD's Latest PISA Survey, Advance Figures Show*, [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). Normes de croissance de l'enfant, Étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance, [www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008). *Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011). *Maltraitance des personnes âgées*, Aide-mémoire n° 357, [www.who.int](http://www.who.int)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *L'activité physique des personnes âgées*, [www.who.int](http://www.who.int)
- ORTH, U, K.H. TRZESNIEWSKI et R.W. ROBINS (2010). «Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study», *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, p. 645-658.
- OSHIMA, S. (1996). «Japan: Feeling the strains of an aging population», *Science*, 5 juillet, p. 44-45.
- OVERBEEK, G. et al. (2007). «Parent-child relationships, partner relationships, and emotional adjustment: A birth-to-maturity prospective study», *Developmental Psychology*, vol. 43, p. 429-437.
- OWENS, R.E. (1996). *Language Development* (4<sup>e</sup> éd.), Boston, Allyn and Bacon.
- PAGANI, L.S., C. FITZPATRICK et S. PARENT (2012). «Relating Kindergarten Attention to Subsequent Developmental Pathways of Classroom Engagement in Elementary School», *Journal of Abnormal Child Psychology*, janvier 2012.
- PAGANI, L.S., C. FITZPATRICK et T.A. BARNETT (2010). «Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial and Physical Well Being by Middle Childhood», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010, p. 425-431.
- PALELLA, F.J. et al. (1998). «Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection», *The New England Journal of Medicine*, vol. 358, p. 853-860.
- PAOLETTI, R. (1999). *Éducation et motricité de l'enfant de deux à huit ans*, Montréal, Gaétan Morin Éditeur.
- PARENT, S. et J.-F. SAUCIER (1999). «La théorie de l'attachement», dans E. HABIMANA et al. (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Montréal, Gaétan Morin.
- PARK, D. et A. GUTCHES (2006). «The cognitive neuroscience of aging and culture», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 15, p. 105-108.
- PARK, D.C. et A.H. GUTCHES (2005). «Long-term memory and aging: A cognitive neuroscience perspective», dans R. Cabeza, L. Nyberg, D.C. Park (dir.), *Cognitive neuroscience of aging: linking cognitive and cerebral aging*, (p. 218-245), New York, Oxford University Press.
- PARK, D.C. et P. REUTER-LORENZ (2009). «The adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding», *Annual Review of Psychology*, vol. 60, n° 1, p. 173-176.
- PARK, S. et al. (1997). «Infant emotionality, parenting, and 3-year inhibition: Exploring stability and lawful discontinuity in a male sample», *Developmental Psychology*, vol. 33, p. 218-227.
- PARKE, R.D. et R. BURIEL (1998). «Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives», dans W. DAMON et N. EISENBERG (dir.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3, Social, Emotional, and Personality Development (5<sup>e</sup> éd.), New York, Wiley, p. 463-552.
- PARKER, J.D., T.J. WOODRUFF, R. BASU et K.C. SCHOENDORF (2005). «Air pollution and birth weight among term infants in California», *Pediatrics*, 115, p. 121-128.
- PARLEMENT DU CANADA (2012). *Publications de recherche de la bibliothèque du parlement, L'écart salarial entre les hommes et les femmes* [En ligne], [www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2010-30-f.htm](http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2010-30-f.htm) (Page consultée le 28 juin 2013).
- PARTEN, M. (1932). «Social play among preschool children», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 27, p. 243-269.
- PASSEPORTSANTÉ.NET (2008). Épuisement professionnel, [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net)
- PATRICK, K, G.J. NORMAN, K.J. CALFAS, J.F. SALLIS, M.F. ZABINSKI, J. RUPP et J. CELLA (2004). «Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158, p. 385-390.
- PATTERSON, C.J. (1992). «Children of lesbian and gay parents», *Child Development*, vol. 63, p. 1025-1042.
- PATTERSON, C.J. (1995a). «Lesbian mothers, gay fathers, and their children», dans A.R. D'AUGELLI et C.J. PATTERSON (dir.), *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities over the Lifespan: Psychological Perspectives*, New York, Oxford University Press, p. 293-320.
- PATTERSON, C.J. (1995b). «Sexual orientation and human development: An overview», *Developmental Psychology*, vol. 31, p. 3-11.
- PATTERSON, C.J. et R.H. FARR (2011). «Co-parenting among lesbian and gay couples», dans J.P. McHale and K.M. Lindahl (dir.), *Co-parenting: A conceptual and clinical examination of family systems*, Washington, DC, American Psychological Association.
- PATTERSON, G.R., B.D. DEBARYSHE et E. RAMSEY (1989). «A developmental perspective on antisocial behavior», *American Psychologist*, vol. 44, n° 2, p. 329-335.
- PATTERSON, G.R. et M. STOUTHAMER-LOEBER (1984). «The correlation of family management practices and delinquency», *Child Development*, 55, p. 1299-1307.
- PEARSON, J.D. et al. (1995). «Gender differences in a longitudinal study of age-associated hearing loss», *Journal of the Acoustical Society of America*, vol. 97, p. 1196-1205.
- PELLEGRINI, A.D. et J. ARCHER (2005). «Sex differences in competitive and aggressive behaviour: A view from sexual selection theory», dans B.J. ELLIS et D.F. BJORKLUND (dir.), *Origins of the Social Mind: Evolutionary Psychology and Child Development*, New York, Guilford Press, p. 219-244.
- PELLETIER, G. et J. LAPOINTE (2012). *L'espace des tout-petits, 1,2,3 GO! Limoilou*, [www.123golimoilou.org](http://www.123golimoilou.org)
- PENNINX, B.W. et al. (1998). «Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons», *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, p. 1720-1726.
- PERERA, F.P. et al. (2004). «Molecular evidence of an interaction between prenatal environmental exposures and birth outcomes in a multiethnic population», *Environmental Health Perspectives*, vol. 112, p. 626-630.
- PERINA, K. (2007). «Love's loopy logic: Men and women deceive themselves about one another in myriad ways and, as it turns out, that's in our keenest interest», *Psychology Today*, vol. 40, n° 1, p. 68-77.
- PERLS, T., L.M. KUNKEL et A. PUCA (2002a). «The genetics of aging», *Current Opinion in Genetics and Development*, vol. 12, p. 362-369.
- PERLS, T., L.M. KUNKEL et A.A. PUCA (2002b). «The genetics of exceptional human longevity», *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 50, p. 359-368.
- PERLS, T.T. (2004). «Anti-aging quackery: Human growth hormone and trick of the trade - more dangerous than ever», *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 59A, p. 682-691.
- PERLS, T.T. et al. (2009). «Personality traits of centenarians' offsprings», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 4, p. 683-685.
- PERLS, T.T., L. ALPERT et R.C. FRETTS (1997). «Middle-aged mothers live longer», *Nature*, vol. 389, p. 133.
- PERLS, T.T., M. HUTTER-SILVER et J.F. LAUERMAN (1999). *Living to 100: Lessons in Living to your Maximum Potential at Any Age*, New York, Basic Books.
- PERRENOUD, P. (2000). «Trois pour deux: Langues étrangères, scolarisation et pensée magique», *Éducateur*, n° 13, 24 novembre, p. 31-36.
- PÉRUSSE, L. et al. (1999). «The human obesity gene map: The 1998 update», *Obesity Research*, vol. 7, p. 111-129.
- PETERS, V. et al. (2003). «Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort», *Pediatrics*, vol. 111, p. 1186-1191.
- PETERSEN, A.C. (1993a). «Presidential address: Creating adolescents», *Journal of Research on Adolescents*, vol. 3, n° 1, p. 1-18.
- PETERSEN, A.C. et al. (1993b). «Depression in adolescence», *American Psychologist*, vol. 48, n° 2, p. 155-168.
- PETIT, D. E. TOUCHETTE, R.E. TREMBLAY, M. BOIVIN et J. MONTPLAISIR (2007). «Dyssomnias and parasomnias in early childhood», *Pediatrics*, vol. 119, n° 5, p. e1016-e1025.
- PETITTO, L.A. et I. KOVELMAN (2003). «The bilingual paradox: How signing-speaking bilingual children help us to resolve it and teach us about the brain's mechanisms underlying all language acquisition», *Learning Languages*, vol. 8, p. 5-18.
- PETRILL, S.A. et al. (2004). «Genetic and environmental contributions to general cognitive ability through the first 16 years of life», *Developmental Psychology*, vol. 40, p. 805-812.
- PETTIT, G., J.E. BATES et K.A. DODGE (1997). «Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A seven-year longitudinal study», *Child Development*, vol. 68, p. 908-923.
- PFEFFER, C.R. et al. (2007). «Salivary cortisol and psychopathology in children bereaved by the september 11, 2001 terror attacks», *Biological Psychiatry*, vol. 61, n° 8, p. 957-965.
- PHARAOH, P.D.P. et al. (2002). «Polygenic susceptibility to breast cancer and implications for prevention», *Nature Genetics*, vol. 31, p. 33-36.
- PHELAN, E.A. et al. (2004). «Activities of daily living function and disability in older adults in a randomized trial of the health enhancement program», *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, p. 838-843.
- PHILIPPE, F.L. et R.J. VALLERAND (2008). «Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting», *Motivation and Emotion*, vol. 32, n° 2, p. 81-89.
- PHILLIPS, D.F. (1998). «Reproductive medicine experts till an increasingly fertile field», *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, n° 22, p. 1893-1895.
- PHINNEY, J.S. (1998). «Stages of ethnic identity development in minority group adolescents», dans R.E. MUUSS et H.D. PORTON (dir.), *Adolescent Behavior and Society: A Book of Readings*, Boston, McGraw-Hill, p. 271-280.
- PIAGET, J. (1929). *The Child's Conception of the World*, New York, Harcourt Brace.
- PIAGET, J. (1932). *The Moral Judgment of the Child*, New York, Harcourt Brace.
- PIAGET, J. (1962). *Les relations entre l'intelligence et l'affectivité dans le développement de l'enfant et de l'adolescent* (2<sup>e</sup> éd.), Paris, Centre de documentation universitaire.
- PIAGET, J. (1964). *Six études de psychologie*, Genève, Éditions Gonthier.
- PIAGET, J. (1965). *The moral judgment of the child*, (trad. par M. Gabain), New York, Free Press. (Original work published 1932).
- PIAGET, J. et B. INHELDER (1967). *The Child's Conception of Space*, New York, Norton.
- PIAGET, J. et B. INHELDER (1969). *The Psychology of the Child*, New York, Basic Books.
- PIKE, A., J. COLDWELL et J.F. DUNN (2005). «Sibling relationships in early/middle childhood: Links with individual adjustment», *Journal of Family Psychology*, vol. 19, p. 523-532.
- PILLOW, B.H. et A.J. HENRICHON (1996). «There's more to the picture than meets the eye: Young children's difficulty understanding biased interpretation», *Child Development*, vol. 67, p. 803-819.
- PIMENTEL, E.E. et J. LIU (2004). «Exploring non normative coresidence in urban china: Living with wives' parents», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 821-836.
- PINQUART, M. et S. SÖRENSEN (2006). «Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis», *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 61B, p. 33-45.

- PINQUART, M. et S. SÖRENSEN (2007). « Correlates of physical health of information caregivers: A meta-analysis », *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 62B, p. 126-137.
- PLASSMAN, B.L. et al. (2008). « Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States », *Annals of Internal Medicine*, vol. 14, n° 6, p. 427-434.
- PLAUD, J.J. et al. (1999). « Volunteer bias in human psychophysiological sexual arousal research: To whom do our research results apply? », *The Journal of Sex Research*, vol. 36, n° 2, p. 171-179.
- PLEIS, J.R. et J.W. LUCAS (2009). « Summary health statistics for U.S. adults: National health interview survey 2007 », *Vital Health Statistics*, vol. 10, n° 240, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- PLOMIN, R. et Y. KOVAS (2005). « Generalist genes and learning disabilities », *Psychological Bulletin*, vol. 131, p. 592-617.
- POGARSKY, G., T.P. THORNBERRY et A.J. LIZOTTE (2006). « Developmental outcomes for children of young mothers », *Journal of Marriage and Family*, vol. 68, p. 332-344.
- POLLOCK, L.A. (1983). *Forgotten Children*, Cambridge, Massachusetts, Cambridge University Press.
- POMERANTZ, E.M. et J.L. SAXON (2001). « Conceptions of ability as stable and self-evaluative processes: A longitudinal examination », *Child Development*, vol. 72, p. 152-173.
- POMERANTZ, E.M. et Q. WANG (2009). « The role of parental control in children's development in Western and Asian countries », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 18, n° 5, p. 285-289.
- POTVIN, F. (2007). *Attendre un enfant et enrichir votre couple*, Ressources en Développement, <http://redpsy.com>
- POTVIN, P. (2012). *Prévenir le décrochage scolaire: Mieux comprendre la réussite ou l'échec scolaire de nos enfants et adolescents*, Collection Psychoéducation: fondements et pratiques, Bêliveau éditeur.
- POVINELLI, D.J. et S. GIAMBRONE (2001). « Reasoning about beliefs: A human specialization? », *Child Development*, vol. 72, p. 691-695.
- POWER, T.G. et M.L. CHAPIESKI (1986). « Child-rearing and impulse control in toddlers: A naturalistic investigation », *Developmental Psychology*, vol. 22, p. 271-275.
- PREVITI, D. et P.R. AMATO (2003). « Why stay married? Rewards, barriers, and marital stability », *Journal of Marriage and Family*, vol. 65, p. 561-573.
- PRICE, S.L., STOREY, S. et LAKE, M. (2008). « Menopause experiences of women in rural areas », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 61, n° 5, p. 503-511.
- PRICE, T.S. et al. (2001). « Hyperactivity in preschool children is highly heritable », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° 12, p. 1362-1364.
- PRIGERSON, H.G. et al. (2009). « Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 », *Public Library of Science Medicine*, vol. 6, n° 8, p. 1-12.
- PRUCHNO, R. et K.W. JOHNSON (1996). « Research on Grand-Parenting: Current Studies and Future Needs », *Generations*, vol. 20, n° 1.
- PUDROVSKA, T., S. SCHIEMAN et D. CARR (2006). « Strains of singlehood in later life: Do race and gender matter? », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61B, p. 315-322.
- PURCELL, P.J. (2002). *Older Workers: Employment and Retirement Trends*, Congressional Research Service Report for Congress, Washington, Congressional Research Service.
- PUSHKAR, D., J. CHAIKELSON, M. CONWAY, J. ETEZADI, C. GIANNOPOULUS, K. LI et C. WROSCHE (2009). « Testing continuity and activity variables as predictors of positive and negative affect in retirement », *Journals of Gerontology*, vol. 65, n° 1, p. 42-49.
- PUTALLAZ, M. et K.L. BIERMAN (dir.) (2004). *Aggression, Antisocial Behavior, and Violence among Girls: A Developmental Perspective*, New York, Guilford Press.
- PUTNEY, N.M. et V.L. BENGTONSON (2001). « Families, intergenerational relationships, and kin-keeping in midlife », dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 528-570.
- QUEBEC ADOPTION (2008). « L'adoption homoparentale au Québec, L'adoption et les familles homoparentales », [www.quebecadoption.net](http://www.quebecadoption.net)
- QUEBEC ADOPTION (2009). « L'adoption internationale québécoise mise en chiffres », Statistiques de l'adoption au Québec et ailleurs..., [www.quebecadoption.net](http://www.quebecadoption.net)
- QUÉBEC, COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE QUÉBEC (2009). Consultation sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21, ou syndrome de Down, au Québec, [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, COMMISSION DES NORMES DU TRAVAIL DU QUÉBEC (2006). Harcèlement psychologique au travail. Séance d'information et de sensibilisation pour le personnel en entreprise, [www.cnt.gouv.qc.ca](http://www.cnt.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, COMMISSION DES NORMES DU TRAVAIL DU QUÉBEC (2009a). Le harcèlement psychologique, Gouvernement du Québec, [www.cnt.gouv.qc.ca](http://www.cnt.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). Rapport du comité interministériel sur le harcèlement psychologique au travail, [www.travail.gouv.qc.ca](http://www.travail.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, les drogues et le jeu chez les élèves du secondaire, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a). L'incapacité et les limitations d'activité au Québec, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006b). Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006c). Répartition de la population de 15 ans et plus selon la situation conjugale, le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2006, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). « Science, technologie et innovation », Les titulaires d'un grade universitaire au Québec: ce qu'en disent les données du Recensement de 2006, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009a). « Annuaire québécois des statistiques du travail », Portrait des principaux indicateurs du marché du travail, 2000-2008, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009b). Décès et taux de mortalité, Québec, 1900-2008, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009c). Taux d'activité, d'emploi et de chômage, selon les régions, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec: Les analyses, [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006a). Trousse média: La violence conjugale: des faits à rapporter, des mythes à déconstruire, une complexité à comprendre, [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
- QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique, [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (2006). Programme de formation de l'école québécoise, Québec, Éducation, Loisirs et Sports, [www.mels.gouv.qc.ca](http://www.mels.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2004, 2008). Banque de cheminement scolaire, Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2009). « Dossier: Réflexion d'une enseignante sur l'école en milieu autochtone », Revue vie pédagogique, [www.mels.gouv.qc.ca](http://www.mels.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1998). Jouer, c'est magique: programme favorisant le développement global de l'enfant, t. 1, Québec, ministère de la Famille et de l'Enfance.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Registre des événements démographiques du Québec*, compilations effectuées par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007a). Grossesse à l'adolescence, Québec, Gouvernement du Québec.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 (et projections 2008)*, Québec, Gouvernement du Québec <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Les traitements offerts dans le domaine de la procréation assistée* <http://ethique.msss.gouv.qc.ca>
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Gouvernement du Québec.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Répartition de la population selon le niveau d'activité physique de loisir, 2008*, Québec, Gouvernement du Québec.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009a). *Grossesse à l'adolescence. Le rôle du jeune homme*, Gouvernement du Québec, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009b). *Activité physique: Lutte contre la sédentarité et promotion de l'activité physique*, Gouvernement du Québec, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002). *Les jeunes et le tabage*, Québec, Publications du Québec.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Criminalité et prévention. Statistiques 2007 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, [www.msp.gouv.qc.ca](http://www.msp.gouv.qc.ca)
- QUEBEC, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Criminalité et prévention. Taux d'infractions perpétrées par les jeunes de 12 à 17 ans*, [www.msp.gouv.qc.ca](http://www.msp.gouv.qc.ca)
- QUIGLEY, H.A. et A.T. BROMAN (2006). « The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 », *British Journal of Ophthalmology*, vol. 90, p. 262-267.
- QUIGLEY, M.A., C. HOCKLEY, C. CARSON, Y. KELLY, M.J. RENFREW et A. SACKER (2011). « Breast-feeding is associated with improved child cognitive development: A population-based cohort study », *The Journal of Pediatrics*, 160, p. 25-32.
- QUILL, T.E., B. LO et D.W. BROCK (1997). « Palliative options of the last resort », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, p. 2099-2104.
- RABBITT, P. et al. (2004). « Practice and drop-out effects during a 17-year longitudinal study of cognitive aging », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, p.84-97.
- RADIO-CANADA.CA (2013). *Les étudiants québécois travaillent plus que la moyenne canadienne*, [www.radio-canada.ca](http://www.radio-canada.ca)
- RAKOCZY, H., M. TOMASELLO et T. STRIANO (2004). « Young children know that trying is not pretending: A test of the "behaving-as-if" construal of children's early concept of pretense », *Developmental Psychology*, vol. 40, p. 388-399.
- RAM, A. et H.S. ROSS (2001). « Problem solving, contention, and struggle: How siblings resolve a conflict of interests », *Child Development*, vol. 72, p. 1710-1722.
- RAMEY, C.T. et S.L. RAMEY (1998). « Early intervention and early experience », *American Psychologist*, vol. 53, p. 109-120.
- RAMSEY, P.G. et C. LASQUADE (1996). « Preschool children's entry attempts », *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, p. 135-150.
- RANDALL, D. (2005). States with Corporal Punishment in School. *FamilyEducation.com* (20 avril), <http://school.familieeducation.com>
- RANGE, L.M., S.H. KOVAC et M.S. MARION (2000). « Does writing about bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? », *Death Studies*, vol. 24, p. 115-134.
- RANTALA, M.J. et al. (2006). « Male steroid hormones and female preference for male body odor », *Evolution and Human Behavior*, vol. 27, n° 4, p. 259-269.
- RAO, R. et M.K. GEORGIJEFF (2000). « Early nutrition and brain development: the effects of early adversity on neurobehavioral development », *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, vol. 31, p. 1-30.
- RATNER, C. (2000). « Outline of a coherent comprehensive concept of culture », *Cross-cultural Psychology Bulletin*, vol. 34, n° 1-2, p. 5-11.
- RAY, O. (2004). « How the mind hurts and heals the body », *American Psychologist*, vol. 59, p. 29-40.
- REED, T. et al. (2004). « Genomewide scan for a healthy aging phenotype provides support for a locus near d4s1564 promoting healthy aging », *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 59A, p. 227-232.
- REESE, E. et A. COX (1999). « Quality of adult book reading affects children's emergent literacy », *Developmental Psychology*, vol. 35, p. 20-28.
- REICHENBERG, A. et al. (2006). « Advancing paternal age and autism », *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, n° 9, p. 1026-1032.

- REINER, W. (2000). *Cloacal Exstrophy: A Haptenance Model for Androgen Imprinting*, présentation à une rencontre de la Pediatric Endocrine Society, Boston.
- REINER, W.G. et J.P. GEARHART (2004). «Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth», *New England Journal of Medicine*, vol. 350, n° 4, p. 333-341.
- REISBERG, B. et al. (2003). «Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease», *New England Journal of Medicine*, vol. 348, p. 1333-1341.
- REISS Jr, A.J. et J.A. ROTH (dir.) (1994). *Understanding and Preventing Violence*, Washington DC, National Academy Press.
- REISS, A.L. et al. (1996). «Brain development, gender and IQ in children: A volumetric imaging study», *Brain*, vol. 119, p. 1763-1774.
- REITZES, D.C. et E.J. MUTRAN (2004). «Grandparenthood: Factors influencing frequency of grandparent-grandchildren contact and role satisfaction», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 59, p. S9-S16.
- REMEZ, L. (2000). «Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence?», *Family Planning Perspectives*, 32P. 298-304.
- RENDE, R. et al. (2005). «Sibling effects on substance use in adolescence: Social contagion and genetic relatedness», *Journal of Family Psychology*, vol. 19, p. 611-618.
- REPETTI, R.L., S.E. TAYLOR et T.S. SEEMAN (2002). «Risky families: Family social environments and the mental and physical health of the offspring», *Psychological Bulletin*, vol. 128, n° 2, p. 330-366.
- RÉSEAU CANADIEN DE RECHERCHE SUR LE LANGAGE et L'ALPHABÉTISATION (2009). *Pour un enseignement efficace de la lecture et de l'écriture*, www.treaqf.qc.ca
- RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC (RSPQ) (2005). *Les soins palliatifs: Pour le confort et la dignité de malade et de ses proches*, Montréal, RSPQ.
- RÉSEAU DES SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC (RSPQ), (2013). *Mission, Vision et Valeurs*, www.aqsp.org
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME et DE LA MPOC (2013). *Asthme en milieu scolaire: une formation clé en main pour tous les intervenants*, www.rqam.ca
- RESNICK, L.B. (1989). «Developing mathematical knowledge», *American Psychologist*, vol. 44, p. 162-169.
- RESSOURCES HUMAINES et DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA (2013). *Indicateurs de mieux-être au Canada*, www.4.rhdcc.gc.ca
- RHEE, S.H. et I.D. WALDMAN (2002). «Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies», *Psychological Bulletin*, vol. 128, p. 490-529.
- RIEDIGER, M., A.M. FREUND et P.B. BALTES (2005). «Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adults», *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, p. 84-91.
- RIORDAN, J. et K. WAMBACH (2010). *Breast-feeding and Human Lactation*, Sudbury MA, Jones and Bartlett Publishers, Inc. p. 497-518.
- RIRE - RÉSEAU D'INFORMATION POUR LA RÉUSSITE SCOLAIRE (2010). *De nouvelles données sur le décrochage au Québec et au Canada*, http://rire.ctreq.qc.ca
- ITTER, J. (1999). «Scientists close in on dna code», *Chicago Sun-Times*, 23 novembre, p. 7.
- ROBERT, B.W., K.E. WALTON et W. VIECHTBAUER (2006). «Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies», *Psychological Bulletin*, vol. 132, n° 1, p. 1-25.
- ROBERTS, B.W. et D. MROZCEK (2008). «Personality trait change in adulthood», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 17, n° 1, p. 31-35.
- ROBINS, R.W. et K.H. TRZESNIEWSKI (2005). «Self-esteem development across the life-span», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 14, n° 3, p. 158-162.
- ROBINSON, G. U. EICKELKAMP, J. GOODNOW et I. KATZ (DIR.). (2008). *Contexts of child development: Culture, policy and intervention*, Darwin, Australia, Charles Darwin University Press.
- ROBINSON-RIEGLER, B. G.L. ROBINSON-RIEGLER (2012). *Cognitive Psychology: Applying The Science of the Mind*, Boston, Pearson.
- ROCKE, C. et M.E. LACHMAN (2008). «Perceived trajectories of life satisfaction across past, present and future: Profiles and correlates of subjective change in young, middle-aged, and older adults», *Psychology and Aging*, vol. 23, n° 4, p. 833-847.
- RODIER, P.M. (2000). «The early origins of autism», *Scientific American*, février, p. 56-63.
- ROGLER, L.H. (2002). «Historical generations and psychology: The case of the Great Depression and World War II», *American Psychologist*, vol. 57, n° 12, p. 1013-1023.
- ROGOFF, B. et al. (1993). «Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 58, n° 8, n° 236.
- ROGOFF, B. et G. MORELLI (1989). «Perspectives on children's development from cultural psychology», *American Psychologist*, vol. 44, p. 343-348.
- ROISMAN, G.L. et al. (2004). «Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood», *Child Development*, vol. 75, n° 1, p. 123-133.
- RONALD, A. et R.A. HOESKSTRA (2011). «Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies», *American Journal of Medical Genetics Part B*, 156, p. 255-274.
- ROOSA, M.W. et al. (2005). «Family and child characteristics linking neighborhood context and child externalizing behavior», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 515-529.
- ROSE, S.A. et J.F. FELDMAN (2000). «The relation of very low birth weight to basic cognitive skills in infancy and childhood», dans C.A. NELSON (dir.), *The Effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development*. The Minnesota Symposia on Child Psychology, 31 Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, p. 31-59.
- ROSE, S.A., J.F. FELDMAN et J.J. JANKOWSKI (2001). «Attention and recognition memory in the 1st year of life: A longitudinal study of preterm and full-term infants», *Developmental Psychology*, vol. 37, p. 135-151.
- ROSEBERRY, S. K. HIRSCH-PASEK, J. PARISH-MORRIS et R.M. GOLINKOFF (2009). «Live action: Can young children learn verbs from video?», *Child Development*, vol. 80, n° 5, p. 1360-1375.
- ROSENBAUM, J.E. (2009). «Patient teenagers? A comparison of the sexual behavior of virginity pledgers and matched nonpledgers», *Pediatrics*, 123, p. e110-e120.
- ROSENBLUM, G.D. et M. LEWIS (1999). «The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence», *Child Development*, vol. 70, p. 50-64.
- ROSENBLUM, K.L. et al. (2002). «Maternal representations of the infant: Associations with infant response to the still face», *Child Development*, vol. 73, p. 999-1015.
- ROSENBLUTH, G.D. et L.M. STEIL (1995). «Predictors on intimacy for women in heterosexual and homosexual couples», *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 12, n° 2, p. 163-175.
- ROSSI, A.S. (2004). «The menopausal transition and aging process», dans O.G. BRIM, C.K. RYFF et R.C. KESSLER (dir.), *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife*, Chicago, University of Chicago Press.
- ROTENBERG, K.J. et N. EISENBERG (1997). «Developmental differences in the understanding of and reaction to others' inhibition of emotional expression», *Developmental Psychology*, vol. 33, p. 526-537.
- ROTERRMANN, M. (2008). «Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence», dans *Rapport sur la santé, Statistique Canada*, vol. 19, n° 3, www.statcan.gc.ca
- ROTERRMANN, M. (2012). «Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010», *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 1, p. 1-5.
- ROTERRMANN, M. POUR STATISTIQUES CANADA (2012). *Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15-24 ans en 2003 et en 2009-2010- Rapport sur la santé*, n° 82-003x, vol. 23, 1.
- ROTH, G. A. ASSOR, C.P. NIEMIEC, R.M. RYAN et E.L. DECI (2009). «The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy supports as parenting practices», *Developmental Psychology*, vol. 45, n° 4, p. 1119-1142.
- ROTHBART, M.K., S.A. AHADI et D.E. EVANS (2000). «Temperament and personality: Origins and outcomes», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 78, p. 122-135.
- ROTHERAM-BORUS, M.J. et D. FUTTERMAN (2000). «Promoting early detection of human immunodeficiency virus infection among adolescents», *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 154, p. 435-439.
- ROTHERMUND, K. et J. BRANDTSTÄDTER (2003). «Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation», *Psychology and Aging*, vol. 18, p. 896-905.
- ROVEE-COLLIER, C. (1999). «The development of infant memory», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 8, p. 80-85.
- ROWER, M.L. et S. GOLDIN-MEADOW (2009). «Differences in early gesture explain SES disparities in child vocabulary size at school entry», *Science*, vol. 323, p. 951-953.
- ROY, J. J. BOUCHARD et M.A. TURCOTTE (2008). *La conciliation entre le travail et les études chez les collégiens: un paradigme en évolution*, Rapport Synthèse de la Recherche Paréa.
- ROY, J. et N. MAINGUY (2005). *A comparative Study of Academic Success among College Students based on a Socio-Ecological Model: Synthesis Report and Intervention Guidelines*, Projet PAREA, Cégep de Sainte-Foy.
- ROYER, N. (2004). *Le monde du préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin.
- ROYER, N. et M.A. PROVOST (2004). «La vie de groupe au préscolaire: Aspects sociaux et affectifs», dans N. ROYER (dir.), *Le monde du préscolaire*, Montréal, Gaëtan Morin.
- RQMO - REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES MALADIES ORPHELINES (2011). *Dépistage des maladies génétiques chez les nouveau-nés au Québec - Où en sommes-nous en 2011?*, http://mosaïque-maladies-rares.org
- RUBIN, K. (1982). «Nonsocial play in preschoolers: Necessary evil?», *Child Development*, vol. 53, p. 651-657.
- RUBIN, K.H. et al. (1997). «The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all the time», *Child Development*, vol. 68, p. 467-483.
- RUBIN, K.H., W. BUKOWSKI et J.G. PARKER (1998). «Peer interactions, relationships, and groups», dans W. DAMON et N. EISENBERG (dir.), *Social, Emotional, and Personality Development, Handbook of Child Psychology*, vol. 3, n° 5, New York, Wiley.
- RUBLE, D.N. et C.S. DWECK (1995). «Self-conceptions, person conceptions, and their development», dans N. Eisenberg (dir.), *Social development: Review of personality and social psychology*, (p. 109-139), Thousand Oaks, CA, Sage.
- RUBLE, D.N. et C.L. MARTIN (1998). «Gender development», dans W. DAMON et N. EISENBERG (dir.), *Social, Emotional, and Personality Development, Handbook of Child Psychology*, vol. 3, n° 5, New York, Wiley.
- RUDOLPH, K.D. et al. (2001). «Negotiating the transition to middle school: The role of self-regulatory processes», *Child Development*, vol. 72, n° 3, p. 929-946.
- RUSHTON, J.P. et A.R. JENSEN (2005). «Thirty years of research on race differences in cognitive ability», *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, p. 235-294.
- RUTLEDGE, T. et al. (2004). «Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The national heart, lung, and blood institute-sponsored women's ischemia syndrome evaluation study», *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, p. 882-888.
- RUTTER, M. et al. (2004). «Sex differences in developmental reading disability: New findings from 4 epidemiological studies», *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 16, p. 2007-2012.
- RYFF, C.D. (1995). «Psychological well-being in adult life», *Current Directions in Psychological Science*, 4, p. 99-104.
- RYFF, C.D. et B. SINGER (1998). «Middle age and well-being», *Encyclopedia of Mental Health*, 2, p. 707-719.
- SABBAGH, M.A. et D.A. Baldwin (2001). «Learning words from knowledgeable versus ignorant speakers: Links between preschoolers' theory of mind and semantic development», *Child Development*, vol. 72, n° 4, p. 1054-1070.
- SADEH, A., A. RAVIV et R. GRUBER (2000). «Sleep patterns and sleep disruptions in school age children», *Developmental Psychology*, vol. 36, n° 3, p. 291-301.
- SAHIN, E. et R.A. DEPINHO (2010). «Linking functional decline of telomeres, mitochondria and stem cells during ageing», *Nature*, 464, p. 271-278.
- SAIGAL, S. B. STOSKOPF, D. STREINER, M. BOYLE, J. PINELLI, N. PANETH et J. GODDEERIS (2006). «Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood: Comparison with normal birth-weight controls», *Journal of the American Medical Association*, 295, p. 667-675.

- SAINT-AMANT, J.-C. (2004). *L'école québécoise et les garçons: l'apprentissage de la domination*, <http://sisyphe.org>
- SAINT-JACQUES, M.-C. et S. DRAPEAU (2009). « Grandir au Québec dans une famille au visage diversifié », dans C. LACHARITÉ et J.P. GAGNIER (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir*, Montréal, Gaëtan Morin, Chenelière Éducation.
- SALIBU, H.M. et al. (2003). « Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 102, p. 1006-1014.
- SALLMEN, M., D.P. SANDLER, J.A. HOPPIN, A. BLAIR et D. DAY (2006). « Reduced fertility among overweight and obese men », *Epidemiology*, vol. 17, n° 5, p. 520-523.
- SAMPSON, R.J. (1997). « The embeddedness of child and adolescent development: A community-level perspective on urban violence », dans J. McCORD (dir.), *Violence and Childhood in the Inner City*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press, p. 31-77.
- SANDNABBA, H.K. et C. AHLBERG (1999). « Parents' attitudes and expectations about children's cross-gender behaviour », *Sex Roles*, vol. 40, p. 249-263.
- SANTÉ CANADA (2011). *Consultation - La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations de la naissance à six mois - Ébauche*, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- SANTÉ CANADA (2012). *In sécurité alimentaire des ménages au Canada en 2007-2008*, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- SANTÉ CANADA (2012). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé: Recommandations de la naissance à six mois*, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- SANTÉ CANADA (2013). *Les allergies alimentaires et les intolérances alimentaires*, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT et DES ÂÎNÉS (2002b). *Vieillesse en santé: Alimentation saine et vieillissement en santé*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2007). *Tous Riches de nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2011). *Protocole d'intervention en milieu scolaire pour les élèves atteints de diabète de type 1*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2012). *Espace informationnel C-14 Naissances - Évolution du taux d'accouchement selon le type et selon l'âge de la mère*, [www.informa.msss.gouv.qc.ca](http://www.informa.msss.gouv.qc.ca)
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2013). *Allergies et intolérances alimentaires*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2013). *Obésité chez l'enfant*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2013). *Trisomie 21, Génétique et incidence*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC (2013). *Virus du papillome humain (VPH)*, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- SAUDINO, K.J. et al. (2004). « Night and day: Are siblings as different in temperament as parents say they are? », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 87, p. 698-706.
- SAVIC, I., H. BERGLUND et P. LINDSTRÖM (2005). « Brain response to putative pheromones in homosexual men », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 102, p. 7356-7361.
- SAVIC, I., H. BERGLUND et P. LINDSTRÖM (2006). « Brain response to putative pheromones », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 102, n° 20, p. 7356-7361.
- SAVIC, I. et P. LINDSTRÖM (2008). « PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 105, p. 9403-9408.
- SAVIN-WILLIAMS, R.C. (2001). *Mom, Dad, I'm Gay. How Families Negotiate Coming Out*, Washington DC, American Psychological Association.
- SCHACHTER, D.L. (1999). « The seven sins of memory: Insights from psychology and cognitive neuro-science », *American Psychologist*, vol. 54, p. 182-203.
- SCHAEFER, E.S. (1965). « A configurational analysis of children's reports of parent behavior », *Journal of Consulting Psychology*, 29, p. 552-557.
- SCHAIK, K.W. (1989). « The hazards of cognitive aging », *The Gerontologist*, vol. 29, n° 4, p. 484-493.
- SCHAIK, K.W. (1994). « The course of adult intellectual development », *American Psychologist*, vol. 49, n° 4, p. 304-313.
- SCHAIK, K.W. (1996). *Intellectual Development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press.
- SCHAIK, K.W. (2005). *Developmental Influence on Adult Intelligence: The Seattle Longitudinal Study*, New York, Oxford University Press.
- SCHAIK, K.W. et S.L. WILLIS (2000). « A stage theory model of adult cognitive development revisited », dans B. RUBINSTEIN, M. MOSS et M. KLEBAN (dir.), *The Many Dimensions of Aging: Essays in Honor of M. Powell Lawton*, New York, Springer, p. 173-191.
- SCHARLACH, A.E. et K.I. FREDRIKSEN (1993). « Reactions to the death of a parent during midlife », *Omega*, vol. 27, p. 307-319.
- SCHETTER, C.D. (2009). « Stress processes in pregnancy and preterm birth », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 18, n° 4, p. 205-209.
- SCHLEGEL, A. et H. BARRY (1991). *Adolescence: An Anthropological Inquiry*, New York, Free Press.
- SCHLENKER, E.D. (2010). « Healthy aging: Nutrition concepts for older adults », dans T. Wilson, N.J. Temple, G.A. Bray et M.B. Struble (dir.), *Nutrition guide for physicians*, New York, Humana Press, p. 215-226.
- SCHMIDT, M. E. M. RICH, S. RIFAS-SHIMAN, E. OKEN et E. TAVERAS (2009). « Television viewing in infancy and child cognition at 3 years of age in a U.S. cohort », *Pediatrics*, vol. 123, n° 3, p. e370-375.
- SCHMIDT, P.J. et al. (1998). « Differential behavioural effects of gonadal steroids in woman with and in those without premenstrual syndrome », *The New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 4, p. 209-216.
- SCHNEIDER, B.H., L. ATKINSON et C. TARDIF (2001). « Child-parent attachment and children's peer relation: A quantitative review », *Developmental Psychology*, vol. 37, p. 86-100.
- SCHNEIDER, E.L. (1992). « Biological theories of aging », *Generations*, vol. 16, n° 4, p. 7-10.
- SCHNEIDER, H. et D. EISENBERG (2006). « Who receives a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in the United States elementary school population? », *Pediatrics*, vol. 117, p. 601-609.
- SCHOENI, R. et K. ROSS (2005). « Maternal assistance from family during the transition to adulthood », dans R.A. SETTERSTEN Jr, FF. FURSTENBERG Jr et R.G. RUMBAUT (dir.), *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy*, Chicago, University of Chicago Press, p. 396-416.
- SCHOLTENS, S., A.H. WIJGA, B. BRUNEKREEF, M. KERKHOFF, M.O. HOEKSTRA, J. GERRITSEN, R. AALBERSE, J.C. DE JONGSTE, H.A. SMIT. (2009). « Breast feeding, parental allergy and asthma in children followed for 8 years », *The PIAMA birth cohort study*, 64, p. 604-609.
- SCHREIBER, J.B. et al. (1996). « Weight modification efforts reported by preadolescent girls », *Pediatrics*, vol. 96, p. 63-70.
- SCHULENBERG, J.E. et N.R. ZARRETT (2006). « Mental health during emerging adulthood: Continuity and discontinuity in courses, causes, and functions », dans J.J. ARNETT et J.L. TANNER (dir.), *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21<sup>st</sup> century*, Washington DC, American Psychological Association, p. 135-172.
- SCHULTZ, R. et L.M. MARTIRE (2004). « Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, p. 240-249.
- SCHULZ, M.S., C.P. COWAN et PA. COWAN (2006). « Promoting healthy beginnings: Randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 74, n° 1, p. 20-31.
- SCHULZ, R. (1978). *A Psychology of Death, Dying, and Bereavement*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley.
- SCHULZ, R. et S.R. BEACH (1999). « Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, p. 2215-2219.
- SCHUMANN, C.M. et D.G. AMARAL (2006). « Stereological analysis of amygdala neuron number in autism », *Journal of Neuroscience*, vol. 26, n° 29, p. 7674-7679.
- SCHWARTZ, E.B., J.S. BROWN, J.M. CREASMAN, A. STUEBE, C.K. McCLURE, S.K. VAN DEN EEDEN et D. THOM (2010). « Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: A population-based study », *The American Journal of Medicine*, vol. 123, n° 9, p. 863.
- SCHWEINHART, L.J., H.V. BARNES et D.P. WEIKART (1993). *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 27*, Ypsilanti, Michigan, High/Scope Press, p. 231-246.
- SECRETARIAT À L'ADOPTION INTERNATIONALE DU QUÉBEC (2013). *Adoptions internationales Québec*, Statistiques 2012, <http://adoption.gouv.qc.ca>
- SECRETARIAT À L'ADOPTION INTERNATIONALE DU QUÉBEC (2012). *Les adoptions internationales au Québec*, [www.adoption.gouv.qc.ca](http://www.adoption.gouv.qc.ca)
- SÉCURITÉ PUBLIQUE, CANADA (2011). *La prévention de l'intimidation à l'école*, [www.securitepublique.gc.ca](http://www.securitepublique.gc.ca)
- SEEMAN, T.E., S.S. MERKIN, E.M. CRIMMINS et A. KARLAMANGLA (2009). « Disability trends among older Americans: National health and nutrition examination surveys, 1988-1994 and 1999-2004 », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 1, p. 100-107.
- SÉGUIN, M. (janvier 2010). « Nouveau regard sur le phénomène du suicide, Propos recueillis par Marciel-Denault, E. », *Psychologie Québec*, vol. 27, n° 1, p. 24-2.
- SÉGUIN, M. et F. ROY (2005). *Intervenir à la suite d'un suicide*, Outremont, Éditions Logiques, p. 83-85.
- SÉGUIN, M., A. BRUNET et L. LEBLANC (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Montréal, Gaëtan Morin, 200 p.
- SEIDLER, A., A. NEINHAUS, T. BERNHARDT, T. KAUPPINEN, A.L. ELO et L. FROlich (2004). « Psychosocial work factors and dementia », *Occupational and Environmental Medicine*, 61, p. 962-971.
- SELMAN, R.L. (1980). *The Growth of Interpersonal Understanding: Developmental and Clinical Analyses*, New York, Academic Press.
- SELTZER, J.A. (2004). « Cohabitation in the United States and Britain: Demography, kinship, and the future », *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, n° 4, p. 921-928.
- SÉNAT (2013). *Note de synthèse: l'âge de la majorité pénale et de la responsabilité pénale*, [www.senat.fr](http://www.senat.fr)
- SENECAL, C., M.-F. NADEAU et F. GUAY (2003). « Les déterminants de la procrastination académique: Un modèle médiationnel du contexte familial et des processus du soi », *Canadian Journal of Behavioural Science*.
- SENGHAS, A., S. KITA et A. OZYÜREK (2004). « Children creating core properties of language: Evidence from an emerging sign language in Nicaragua », *Science*, vol. 305, p. 1779-1782.
- SHANKARAN, S., A. DAS, C.R. BAUER, H.S. BADA, B. LESTER, L.L. WRIGHT et V. SMERIGLIO (2004). « Association between patterns of maternal substance use and infant birth weight, length, and head circumference », *Pediatrics*, 114, p. e226-e234.
- SHANKLAND, R. (2012). *Bien-être: le rôle de la gratitude, Psychologie positive et bien-être au travail*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson.
- SHARP, E.S., C.A. REYNOLDS, N.L. PEDERSEN et M. GATZ (2010). « Cognitive engagement and cognitive aging: Is openness protective? », *Psychology and Aging*, vol. 25, n° 1, p. 60-73.
- SHAW, B.A. et al. (2007). « Tracking changes in social relations throughout late life », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B, p. 90-99.
- SHAW, P. et al. (2006). « Intellectual ability and cortical development in children and adolescents », *Nature*, vol. 440, p. 676-679.
- SHAW, P. et al. (2007). « Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104, p. 19 649-19 654.
- SHAYER, M., D. GINSBURG et R. COE (2007). « Thirty years on - a large anti-Flynn effect? The Pragietan test volume & heaviness norms 1975-2003 », *British Journal of Educational Psychology*, vol. 77, n° 1, p. 25-41.
- SHAYWITZ, S.E., M. MODY et B.A. SHAYWITZ (2006). « Neural mechanisms in dyslexia », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 15, p. 278-281.
- SHEAR, M.K. et al. (2011). « Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 », *Depression and anxiety*, 28, p. 103-11.
- SHERMAN, E. (1993). « Mental health and successful adaptation in late life », *Generations*, vol. 17, n° 1, p. 43-46.





- STATISTIQUE CANADA (2010). *Étude canadienne sur le don, le bénévolat et la participation*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2010). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2010*, p. 12, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2010). *Mortalité infantile selon le groupe d'âge - et le sexe, Canada, Tableau 6-1*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2010). *Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Scolarité au Canada : niveau de scolarité, domaines d'études et lieu des études*, n° 99-012-x1F2011001.
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Hypertension artérielle*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *La situation des jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans dans les ménages*, n° 98-312-x201103 au catalogue, www12.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009*, n° 85-002-x, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, wwwstatcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Les dix principales causes de décès infantile, selon le sexe*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Recensement du Canada de 2011 : Tableaux thématiques*, www12.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2011). *Stress perçu dans la vie*, n° 82-229-x, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Rapport sur la santé, Le recours aux services médicaux d'aide à la conception (par Bushnik et al.)*, n° 82-003-x, vol.23, 4.
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Recensement de la population de 2011 : Familles, ménages, état matrimonial, type de construction résidentielle, logements collectifs*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2012a). *Suicide et taux de suicide selon le sexe et l'âge*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2012b). *Rapport sur la santé : taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat de 1994-2008*, 23(3), www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Études sur les sources de stress des travailleurs*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *La situation des jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans dans les ménages*, n° 98-312-2011003.
- STATISTIQUE CANADA (2013). *La violence faite aux femmes, 2011*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Le Revenu des Canadiens, 2011*, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Les femmes et l'éducation (par Martin Turcotte)*, n° 89-503-x, www.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Répartition (nombre et pourcentage) des familles comptant un couple avec enfants selon le statut de la famille recomposée, Canada, 2011*, www12.statcan.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Indicateurs de mieux-être au Canada, Vie familiale-Mortalité infantile*, www4.hrsdc.gc.ca
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Travail rémunéré*, www.statcan.gc.ca
- STAUDE, J.E.A., P.C.M. MOLENAAR et M.W. VAN DER MOLEN (1993). «Scalp topography of event-related brain potentials and cognitive transition during childhood», *Child Development*, vol. 64, p. 769-788.
- STEINBACH, U. (1992). «Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 47, n° 4, p. 183-190.
- STEINBERG, L. (2008). «A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking», *Developmental Review*, vol. 28, n° 1, p. 78-106.
- STEINBERG, L. et N. DARLING (1994). «The broader context of social influence in adolescence», dans R. SILBERSTEIN et E. TODT (dir.), *Adolescence in Context*, New York, Springer.
- STEINBERG, L. et E.S. SCOTT (2003). «Less guilty by reason of adolescence: Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty», *American Psychologist*, vol. 58, p. 1009-1018.
- STEINBERG, R.J. (2007). «The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success», *American Psychologist*, vol. 52, p. 1030-1037.
- STERN, Y. (2009). «Cognitive reserve», *Neuropsychologia*, vol. 47, n° 10, p. 2015-2028.
- STERNBERG, L. (1997). «Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 16, p. 55-59.
- STERNBERG, R.J. (2004). «Culture and intelligence», *American Psychologist*, vol. 59, p. 325-338.
- STERNBERG, R.J. (2005). «There are no public policy implications: A reply to Rushton and Jensen», *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, p. 295-301.
- STERNBERG, R.J. (2006). «A duplex theory of love», dans R.J. STERNBERG et K. WEIS (dir.), *The New Psychology of Love*, New Haven, Connecticut, Yale University Press, p. 184-199.
- STERNBERG, R.J. et J.A. HOVATH (1998). «Cognitive conceptions of expertise and their relations to giftedness», dans R.C. FRIEDMAN et K.B. ROGERSE (dir.), *Talent in Context: Historical and Social Perspectives on Giftedness*, Washington, American Psychological Association, p. 177-191.
- STERNBERG, R.J. et T.I. LUBART (1995). *Defying the Crowd: Cultivating Creativity in a Culture of Conformity*, New York, Free Press.
- STERNBERG, R.J., E.L. GRIGORENKO et S. OH (2001). «The development of intelligence at midlife», dans M.E. LACHMAN (dir.), *Handbook of Midlife Development*, New York, Wiley, p. 217-247.
- STICK, S.M. et al. (1996). «Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants», *The Lancet*, vol. 348, p. 1060-1064.
- STIFFER, C., M. COULEHAN et M. FISH (1993). «Linking employment to attachment», *International Journal of Behavior Development*, vol. 14, p. 45-65.
- STIPEK, D., H. GRALINSKI et C.B. KOPP (1990). «Self-concept development in the toddler years», *Developmental Psychology*, vol. 26, p. 972-977.
- ST-LAURENT, D. et C. BOUCHARD (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- STOELHORST, M.S.J. et al. pour LEIDEN-FOLLOW-UP PROJECT ON PREMATURITY (2005). «Changes in neonatology: Comparison of two cohorts of very preterm infants (gestational age < 32 weeks)», *Pediatrics*, vol. 115, p. 396-405.
- STOLL, B.J. et al. (2004). «Neuro-developmental and growth impairment among extremely low-birth-weight infants with neonatal infection», *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, p. 2357-2365.
- STOLLER, R.J. (1978). *Recherches sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard.
- STRAUS, M.A. (1994). *Beating the Devil Out of Them: Corporal Punishment in American Families*, San Francisco, Jossey-Bass.
- STRAUS, M.A. (1999). «The benefits of avoiding corporal punishment: New and more definitive evidence», *Raising America's Children, Durham, New Hampshire, Family Research Laboratory*, University of New Hampshire.
- STRAUS, M.A., E.M. DOUGLAS et R.A. MEDEIROS (2013). *Corporal Punishment and Its Effects on Children's Cognitive and Social Development*, Routledge.
- STRAUS, M.A. et J.H. STEWART (1999). «Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics», *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 2, n° 21, p. 55-70.
- STRIANO, T. (2004). «Direction of regard and the still-face effect in the first year: Does intention matter?», *Child Development*, vol. 75, p. 468-479.
- STRIEGEL-MOORE, R.H. et C. BULK (2007). «Risk factors for eating disorders», *American Psychologist*, vol. 62, p. 181-198.
- STROEBE, M., H. SCHUT et W. STROEBE (2007). «Health outcomes of bereavement», *Lancet*, vol. 370, p. 1960-1973.
- STROEBE, M.S., R.O. HANSSON, W. STROEBE et H. SCHUT (2001). *Introduction: Concept and issues in contemporary research on bereavement, Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*, Washington, DC, APA Press.
- STROHSCHNEIN, L. (2005). «Parental divorce and child mental health trajectories», *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, p. 1286-1300.
- STRONG, B. et al. (2005). *Human Sexuality: Diversity in Contemporary America* (5<sup>e</sup> éd.), Boston, McGraw-Hill.
- STRULLY, K.W. (2009). «Job loss and health in the U.S. labor market», *Demography*, vol. 46, n° 2, p. 221-246.
- STUEVE, A. et O'DONNELL, L.N. (2005). «Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths», *American Journal of Public Health*, vol. 95, p. 887-893.
- SUBRAHMANYAM, K., S.M. REICH, N. WAECHESTER et G. ESPINOZA (2008). «Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults», *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 29, n° 6, p. 420-433.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION (SAMHSA), OFFICE OF APPLIED STUDIES (2005). *Depression among Adolescents: NSDUH Report*, Rockville, Maryland: Author.
- SULLIVAN, K.T., L.A. PASCH, M.D. JOHNSON et T.N. BRADBURY (2010). *Social support, problem solving, and the longitudinal course of newlywed marriage*,
- SUN, Y. (2001). «Family environment and adolescents' well-being before and after parents' marital disruption», *Journal of Marriage and Family*, 63, p. 697-713.
- SUOMI, S. et H. HARLOW (1972). «Social rehabilitation of isolate-reared monkeys», *Developmental Psychology*, vol. 6, p. 487-496.
- SÛRETÉ DU QUÉBEC (2013). *Des réponses à tes questions*, www.sq.gouv.qc.ca
- SUSMAN, E.J. et A. ROGOL (2004). «Puberty and psychological development», dans R.M. LERNER et L. STEINBERG (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2<sup>e</sup> éd.), Hoboken, New Jersey, Wiley, p. 15-44.
- SWALLEN, K.C. et al. (2005). «Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: The national longitudinal study of adolescent health», *Pediatrics*, vol. 115, p. 340-347.
- SWAN, S.H. et al. (2003). «Semen quality in relation to biomarkers of pesticide exposure», *Environmental Health Perspectives*, vol. 111, p. 1478-1484.
- SWANSON, H.L. (1999). «What develops in working memory?», *Developmental Psychology*, vol. 35, p. 986-1000.
- SZATMARI, P. et al. (2007). «Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements», *Nature Genetics*, vol. 39, p. 319-328.
- SZKRYBALO, J. et D.N. RUBLE (1999). «God made me a girl: Sex category constancy judgments and explanations revisited», *Developmental Psychology*, 35, p. 392-403.
- TABLE DE CONCERTATION DES GROUPES DE FEMMES DE LA MONTÉRÉGIE (2012). *Les stéréotypes sexistes ! Un frein à la diversification des choix de carrière*, http://tgfm.qc.ca
- TACKETT, J.L. et al. (2005). «Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: Evidence for etiologic distinctions», *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 114, p. 483-487.
- TAMIS-LEMONDA, C.S., M.H. BORNSTEIN et L. BAUMWELL (2001). «Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones», *Child Development*, vol. 72, n° 3, p. 748-767.
- TANDA, G., F.E., PONTIERI et G. DICHIARA (1997). «Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common ni opiod receptor mechanism», *Science*, vol. 276, p. 2048-2050.
- TARABULSY, G.M. et al. (2003). «Individual differences in infant still-face response at 6 months», *Infant Behavior & Development*, vol. 26, p. 421-438.
- TARABULSY, G.M., S. LAROSE, A. BERNIER, K. TROTIER-SYLVAIN, D. GIRARD, M. VARGAS et C. NOËL (2012). «Attachment states of mind in late adolescence and the quality and course of romantic relationships in adulthood», *Attachment and Development*, vol. 14, n° 6, p. 621-643.
- TARDIF, J. (1997). *Pour un enseignement stratégique: L'apport de la psychologie cognitive*, Montréal, Les éditions Logiques.
- TASKER, F.L. et S. GOLOMBOK (1997). *Growing up in a lesbian family: Effects on child development*, New-York, Guilford Press.
- TAYLOR, H.G. et al. (2001). «Middle-school-age outcomes in children with very low birthweight», *Child Development*, vol. 71, n° 6, p. 1495-1511.





- problems», *Journal of Optometric Vision Development*, vol. 32, n° 2, p. 107-110.
- WILLIAMS, J. et al. (2005). «Health-related quality of life of overweight and obese children», *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, p. 70-76.
- WILLIAMS, K. (2004). «The transition to widowhood and the social regulation of health: Consequences for health and health risk behavior», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, p. 343-349.
- WILLIS, S.L. et K.W. SCHAIÉ (1999). «Intellectual functioning in midlife», dans S.L. WILLIS et J.D. REID (dir.), *Life in the Middle: Psychological and Social Development in Middle Age*, San Diego, Academic Press, p. 233-247.
- WILLIS, S.L. et K.W. SCHAIÉ (2005). «Cognitive trajectories in midlife and cognitive functioning in old age», dans S.L. Willis et M. Martin (dir.), *Middle adulthood: A lifespan perspective*, (p. 243-276), Thousand Oaks, CA, Sage.
- WILLIS, S.L. et K.W. SCHAIÉ (2006). «Cognitive functioning in the baby boomers: Longitudinal and cohort effects», dans S.K. WHITBOURNE et S.L. WILLIS (dir.), *The Baby Boomers Grow Up: Contemporary Perspectives on Midlife*, Mahwah, New Jersey, Erlbaum, p. 205-234.
- WILMOTH, J. et G. KOSO (2002). «Does marital history count? Marital status and wealth outcomes among preretirement adults», *Journal of Marriage and Family*, vol. 64, p. 254-268.
- WILSON, B.J. (2008). «Media and children's aggression, fear, and altruism», *Future of Children*, 18, p. 87-118.
- WILSON, G.T., C.M. GRILO et K.M. VITOUSEK (2007). «Psychological treatment of eating disorders», *American Psychologist*, vol. 62, p. 199-216.
- WILSON, J.Q. et R.J. HERRNSTEIN (1985). *Crime and human nature*, New York, Simon & Schuster.
- WILSON, R.S. et D.A. BENNETT (2003). «Cognitive activity and risk of Alzheimer's disease», *Current Directions in Psychological Science*, vol. 12, p. 87-91.
- WINNER, E. (2000). «The origins and ends of giftedness», *American Psychologist*, vol. 55, p. 159-169.
- WISERMA, B.A. (2001). «The gendered world of Disney: A content analysis of gender themes in full-length animated Disney feature films [Abstract]», *Dissertation Abstracts International*, 61, p. 4973.
- WISNER, K.L., C. CHAMBERS et D.K.Y. SIT (2006). «Postpartum depression: A major public health problem», *Journal of the American Medical Association*, 296, p. 2616-2621.
- WOERLEE, G.M. (2005). *Mortal Minds: The Biology of the Near-Death Experience*, New York, Prometheus Books.
- WOLFF, J.J. et al. (2012). «Differences in white matter fiber tract development present from 6 to 24 months in infants with autism», *American Journal of Psychiatry*, 169, p. 589-600.
- WONG, M.M. et al. (2006). «Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: A prospective study from preschool to adolescence», *Child Development*, vol. 77, p. 1016-1033.
- WOOD, B., HASSALL I., HOOK G. (2011). «Unreasonable Force: New Zealand's Journey Towards Banning the Physical Punishment of Children», *Wellington: Journal of Pediatrics and Child Health*, 47, p. 491-49.
- WOOD, D. (1980). «Teaching the young child: Some relationships between social interaction, language and thought», dans D. Olson (dir.), *The social foundation of language and thought*, New York, Norton, p. 280-296.
- WOODRUFF, T.J. et al. (2004). «Trends in environmentally related childhood illnesses», *Pediatrics*, vol. 113, p. 1133-1140.
- WOOLLEY, J.D. (1997). «Thinking about fantasy – are children fundamentally different thinkers and believers from adults?», *Child Development*, vol. 68, n° 6, p. 991-1011.
- WOOLLEY, J.D. et E.A. BERGER (2002). «Development of beliefs about the origins and controllability of dreams», *Developmental Psychology*, vol. 38, n° 1, p. 24-41.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *Infant and young child feeding (model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals)*, p. 9-17 Genève, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2003). *The world health report—shaping the future*, www.who.int
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *World health statistics 2011*, Genève, Author.
- WORTMAN, C.B. et R.C. SILVER (1989). «The myths of coping with loss», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, n° 3, p. 349-357.
- WRIGHT, V.C. et al. (2006). «Assisted reproductive technology surveillance – United States, 2003», *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, vol. 55, n° SS-04, p. 1-22.
- WRIGHT, V.C. et al. (2008). «Assisted reproductive technology surveillance – United States, 2005», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, n° SS-05, p. 1-23.
- WU, Z. et R. HART (2002). «The effects of marital and nonmarital union transition on health», *Journal of Marriage and Family*, vol. 64, n° 2, p. 420-432.
- XIE, H. et al. (2006). «What makes a girl (or a boy) popular (or unpopular)? African American children's perceptions and developmental differences», *Developmental Psychology*, vol. 42, p. 599-612.
- YAMADA, A. et T. SINGELIS (1999). «Biculturalism and self-construal», *International Journal of Intercultural Relations*, vol. 23, p. 697-709.
- YAMADA, H. (2004). «Japanese mothers' views of young children's areas of personal discretion», *Child Development*, vol. 75, p. 164-179.
- YAU, J.P., M. TAUSOPOULOS-CHAN et J.G. SMETANA (2009). «Disclosure to parents about everyday activities among American adolescents from Mexican, Chinese and European backgrounds», *Child Development*, vol. 80, n° 5, p. 1481-1498.
- YAZIGI, R.A., R.R. ODEM et K.L. POLAKOSKI (1991). «Demonstration of specific binding of cocaine to human spermatozoa», *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, p. 1956-1959.
- YEH, H. et al. (2006). «Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife», *Journal of Family Psychology*, vol. 20, p. 339-343.
- YEUNG, W.J. et al. (2001). «Children's time with fathers in intact families», *Journal of Marriage and Family*, vol. 63, n° 1, p. 136-154.
- YINGLING, C.D. (2001). «Neural mechanisms of unconscious cognitive processing», *Clinical Neurophysiology*, vol. 112, n° 1, p. 157-158.
- YOSHIKAWA, H. (1994). «Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks», *Psychological Bulletin*, vol. 115, n° 1, p. 28-54.
- YOUNG, K.A. et al. (2007). «5HTTLPR Polymorphism and Enlargement of the Pulvinar: Unlocking the Backdoor to the Limbic System», *Biological Psychiatry*, vol. 61, n° 1, p. 813-818.
- YOUNG, M. et G. DUMBRILL (2010). *Le counseling clinique: une composante essentielle des services de bien-être de l'enfance*, Toronto Ontario Association of Children's Aid Societies, 149 p.
- YOUNGLADE, L.M., C. THEOKAS, J. SCHULENBERG, L. CURRY, I.-C. HUANG et M. NOVAK (2007). «Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence», *Pediatrics*, 119, p. 47-53.
- YUNGER, J.L., P.R. CARVER et D.G. PERRY (2004). «Does gender identity influence children's psychological well-being?», *Developmental Psychology*, vol. 40, p. 572-582.
- YURGELUN-TODD, D. (2002). *Inside the Teenage Brain*, www.pbs.org
- ZAHN-WAXLER, C., M. RADKE-YARROW, E. WAGNER et M. CHAPMAN (1992). «Development of concern for others», *Developmental Psychology*, 28, p. 126-136.
- ZECH, E. (2006). *Psychologie du deuil, Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*, Belgique, Éditions Mardaga, p. 64, 229-230.
- ZELAZO, P.D., J.S. REZNICK et J. SPINAZZOLA (1998). «Representational flexibility and response control in a multistep, multilocation search task», *Development Psychology*, vol. 34, p. 203-214.
- ZHANG, Q.F. (2004). «Economic transition and new patterns of parent-adult child coresidence in china», *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 1232-1245.
- ZHAO, Y. (2002). «Cultural divide over parental discipline», *New York Times*, 29 mai.
- ZIGLER, E., C. TAUSSIG et K. BLACK (1992). «Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency», *American Psychologist*, vol. 47, p. 997-1006.
- ZIMMERMAN, B.J., A. BANDURA et M. MARTINEZ-PONS (1992). «Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting», *American Educational Research Journal*, vol. 29, p. 663-676.
- ZIMMERMAN, F.J., D.A. CHRISTAKIS et A.N. MELTZOFF (2007). «Associations between media viewing and language development in children under age 2 years», *Journal of Pediatrics*, vol. 151, n° 4, p. 364-368.

# SOURCES ICONOGRAPHIQUES

Photo de la couverture : © Image Source/Corbis

## CHAPITRE 1

Ouverture de chapitre : ©Frédéric Cirou/PhotoAlto/Agéfotostock ; p. 4 : © dbrskinner/iStockphoto ; p. 6 : Brand X Pictures/Jupiter Images ; p. 9 : atikinka/Shutterstock.com ; p. 13 : © Hulton-Deutsch Collection/CORBIS ; p. 15 : © Ted Streshinsky/CORBIS ; p. 17 : © Hulton-Deutsch Collection/CORBIS ; p. 18 (photo du haut) : © Bettmann/CORBIS ; p. 18 (photo du bas) : © Bettmann/CORBIS ; p. 19 : Albert Bandura ; p. 21 : © Bettmann/CORBIS ; p. 23 : © Davidson Films Inc. ; p. 24 : © John Hopkins/Alamy ; p. 26 : © Roger Ressmeyer/CORBIS ; p. 27 : © Bettmann/CORBIS ; p. 28 : Courtesy of the Division of Rare and Manuscript Collections, Cornell University Library ; p. 31 : Jacques Nadeau.

## CHAPITRE 2

Ouverture de chapitre : © Michael Pettigrew/Dreamstime.com ; p. 40 (photo du haut) : Michael McCann Photography/Getty Images ; p. 40 (photo du bas) : MEDI-MATION/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; p. 41 : Ray Evans/Media Bakery ; p. 43 : SIGRID GOMBERT/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; p. 44 : Lennart Nilsson/Albert Bonniers Forlag AB, A CHILD IS BORN, Dell Publishing Company ; p. 46 : JOTI/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; p. 47 : © ilbusca/iStockphoto ; p. 48 : M. Scott Brauer/Alamy ; p. 50 : © NewVillage/iStockphoto ; p. 52 : © Kristian Buus/Alamy ; p. 53-54 (tableau 2.2) : Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers ; DR G. MOSCOSO/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; DOPAMINE/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; EDELMANN/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; JAMES STEVENSON/SCIENCE PHOTO LIBRARY ; Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers ; Claude Edelmann/Gamma-Rapho ; Maciej Bogacz/iStockphoto ; p. 56 (photo du haut) : Frederic Cirou/Media Bakery ; p. 56 (photo du bas) : skyneshier/iStockphoto ; p. 57 : © George Steinmetz ; p. 59 : REUTERS/Kyodo ; p. 61 : © Sebastien Desarmaux/GODONG/Godong/Corbis ; p. 63 : © Fertnig/iStockphoto ; p. 66 : John Cole/Science Source ; p. 68 : © Qwasyx/iStockphoto.

## CHAPITRE 3

Ouverture de chapitre : © princessdlaf/iStockphoto ; p. 74 : Maria Uspenskaya/Shutterstock.com ; p. 78 (tableau 3.1) : Pidjoe/iStockphoto ; Vladimirs Prusakovs/iStockphoto ; Laura Dwight ; Laura Dwight ; © Zena Holloway/Corbis ; © Blend Images/SuperStock ; Elli Thor Magnusson/Media Bakery ; p. 80 : © Mcont/Dreamstime.com ; p. 81 : © zergkind/iStockphoto ; p. 84 (tableau 3.2) : © Renata Osinska - Fotolia.com ; Monkey Business Images/Shutterstock ; Derek Latta/iStockphoto ; Yvonne Chamberlain/iStockphoto ; © kolosm/iStockphoto ; dra\_schwartz/iStockphoto ; Eduard Titov/Shutterstock ; Jennie Endriss/Shutterstock ; gary sludden/iStockphoto ; p. 85 : Elena Korenbaum/iStockphoto ; p. 86 : © Greenland/Dreamstime.com ; p. 87 : © vgajic/iStockphoto ; p. 89 : © Alex-Zabusik/iStockphoto ; p. 91 : Tatyana Vyc/Shutterstock.com ; p. 92 : © ersler/iStockphoto ; p. 94 : Uniquely India/Age Fotostock ; p. 95 : greenland/Shutterstock.com ; p. 96 (photo du haut) : © Nadine Mitchell/Dreamstime.com ; p. 96 (photo du bas) : © JackF/iStockphoto ; p. 97 : Dustin Steller/iStockphoto ; p. 100 : Jordan Reeder - Reeder Studios, LLC/Getty Images ; p. 103 : © jtyler/iStockphoto ; p. 104 Huntstock/Getty Images ; p. 106 : © Peter Dressel/Blend Images/Corbis ; p. 107 : Olesya Feketa/Shutterstock.com.

## CHAPITRE 4

Ouverture de chapitre : © JonathanCohen/iStockphoto ; p. 112 : Dave Clark Digital Photo/Shutterstock.com ; p. 113 : MaxTopchii/Shutterstock.com ; p. 114 (photo du haut) : Olesya Feketa/Shutterstock.com ; p. 114 (photo du bas) : © Dr\_Terwilliger/iStockphoto ; p. 115 : © diane39/iStockphoto ; p. 117 : kitty/Shutterstock.com ; p. 118 : © sturti/iStockphoto ; p. 120 : Monkey Business Images/Shutterstock.com ; p. 121 : Jean-François Lemire/shootstudio.ca ; p. 123 : © Maya23K/iStockphoto ; p. 125 : © Yuri\_Arcurs/iStockphoto ; p. 127 (photo du haut) : Time & Life Pictures/Getty Images ; p. 127 (photo du bas) : © stu99/iStockphoto ;

p. 130 : © Ammentorp/Dreamstime.com ; p. 131 : Tanee/Shutterstock.com ; p. 132 : Muriel Leclerc/Regroupement des CPE des régions ; p. 134 : norhazan/Shutterstock.com ; p. 135 : © sundikova/iStockphoto ; p. 136 : © jordanchez/iStockphoto.

## CHAPITRE 5

Ouverture de chapitre : © Shae Cardenas/Dreamstime.com ; p. 142 (photo du haut) : Julia Pivovarova/Thinkstock ; p. 142 (photo du bas) : © jaron/iStockphoto ; p. 144 : Dave Clark Digital Photo/Shutterstock.com ; p. 146 : © Maica/iStockphoto ; p. 147 : Ilike/Shutterstock.com ; p. 148 : Morales/Media Bakery ; p. 149 : Jozef Sedmak | Dreamstime.com ; p. 150 : Ingrid Balabanova/Shutterstock.com ; p. 152 : gorillaimages/Shutterstock.com ; p. 153 (figure 5.1) : Serge Rousseau ; p. 145 (tableau 5.3) : Serge Rousseau ; p. 158 : © Juanmonino/iStockphoto ; p. 160 : Olimpik/Shutterstock.com ; p. 161 : André-Olivier Lyra/Carnaval de Québec ; p. 162 : auremar/Shutterstock.com ; p. 164 : © paulaphoto/iStockphoto ; p. 165 : photobank.ch/Shutterstock.com ; p. 166 : Julia Metkalova/Shutterstock.com ; p. 167 (tableau 5.6) : 1- Tao Peng/iStockphoto, 2- Jan Vancura/iStockphoto, 3- Graham Mitchell/iStockphoto, 4- Baris Simsek/iStockphoto ; p. 168 : KidStock/Media Bakery ; p. 169 : © TatyanaGl/iStockphoto ; p. 170 : Tyler Olson/Shutterstock.com.

## CHAPITRE 6

Ouverture de chapitre : yanlev - Fotolia.com ; p. 177 : Maryna Kulchytska/Shutterstock.com ; p. 178 : waldru/Shutterstock.com ; p. 179 : Pressmaster/Shutterstock ; p. 182 : Tracey Helmboldt/Shutterstock.com ; p. 183 : Iakov Filimonov/Shutterstock.com ; p. 187 : © Tyler Olson/Dreamstime.com ; p. 188 : Jennie Hart/Alamy ; p. 190 : auremar/Shutterstock.com ; p. 192 : greenland/Shutterstock.com ; p. 193 (photo du haut) : © matka\_Wariatka/iStockphoto ; p. 193 (photo du bas) : Fuse/Thinkstock ; p. 197 : CandyBox Images/Shutterstock.com ; p. 198 : Sandro Di Carlo Darsa/Media Bakery ; p. 200 : kilukilu/iStockphoto ; p. 202 : herjua/Shutterstock.com.

## CHAPITRE 7

Ouverture de chapitre : DNF Style/Shutterstock.com ; p. 209 : Smallhodzic/Shutterstock.com ; p. 210 : © David Young-Wolff/PhotoEdit ; p. 211 : Kais Tolmats/iStockphoto ; p. 212 : John Birdsall/maxx images ; p. 214 : Denis Kuvaev/Shutterstock.com ; p. 217 : Jason\_V/iStockphoto ; p. 220 : Bogumil/Shutterstock.com ; p. 222 : Bob Daemrrich/Image Works ; p. 223 : José Luis Girarte/iStockphoto ; p. 226 : AVAVA/Shutterstock.com ; p. 228 : wavebreakmedia/Shutterstock.com ; p. 230 : wavebreakmedia/Shutterstock.com ; p. 231 : Timothée B Guzzo/Club des petits déjeuners ; p. 232 : Monkey Business Images/Shutterstock.com ; p. 235 : ableimages/Alamy.

## CHAPITRE 8

Ouverture de chapitre : Pressmaster/Shutterstock.com ; p. 240 : Goodluz/Shutterstock.com ; p. 241 : Tim MacPherson/Media Bakery ; p. 242 : uwe umstätter/Media Bakery ; p. 244 : Jupiterimages/Thinkstock ; p. 246 : Robert Harding Picture Library/SuperStock ; p. 247 : IPGutenbergUKLtd/iStockphoto ; p. 248 : Jacques Nadeau ; p. 249 Alexey Khromushin/iStockphoto ; p. 254 : Shepic/Alamy ; p. 255 : Monkey Business Images | Dreamstime.com ; p. 257 : Squared-pixels/iStockphoto ; p. 258 : YAY Media AS/Alamy ; p. 259 : Twin Design/Shutterstock.com ; p. 263 : Dawna Stafford/Thinkstock ; p. 264 : Michael Newman/PhotoEdit ; p. 267 : © dmbaker/iStockphoto ; p. 268 : Szasz-Fabian Ilka Erika/Shutterstock.com.

## CHAPITRE 9

Ouverture de chapitre : shironosov/Thinkstock ; p. 272 : © sturti/iStockphoto ; p. 276 : IS\_ImageSource/iStockphoto ; p. 278 : Michael Krinke/iStockphoto ; p. 280 : Klubovy/iStockphoto ; p. 281 : Steve Debenport/iStockphoto ; p. 282 :

Bubbles Photolibrary/Alamy; p. 285: craftvision/iStockphoto; p. 286: Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 288: hjalmeida/iStockphoto; p. 290: arindambanerjee/Shutterstock.com; p. 293: Casarsa/iStockphoto; p. 299: © Getty Images/Thinkstock; p. 301: Hello Lovely/Media Bakery; p. 302: Surkov Dimitri/Shutterstock.com; p. 304: TPG/Media Bakery.

#### CHAPITRE 10

Ouverture de chapitre: © ASIFE/iStockphoto; p. 308: Michael Blann/Thinkstock; p. 309: Jim West/Age Fotostock/MaXx Images; p. 312: Jim West/Age Fotostock/MaXx Images; p. 317: Julie Smith/BlueMoon Stock/Age Fotostock; p. 318: efenzi/iStockphoto; p. 321: digitalskillet/iStockphoto; p. 323 (photo du haut): Mike Watson Images/Thinkstock; p. 323 (photo du bas): John Lund/Media Bakery; p. 325: CandyBox Images/Shutterstock.com; p. 326: MariaPavlova/iStockphoto; p. 327 (photo du haut): shironosov/Thinkstock; p. 327 (photo du bas): Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 329: Catherine Yeulet/Thinkstock.

#### CHAPITRE 11

Ouverture de chapitre: Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 336: ©/Fancy Collection/SuperStock; p. 339: © stray\_cat/iStockphoto; p. 341: Ellis Bronte/Media Bakery; p. 342: CandyBox Images/Shutterstock.com; p. 346: p. Paul Matthew Photography/Shutterstock.com; p. 350: Mila Supinskaya/Shutterstock.com; p. 352: g-stockstudio/Shutterstock.com; p. 357: Visionsi/Shutterstock.com; p. 359: Peter Bernik/Shutterstock.com; p. 362: LovelyColorPhoto/Shutterstock.com; p. 363: diego cervo/Big Stock Photo; p. 365: bikeriderlondon/Shutterstock.com; p. 367: Ermolaev Alexander/Shutterstock.com; p. 368: Jim Varney/Photo Researchers, Inc.; p. 369: Photobac/Shutterstock.com.

#### CHAPITRE 12

Ouverture de chapitre: bikeriderlondon/Shutterstock.com; p. 374: © Oktay Ortakcioglu/iStockphoto; p. 376: Gautier Willaume/iStockphoto; p. 379: © quavondo/iStockphoto; p. 381: Tetra Images/Thinkstock; p. 385: Presse Canadienne/Montreal Gazette/John Mahone; p. 388: CC Studio/Science Source; p. 389: Presse Canadienne/Tibor Kolley/Globe and Mail; p. 391: Marc

Romanelli/Media Bakery; p. 393: Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 395: Fuse/Thinkstock; p. 396: Goodluz/Shutterstock.com; p. 397: Monkey Business Images/Shutterstock.com; p. 399: auremar/Shutterstock.com; p. 400: atikinka/Shutterstock.com; p. 401 (photo du haut): Stephen St. John/Media Bakery; p. 401 (photo du bas): © Alina555/iStockphoto; p. 403: © Pierre Dury; p. 405: Bloomberg/Getty Images.

#### CHAPITRE 13

Ouverture de chapitre: Galushko Sergey/Shutterstock.com; p. 410 (photo du haut): © Monkey Business Images/Dreamstime.com; p. 410 (photo du bas): AFP/Getty Images; p. 411: Buddhika Weerasinghe/Stringer/Getty Images; p. 413: Jacques Nadeau – Le Devoir; p. 414: © Terry J Alcorn/iStockphoto; p. 417: Kristo-Gothard Hunor/Shutterstock.com; p. 418: Visual Unlimited; p. 419: Lisa F. Young/Shutterstock.com; p. 420: © Mark Bowden/iStockphoto; p. 421: Spencer Grant/Photo Researchers, Inc.; p. 422: © Squaredpixels/iStockphoto; p. 424: DR ROBERT FRIEDLAND/SCIENCE PHOTO LIBRARY; p. 425: BSIP SA/Alamy; p. 426: Meera Paleja; p. 428: © RapidEye/iStockphoto; p. 430: © Diego Vito Cervo/Dreamstime.com; p. 431: Presse canadienne/Denis Beaumont; p. 433 (photo du haut): Paul Barton/Media Bakery; p. 433 (photo du bas): © BeyondImages/iStockphoto; p. 434: © Ellen B. Senisi; p. 435: MBI/Alamy; p. 438: © sxsi/iStockphoto; p. 439: dotshock/Shutterstock.com.

#### CHAPITRE 14

Ouverture de chapitre: © bibikoff/iStockphoto; p. 444: © Kuzma | Dreamstime.com; p. 445: Jacques Nadeau; p. 448 (photo du haut): © Benoit Beauregard/iStockphoto; p. 448 (photo du bas): AP Photo; p. 450: Reddoch Graphics/iStockphoto; p. 453: © Voisi/Phanie/ The Image Works; p. 455: © Rubberball/iStockphoto; p. 458: Presse canadienne/Paul Chiasson; p. 460: Cathy Keifer/iStockphoto; p. 463: © Frantab01/Dreamstime.com; p. 464: © Tatiana Morozova/Dreamstime.com; p. 465: epa european pressphoto agency b.v./Alamy; p. 466 (photo du haut): RobertHoetink/Thinkstock; p. 466 (photo du bas): Manchan/Media Bakery.

# INDEX

## A

**Abandon**  
de l'ainé, 438  
peur de l'\_, 200  
sentiment d'\_, 450

**Absentéisme**, 368, 385

**Abus**, 118  
antécédant d'\_, 318  
d'alcool, 285, 342  
de drogue, 285  
de droit, 438  
de pouvoir, 368  
de substances, 285-287  
physique, 197  
sexuel, 160, 168, 438

**Acceptation**  
de l'échec, 179  
de la maladie, 425  
de la mort, 448  
de soi, 394

**Accident**  
cardiovasculaire, 383  
vasculaire cérébral, 339, 383, 422

**Accommodation**, 22, 87-89, 392  
**identitaire**, 393

Accomplissement, sentiment d'\_, 431

**Accouchement**, 60-62, *voir aussi* Naissance(s)  
complications lors de l'\_, 232, 234, 321  
par césarienne, 55, 58, 61-62  
par voie naturelle, 60-61  
préparation à l'\_, 62

**Acide désoxyribonucléique (ADN)**, 41, 42, 415-416

Acide folique, 55-56  
carence en \_, 55

**Acouphène**, 419

**Action**  
d'équilibration et de stabilisation, 143  
d'orientation-approche, 144-145  
de changement de position, 143  
de locomotion, 143  
de manipulation, 144-145  
de préhension, 144-145  
de projection, 144-145  
de restitution, 144-145  
de transmission de force, 143  
graphique, 144-145

**Activité(s)**  
cognitive, 426  
de loisir, 433  
hormonale, 273  
manuelles, 144-145  
parallèle, 169  
parascolaires, 299, 301, 304  
physique, 213-214, 279-280, 339, 342, 345, 385, 414, 419-420, 426  
sérotonergique, 283  
sexuelles, 314-315, 317, 344-346, 419-420  
solitaires, 433

Actualisation de soi, 26  
besoin d'\_, 27

**Adaptation**, 22  
à la mort, 464  
au rôle parental, 369  
au stress, 340, 342  
capacité d'\_, 404  
de l'enfant au divorce ou à la séparation, 249  
émotionnelle, 172, 242  
psychologique, 327  
sociale, 252  
troubles d'\_, 232, 268

**Adéquation**, 119

Adiposité, 273, 275-276, 282

**Adolescence**, 272  
abus de substances à l'\_, 285-287  
activité physique à l'\_, 279-280  
amitié à l'\_, 327  
conception de l'\_, 7

délinquance à l'\_, 328-330  
développement affectif et social à l'\_, 308-332  
développement cognitif à l'\_, 290-293  
développement des relations affectives et sociales à l'\_, 322-328  
développement du langage à l'\_, 292-293  
développement moral à l'\_, 294-298  
développement physique à l'\_, 272-277  
éducation à l'\_, 298-304  
études sur l'\_, 10  
grossesse à l'\_, 50, 55, 315, 321  
mortalité à l'\_, 288-289  
quête de l'identité à l'\_, 308-313  
santé physique et mentale à l'\_, 278-289  
sexualité à l'\_, 313-321  
troubles alimentaires à l'\_, 276, 280-284  
troubles psychosociaux à l'\_, 328-332

**Adolescent(e)**  
comportements sexuels de l'\_, 314-315  
dépressif, 283-284, 287-288, 322-323, 327  
égocentrique, 293  
en milieu de travail, 303-304  
habiletés cognitives héréditaires de l'\_, 48  
mère \_, 321  
obèse, 280-281  
perception de la mort chez l'\_, 457  
père \_, 321  
populaire, 326  
prise de risque de l'\_, 277-278  
relations entre le parent et l'\_, 323-324, 398

**Adoption**, 50, 252, 370  
attachement et \_, 132  
études sur l'\_, 47  
internationale, 252

**Adrénaline**, 339

**Adrénarque**, 273

**Adulte**  
célibataire, 343, 355, 359, 365  
opposition à l'\_, 194  
perception de la mort chez l'\_, 458-459  
vivant en établissement, 435  
vivant seul, 434-436

**Adulte (jeune)**  
développement affectif et social chez l'\_, 354-361  
développement cognitif chez l'\_, 347-354  
développement physique chez l'\_, 338-344  
rôles sociaux de l'\_, 365-370  
sexualité chez l'\_, 344-346  
styles de vie de l'\_, 361-365

**Adulte d'âge avancé**, 410  
développement affectif et social chez l'\_, 431-439  
développement cognitif chez l'\_, 427-430  
relations interpersonnelles chez l'\_, 436-439  
santé physique et mentale chez l'\_, 420-426  
vie sociale chez l'\_, 433-435

**Adulte d'âge mûr**, 374-375  
développement affectif et social chez l'\_, 390-394  
développement cognitif chez l'\_, 386-390  
développement physique chez l'\_, 375-385  
intelligence de l'\_, 387-389  
préoccupations professionnelles de l'\_, 403-405  
relations sociales de l'\_, 394-403  
santé physique et mentale de l'\_, 381-385  
sexualité chez l'\_, 380-381  
transition de l'\_, 391-392

Affection, besoin d'\_, 27

Affectivité négative, 341

**Affinité émotionnelle**, 395

## Âge

de la mère, 55, 61  
du parent, 203  
du père, 59

**fonctionnel**, 414

**Âge adulte**  
atteinte de la maturité à l'\_, 337  
espérance de vie et allongement de l'\_, 336  
études sur l'\_, 10  
perspectives générales de l'\_, 336-337

**Agent tératogène**, 55, 56

**Âgisme**, 410

Agitation, 57, 462

Agoraphobie, 357

**Agression**, 256-260  
directe, 259  
physique, 196, 257, 259, 264, 363-364  
**psychologique**, 199  
relationnelle, 257  
sexuelle, 264, 364

**Agressivité**, 342, 357  
chez l'enfant, 114, 131, 181, 194-197, 245, 254, 256-260  
chez le garçon, 181  
dans le jeu, 114  
déclencheurs de l'\_, 197  
développement de l'\_, 196  
directe, 256  
du parent, 261  
évaluation cognitive de l'information et \_, 257  
facteurs associés à l'\_, 195, 197  
**hostile**, 256, 257  
**indirecte**, 195, 256  
**instrumentale**, 194, 256, 257  
non provoquée, 257  
physique, 195  
proactive, 257  
psychologique, 195  
réactive, 257  
troubles d'\_, 250  
violence dans les médias et \_, 257-258

Aidant naturel, 402, 414, 438

Aide aux personnes endeuilées, 465-467

Aide-mémoire, 221

Ainsworth, Mary, 128, 130

Alcool, 286, 339, 341, 381  
abus d'\_, 285, 342  
dépendance à l'\_, 286  
grossesse et \_, 56-57

Alcoolisme, 286

Alimentation, *voir aussi* Nutrition  
de l'adulte d'âge avancé, 422, 426  
de l'adulte d'âge mûr, 381  
de la femme enceinte, 55  
de le jeune adulte, 339, 341  
longévité et \_, 412  
mauvaise \_, *voir* Malnutrition  
taille et \_, 46  
troubles de l'\_, 276, 280-284

Allaitement, 68-69  
maternal, 68-69

**Allèle**, 44  
dominant, 44  
récessif, 44

Allergie alimentaire, 149

**Alternance**  
**de codes**, 106  
processus-produit, 348  
théorie-pratique, 348

**Altruisme**, 192, 193, 294

Amabilité, 356-357

**Ami(s)**  
**imaginaire**, 157, 158, 169  
intime, 297  
premiers \_, 191-192

Amitié  
à l'âge scolaire, 255-256  
adolescente, 326-327

chez l'adulte d'âge avancé, 438  
chez l'adulte d'âge mûr, 397-398  
chez le jeune adulte, 359  
importance de l'\_, 326-327  
momentanée, 256  
stades de l'\_, 255-256  
sur Internet, 328

**Annésie infantile**, 159, 160

**Annocentèse**, 46

**Amour**  
accompli, 361  
amitié, 360-361  
chez le jeune adulte, 359-361  
engouement, 360  
fou, 360  
non-amour, 360  
retrait de l'\_, 200, 324  
romantique, 360  
sympathie, 360  
vide, 360

Amphétamine, 285

**Analgsie péridurale**, 62

Androgène, 182, 276

**Androgynie**, 187

**Andropause**, 380

Androsténone, 273

**Anesthésie péridurale**, 62

Angoisse, 438  
de castration, 189  
liée à la séparation, 137

**Animisme**, 152, 157

**Anomalie(s)**  
cardiaque, 57  
chromosomiques, 45-46, 346  
**congénitale**, 45, 57-58  
de différenciation sexuelle, 182  
du tronc cérébral, 81  
génétique, 45-46  
grossesse interrompue à cause d'une \_, 464

**Anorexie**, 283-284  
**mentale**, 282

**Anoxie**, 64

Antidépresseur, 264, 423

**Anxiété**, 15, 122, 128, 137, 189-190, 234, 245, 254, 261-262, 264-265, 283, 311, 327, 339, 341-342, 357, 366, 381, 383, 421, 436, 460, 462  
**de séparation**, 116, 147  
du parent, 248-249  
lors de la grossesse, 58  
sociale, 262  
troubles liés à l'\_, 262-263, 344, 464

Apathie, 424

Apgar, Virginia, 65

Appartenance  
besoin d'\_, 27  
culturelle, 468  
ethnique, 222-223, 253, 276, 293, 312  
sentiment d'\_, 178-179, 253  
sociale, 200

**Apprentissage**, 86  
chez le nourrisson, 86-87  
de l'écriture, 228  
de la propreté, 122  
des comportements, 18  
du langage, 6  
jeu et \_, 24  
par conditionnement opérant, 87  
par conditionnement répondant (ou conditionnement classique), 87  
par observation, 19-20, 187  
scolaire, 299  
social, 19-20, 103-104  
théorie de l'\_, *voir* Théorie(s)  
troubles d'\_, 56-57, 94, 233-234  
vicariant, 19

**Approche(s)**  
**béavioriste**, 12-13, 17, 18-20, 86-87



- cognitivist**, 12-13, **20**, 21-26  
**écologique**, 12-13, **28**, 29-30, 261  
**globale**, **227**  
**humaniste**, 12-13, **26**, 27-28  
néobéhavioriste, 12-13, 19  
**phonétique**, **226**, **227**  
**psychanalytique**, **12**, 13-17, 186, 261  
psychométrique, 87, 222-225  
socioculturelle, 96, 145, 162  
théoriques du développement humain, 11-30  
thérapeutique centrée sur le client, 26  
**typologique**, **358**
- Aptitude consciencieuse, 356-357, 394  
Argumentation, 293  
Ariès, Philippe, 9  
Arrière-grand-parent, 400, 439  
Artériosclérose, 421  
Arthrite, 339, 382, 416  
**Assimilation**, **22**, 392  
**identitaire**, **392**, 393  
Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), 451  
Asthme, 148-149, 211, 343, 382  
Atchley, Robert, 432  
Atmosphère familiale, 324  
**Attachement**, **126**  
comportement d'\_, 127-129  
conséquences à long terme de l'\_, 131-132  
création du lien d'\_, 127-128  
**désorganisé et désorienté**, **129**, 131  
émergence de l'\_, 127  
envers le travail, 434  
facteurs d'influence de l'\_, 130-132  
importance de l'\_, 132  
insécurisant, 128, 131, 197  
**insécurisant de type ambivalent**, **128**, 129  
**insécurisant de type évitant**, **128**, 129  
processus d'\_, 67  
**sécurisant**, **128**, 129-131, 134, 178, 192, 201, 267  
sens de l'\_, 463  
sentiment d'\_, 401  
théories de l'\_, 124, 126-129, 364  
troubles d'\_, 118  
véritable, 127
- Attente(s)  
de la mère, 369  
des enseignants, 301  
face au mariage, 362  
familiales, 301
- Attention**, 94  
capacité d'\_, 56, 158-159  
**conjointe**, **94**  
déficit de l'\_, 57, 234-235  
**sélective**, **220**, 292, 384  
troubles d'\_, 57  
Attraction sexuelle, 317, 381  
Attitude  
à l'égard des nouvelles expériences, 228  
du parent, 120, 161-162, 202-204, 282, 320  
méprisante, 363
- Audition, 80, 376-377  
troubles de l'\_, 165, 224, 234, 376, 418-419
- Authenticité, 26
- Autisme**, **48**, 49, 59, 224, 261
- Autochtones  
alcool chez les \_, 57  
chômage chez les \_, 405  
consommation de drogue chez les \_, 285  
décrochage scolaire chez les \_, 302  
études postsecondaires chez les \_, 367  
ménopause chez les \_, 379  
violence conjugale chez les \_, 364
- Autocontrôle, capacité d'\_, 337
- Autodépréciation, 317
- Autodétermination, théorie de l'\_, 200-201
- Autodiscipline, 201
- Autoefficacité, sentiment d'\_, 299, 303
- Autogestion, 404
- Autonomie, 133, 170, 190, 256, 273, 323, 325, 337, 366, 394, 400, 422, 435, 460  
sentiment d'\_, 144, 179  
soutien à l'\_, 200-201
- Autonomie/honte et doute (crise)**, 16, **123**, 124
- Autoréalisation des prophéties**, **254**
- Autorégulation**, **134**, 229, 246  
émotionnelle, 242
- Autorésilience, 358
- Autorité, mépris de l'\_, 329
- Avortement spontané, 53, 55, 57, 464
- Axone**, **76**
- B**
- Babillage**, **99**, 100
- Baby blues**, **63**
- Bagage génétique, 41, 45
- Baltes, Paul B., 10
- Bandura, Albert, 19, 186-187, 197
- Baumrind, Diana, 200-202
- Beau-parent, 250-251, 324
- Bébé, voir Nouveau-né
- Bem, Sandra, 187-188
- Bénévolat, 434
- Besoin(s)  
cognitifs, 27  
d'actualisation de soi, 27  
d'affection, 27  
d'appartenance, 27  
d'éducation particuliers, 232-236  
d'estime, 27  
de contact réconfort, 127  
de liens d'intimité, 127  
de sécurité, 27  
de services éducatifs particuliers, 236  
esthétiques, 27  
fondamentaux, 27  
hiérarchie des \_, 27  
physiologiques, 27  
satisfaction des \_, 27  
spéciaux, enfants ayant des \_, 224
- Biais**  
**culturel**, **223**  
**d'attribution hostile**, **257**  
de désirabilité sociale, 316  
de représentativité, 316
- Bien-être, 338-343, 359  
sentiment de \_, 391, 393-394, 401, 421, 431-432
- Bilinguisme, 106, 158, 164  
consécutif, 164  
simultané, 164
- Bisexualité, 282, 316-317
- Blastocyste**, **51**
- Block, Jack, 358
- Bonheur, 433
- Boss, Pauline, 473
- Bouffée de chaleur, 376, 379
- Boulimie**, **283**, **284**
- Bowlby, John, 127-128, 137, 267
- Bronchite, 149
- Bronfenbrenner, Urie, 28, 107, 162, 228, 245, 329, 366
- Burnout**, **384**, 385
- Buts de vie, 394
- C**
- Ça**, **14**, 15, 122
- Caféine, 345
- Canabis, 285
- Cancer, 339, 383, 416, 462-463  
chez l'enfant, 212, 455, 463  
colorectal, 383  
de la prostate, 383  
des ovaires, 379  
du poumon, 383, 422  
du sein, 379, 383  
prévention du \_, 383
- Capacité(s)  
à gérer le stress, 412  
cognitives, 191, 291, 347  
d'adaptation, 404  
d'attention, 56, 158-159  
d'attention conjointe, 94  
d'autocontrôle, 337  
d'écriture, 212  
d'égo-résilience, 358  
d'habitation, 93  
d'intimité, 327  
de classification, 151, 216  
de cognition sociale, 117  
de communiquer, 226  
de contrôle des émotions, 242  
de discrimination auditive, 94  
de faire des opérations mentales, 217  
de la pensée réflexive, 347
- de mémoire de travail, 220, 227, 292  
de numération, 151-152  
de pensée abstraite, 290  
de représentation mentale, 90, 94, 150  
de représentation mentale de soi-même, 113  
de se reconforter par soi-même, 134  
de se retenir avant d'agir, 159
- graphique, 212  
intégrative, 389  
intrapersonnelle, 223  
kinéssthésique, 223  
motrices, 6, 144, 427  
psychomotrices, 376  
sensorielles, 6, 79-80, 376, 418-419, 427  
spatiale, 223
- Capital social**, **231**
- Caractère**  
**sexuel primaire**, **274**  
**sexuel secondaire**, **274**, 275
- Cardinalité**, **151**
- Carence en acide folique, 55
- Carrière, choix de \_, 303-304
- Carstensen, Laura, 395, 397
- Cataracte**, 416, **418**
- Catégorisation rapide**, **163**
- Cattell, Raymond B., 387
- Cauchemar**, **147**
- Causalité**, **91**, 92  
compréhension de la \_, 150-151, 156, 454
- Cécité, 52, 426
- Célibat, 343, 355, 359, 365
- Cellule(s)  
gliales, 76  
nerveuses, voir Neurone
- Centenaires, 412
- Centration**, **152**, 157
- Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE), 196
- Centre Dollar-Cormier, 451
- Centre(s)  
d'hébergement, 435  
de formation professionnelle, 303  
de la petite enfance, 170-171  
de soins palliatifs, 445  
jeunesse, 331
- Cerveau, 76  
croissance du \_, 94, 117-118  
développement du \_, 75-76, 143, 209-210, 277  
maturation du \_, 85, 95, 105, 143-144, 158, 209, 291  
plasticité du \_, 79, 105, 417, 419, 429  
vieillesse du \_, 417
- Cervelet**, **75**
- Césarienne**, 55, 58, **61**, 62  
de convenance, 61
- Chagrin, 461-468
- Chambre de naissance, 62
- Changement(s)**  
cognitifs, 447-448  
d'humeur, 274, 322, 345, 378, 425  
hormonaux, 273-274, 376-380, 416  
organique, 375, 417-418  
physiologiques, 274  
physique, 447-448
- qualitatif**, **4**  
**quantitatif**, **4**  
systémiques, 375, 417-418
- Chlamydia, 319-320, 345
- Choc, 460-461, 471
- Choix  
de carrière, 303-304, 366  
éducatif, 366-367
- Cholestérol, 381, 422
- Chomsky, Noam, 103-104
- Chromosome**, **41**, 42-43, 415  
sexuel, 42
- Chronosystème**, **29**
- Chute des fonctions cognitives**, **447**
- Circulation sanguine, 75
- Classification, 216, 218  
capacité de \_, 151, 216
- Clavardage sexuel, 321
- Climatère**, **376**
- Clitoris, 274
- Cocaïne, 57, 285
- Code  
génétique, 41-42  
phonétique, 227
- Coercition, 257
- Cognition, voir Capacité(s) cognitives, voir Développement cognitif, voir Fonction(s) cognitives, voir Habileté(s) cognitives
- Cognition sociale**, **117**
- Cohabitation intergénérationnelle, 435
- Cohérence, sentiment de \_, 431
- Cohorte**, **8**
- Coût intercrural**, **344**
- Col de l'utérus, 346
- Colère, 49, 63, 115-116, 128, 195, 242, 261, 341-342, 356, 364, 425, 448, 455, 458, 460-461, 466  
contrôle de la \_, 257  
crise de \_, 263  
indices de \_, 257
- Collaboration active, 23
- Collecte des données, 33  
stratégies de \_, 34-35
- Colostrum**, **68**
- Combinaison mentale, 88, 90
- Communication  
avec soi-même, 165  
de l'enfant de 6 à 11 ans, 225-228  
entre la famille et l'école, 230
- Comparaison sociale, 244
- Compensation, principe de \_, 215
- Compétence(s)  
cognitives, 218  
intellectuelles, 243  
motrices, 212  
personnelle, 351-352  
professionnelle, 387-388  
sentiment de \_, 144, 178-179, 244  
sociale, 191, 200, 273, 327, 351-352
- Complexe d'Œdipe**, **14**, **189**, 190
- Complications  
à la naissance, 148  
durant la grossesse, 232, 234  
lors de l'accouchement, 232, 234, 321
- Comportement(s)**  
à risque, 322  
agressif, 114, 131, 181, 194-197  
**altruiste**, **117**, 192-193  
antisocial, 249, 254, 261, 264, 302, 318, 325, 328-330  
apprentissage des \_, 18  
autodestructeur indirect, 435  
**d'attachement**, **127**, 128-129  
de coopération, 193  
de menace, 254  
de rejet de la mère, 195  
délinquant, voir Délinquance discriminatoire, 184  
du spectateur, 169  
égocentrique, 293  
émotionnel, 69  
**externalisé**, **194**  
extinction du \_, 19  
féminin, 187  
hasardeux, 277  
indésirable, 199-200  
**internalisé**, **193**, 194  
manipulatoires du parent, 197  
masculin, 187, 190  
moral, 297  
moteur, 143  
oisif, 169  
parentaux, 203  
perturbateur, 171, 235, 261-262  
**prosocial**, 69, 179, **192**, 193, 242, 298, 391  
réflexe, 88  
renforcement du \_, 18-19  
sélection des \_, 19  
sexuels, 314-315, 344  
sexuels à risque, 287, 315, 317-321  
sociaux, 192  
troubles de \_, 56, 118, 131, 191, 193-194, 202, 210, 245, 249, 261, 276, 286, 302  
violent, 197, 258, 331
- Compréhension  
de l'identité, 156  
de la causalité, 150-151, 156, 462  
de la mort, 454-457  
de textes, 227-228  
des émotions contradictoires, 242

- des images, 92-93  
des nombres, 156  
des règles de syntaxe, 225  
des relations spatiales, 216-217  
émotionnelle, 179-180  
verbale, 386, 427
- Compulsion, 262
- Concentration, troubles de \_\_, 378, 462
- Concept**  
abstrait, 292  
d'objet, 90  
**de soi**, 26, 113, **176**, 177, 191, 240-241
- Conception, 40-48  
de l'adolescence, 7  
de soi, 309, 392
- Conciliation travail-famille**, **247**, 248
- Conditionnement**  
**classique ou répondant**, **17**, 18, 87  
**instrumental ou opérant**, **18**, 19, 87
- Conditions de vie de l'adulte d'âge avancé, 434-435
- Confiance/méfiante fondamentale (crise)**, 15-16, **123**
- Confiance en soi, 7, 123, 229, 324, 431  
manque de \_\_, 385  
perte de \_\_, 368
- Confiance envers l'autre, 309, 359
- Conflit(s)**  
au sein de la fratrie, 136, 438  
avec les pairs, 246  
conjugaux, 203-204, 288, 363-364, 436  
dans les relations amicales, 397  
entre les enfants, 247  
familiaux, 245-246, 261-262, 322-324  
gestion de \_\_, 362  
inconscients, 261  
interpersonnels, 368  
**intrapyschique**, **14**, 15, 122  
psychique, 189  
résolution de \_\_, 247, 255, 358, 436, 463
- Conformité au groupe, 254
- Confusion  
des rôles, 309-310  
identitaire, 309-310, 317
- Congruence**, **26**
- Conjoint, *voir aussi* Couple  
de fait, 362  
handicapé, 437  
mort du \_\_, 436, 462-463  
soutien du \_\_, 434
- Connaissance**  
**conceptuelle**, **292**  
de soi, 178  
**déclarative**, **292**  
**procédurale**, **292**
- Connexion  
dendritique, 347  
neuronale, 277  
synaptique, 347, 417
- Conscience**  
des paradoxes, 348  
du genre, 181  
morale, 337  
**phonologique**, **227**
- Conscience de soi**, **14**, **112**, 113-114, 117, 133, 176-180, 310, 358  
excessive, 293
- Consentement libre et éclairé, 35-36
- Conservation**, **153**, 215, 218  
tâche de \_\_, 217, 221-222  
tests de \_\_, 154
- Considération positive, 26
- Constance du genre**, **181**, **186**
- Construction sociale, 7, 272
- Contact réconfort, 127
- Contexte de vie des parents, 203-204
- Contraceptif, 318, 344
- Contraception, 321  
hormonale, 318  
injectable, 318
- Contractions utérines, 62, 346
- Contrôle  
comportemental, 324  
de la colère, 257  
de la tête et du cou, 83  
de soi, 122, 358  
des mains, 84-85  
émotionnel, 242, 424
- inhibiteur, 292  
parental, 200-201  
psychologique, 324, 363  
sentiment de perte de \_\_, 284, 394, 423
- Conversation, 226
- Coopération réciproque, 255-256
- Coordination, 75  
des schèmes secondaires, 88-89  
œil-main, 144  
vision-mouvement, 83
- Cordialité, 431
- Cordon ombilical**, **51**, **52**
- Corégulation**, **245**, 246
- Corps calleux, 143, 300
- Cortex**  
**cérébral**, **75**, 76-77, 209  
frontal, 277, 417  
moteur, 235  
préfrontal, 95-96, 158, 210, 220, 277, 430, 458
- Cortisol, 339, 342
- Costa, Paul T., 356-357, 393, 431
- Couple, *voir aussi* Conjoint  
conflit de \_\_, 203-204, 288, 363-364, 436  
du même sexe, 364-365  
mort d'un enfant et effet sur le \_\_, 463  
nombres d'enfants par \_\_, 338  
relation de \_\_, 203, 326, 351, 364-365, 369, 396-397, 436-437  
vivant en union de fait, 361-362
- Creativité, 389-390
- Criminalité, 331
- Crise**, **310**  
adaptative, 355  
**autonomie/honte et doute**, **16**, **123**, 124  
**confiance/méfiante fondamentale**, 15-16, **123**  
de colère, 263  
**de la quarantaine**, **391**, 392  
développementale, 15  
**filiale**, **402**  
**générativité/stagnation**, **16**, **390**, 391  
**identité/confusion des rôles**, **16**, **309**  
**initiative/culpabilité**, **16**, **190**  
**intégrité/désespoir**, **16**, **431**, 432, 459  
**intimité/isolement**, **16**, **355**  
**travail/infériorité**, **16**, **243**, 244
- Croissance  
de l'enfant de 6 à 11 ans, 209  
du cerveau, 94, 117-118  
musculaire, 142  
physique, 142-143, 209  
pubertaire, 276  
retard de \_\_, 57, 118, 146, 148
- Croyance(s)  
des parents, 203  
fausse \_\_, 155-157
- Culpabilité, 117, 168, 190, 199, 241, 251, 263, 297, 356, 451, 460-461, 466
- Culture  
comportements prosociaux et influence  
de la \_\_, 193  
conservation selon la \_\_, 218  
de l'école, 301  
de performance, 299  
développement affectif et social selon  
la \_\_, 133  
développement cognitif selon la \_\_, 96  
développement de la motricité selon la \_\_, 85  
développement du langage selon la \_\_, 107  
dilemme moral selon la \_\_, 353  
expression des émotions selon la \_\_, 114  
facteurs de personnalité selon la \_\_, 357  
famille selon la \_\_, 245  
habiletés liées à la \_\_, 243-244  
identité selon la \_\_, 312-313  
influence de la \_\_, 24  
influence de la \_\_ sur la popularité, 255  
jeu selon la \_\_, 169-170  
ménopause selon la \_\_, 378-379  
naissance selon la \_\_, 59  
punition corporelle selon la \_\_, 198  
raisonnement formel selon la \_\_, 291  
résultats des tests d'intelligence selon  
la \_\_, 223  
réussite scolaire selon la \_\_, 299  
rôles sexuels selon la \_\_, 183  
stabilité du tempérament selon la \_\_, 120-121
- styles parentaux selon la \_\_, 203  
violence conjugale selon la \_\_, 364
- Cyberintimidation, 258-259, 314, 328
- Cyberpornographie, 314
- Cycle de vie, 7  
études sur le \_\_, 10-11
- Cycle(s)  
de sommeil-éveil, 280  
physiologiques, 80-81
- Cyrułnik, Boris, 266-267
- D**
- Darwin, Charles, 10
- Décalage horizontal**, **215**
- Décalcification osseuse, 378-379, 383
- Décentration**, **214**, 215
- Décès accidentel, 289
- Décrochage scolaire, 229, 254, 298, 302
- Déficience**  
**intellectuelle**, 57, **232**, 233, 261  
neurobiologique, 261-262, 329
- Déficit  
cognitif, 67, 425  
de l'attention, 57, 234-235
- Définition du problème, 348
- Dégénérescence**  
**maculaire liée à l'âge**, **418**  
neurobiologique, 423
- Déhydroépiandrostérone (DHEA), 273
- Délinquance, 250, 254, 261, 302  
hérédité et \_\_, 328-329  
juvénile, 328-332  
persistante, 331  
prévention de la \_\_, 331-332
- Délivrance**, **60**
- Démence**, **423**, 424-426  
vasculaire, 423
- Dendrite**, **76**
- Déni, 244, 425, 448, 461
- Densité osseuse, 383
- Départ de la maison familiale, 365-366
- Dépendance**, **285**  
à l'alcool, 286  
à la marijuana, 286  
aux drogues, 285  
aux substances, 287  
physiologique, 285-286  
psychologique, 285-286
- Dépistage  
de la trisomie 21, 46  
des adolescents en difficulté, 331  
des grossesses à risque, 66  
des troubles mentaux, 260  
tests de \_\_ à la naissance, 65
- Déplacement, 15, 244
- Dépression**, **263**, 339, 425, 462-463, 466  
à l'adolescence, 283-284, 287-288, 322-323, 327  
chez l'adulte d'âge avancé, 422-423, 431, 436, 438  
chez l'adulte d'âge mûr, 378, 381, 396  
chez la personne mourante, 448  
chez le jeune adulte, 343-344, 356-357  
de l'enfant, 261, 263-264  
de la femme enceinte, 58  
de la mère, 63, 203, 261, 369  
du parent, 248-249, 264  
facteurs de risque de la \_\_, 288  
légère, 421  
majeure, 344, 423  
**post-partum**, **58**, **63**  
pré-partum, 58  
suicide et \_\_, 450  
symptômes de \_\_, 263, 274, 281, 288, 302, 342, 345, 402, 423, 434
- Désespoir, 449-450
- Désir  
d'enfant, 49-51  
de reconnaissance sociale, 190  
sexuel, 275, 378, 380
- Désobéissance, 245
- Désorganisation, 460
- Dessin, 212, 228
- Détermination du sexe, 42-44
- Déterminisme**, **17**
- Détresse, 274, 297, 438, 458, 461-463  
conjugale, 324
- émotionnelle, 265  
émotive, 284
- Deuil**, **459**  
aide en cas de \_\_, 465-467  
blanc, 426  
**collectif**, **464**  
du rôle, 426  
modèles du \_\_, 460-461  
**périnatal**, **464**  
processus du \_\_, 459-462  
suite à une mort traumatique, 458  
suivi du \_\_, 449  
types de \_\_, 461-462  
variations du \_\_, 461-462
- Développement  
de l'agressivité, 196  
de l'identité, 15, 308-313  
de l'identité de genre, 180-188  
de l'identité homosexuelle et bisexuelle, 317  
de l'intelligence, 222  
de la fonction exécutive, 220  
de la mémoire, 158-161, 219-222  
de la motricité, 24, 82-86, 143-146  
de la pensée portformelle, 347-349  
des habiletés motrices, 212-214  
des relations affectives et sociales, 322-328  
du cerveau, 75-76, 143, 209-210, 277  
du soi, 240-242  
du système exécutif central, 159  
du système nerveux, 75-79  
du vocabulaire, 101, 106  
émotionnel, 117-118, 241-242  
moral à l'adolescence, 294-298  
moteur, *voir* Développement de la motricité neurologique, 57, 217  
par le jeu, 166-170  
personnel, 394  
physique, 6  
prosocial précoce, 331  
psychosexuel, stades du \_\_, 14  
zone proximale de \_\_, 23
- Développement affectif et social, 6-7  
à l'adolescence, 308-332  
chez l'adulte d'âge avancé, 431-439  
chez l'adulte d'âge mûr, 390-394  
de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 112-137  
de l'enfant de 3 à 6 ans, 176-204  
de l'enfant de 6 à 11 ans, 240-268  
du jeune adulte, 354-361  
rôle de la famille dans le \_\_, 133-137
- Développement cognitif**, **6**, **21**  
à l'adolescence, 290-293  
chez l'adulte d'âge avancé, 427-430  
chez l'adulte d'âge mûr, 386-390  
chez le jeune adulte, 347-354  
de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 86-97  
de l'enfant de 3 à 6 ans, 150-162  
de l'enfant de 6 à 11 ans, 214-225  
influences des parents et du milieu  
sur le \_\_, 161-162  
par le jeu, 167-168  
stades du \_\_, 20-22, 25
- Développement de la personnalité, 14  
chez le jeune adulte, 354-358  
de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 121-125  
de l'enfant de 3 à 6 ans, 189-191  
de l'enfant de 6 à 11 ans, 243-244  
par le jeu, 168  
théories du \_\_, 121-125, 189-191
- Développement du langage  
à l'adolescence, 292-293  
de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 98-107, 114  
de l'enfant de 3 à 6 ans, 162-166  
des enfants francophones, 102  
facteurs d'influence du \_\_, 105-107
- Développement humain  
apport de l'étude sur le \_\_, 11  
approches théoriques du \_\_, 11-30  
différences individuelles et \_\_, 7  
dimensions du \_\_, 6-7  
étude du \_\_, 4-11  
étude scientifique du \_\_, 9-11  
facteurs d'influence du \_\_, 7-9  
méthodes de collecte des données à l'étude  
du \_\_, 34-35  
périodes du cycle de vie et \_\_, 7  
principes du \_\_, 5-6

- vision actuelle du \_\_, 4-5
- Développement physique**
- à l'adolescence, 272-277
  - à l'âge mûr, 375-385
  - chez le jeune adulte, 338-344
  - de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 74-86
  - de l'enfant de 3 à 6 ans, 142-149
  - de l'enfant de 6 à 11 ans, 208-214
- Développement prénatal**, 49-59, *voir aussi*
- Grossesse
  - influences sur le \_\_, 55-59
  - périodes du \_\_, 51-54
- Déviante, 318, 330
- Dévoilement de soi, 358-359
- Dewey, John, 347
- Diabète, 58, 67, 339, 343, 381-382, 421-422
- de type 1, 212, 281
  - de type 2, 280-281
- Diamond, Lisa, 317
- Différence(s)
- individuelles, 7
  - sociales liées à l'empathie, 298
- Différence(s) sexuelle(s)
- dans l'identité de genre, 180-181
  - dans la capacité à communiquer, 226
  - dans la croissance physique, 142, 181, 209
  - dans la formation de l'identité, 311-312
  - liée à la pilosité, 275
  - liée au vieillissement, 413
  - liées à l'agressivité, 256
  - liées à l'amitié, 255, 359
  - liées à l'intimidation, 259
  - liées à l'obésité, 281
  - liées à la compréhension de textes, 228
  - liées à la consommation de substances, 285-287
  - liées à la croissance pubertaire, 276
  - liées à la délinquance juvénile, 331
  - liées à la dépression, 287
  - liées à la fonction sexuelle à l'âge avancé, 420
  - liées à la réaction au stress, 342
  - liées à la réussite scolaire, 229-230, 300
  - liées à la sédentarité, 280
  - liées au choix de carrière, 303
  - liées au décrochage scolaire, 302
  - liées au harcèlement au travail, 368
  - liées au jugement moral, 353-354
  - liées au suicide, 289
  - liées aux attentes du mariage, 362
  - liées aux changements physiologiques, 274
  - liées aux choix de jeu, 169-170, 181-182, 186, 212
  - liées aux relations sexuelles, 315
  - liées aux troubles alimentaires, 284
  - liées aux troubles anxieux, 263
  - sur le plan cognitif, 181
  - sur le plan comportemental, 181
- Dignité de la personne mourante, 445-447, 449, 452-453
- Dilemme
- moral, 294, 296, 298, 353
  - moral de Heinz, 294
  - social, 349
- Discipline, 199-201, 246
- exagérée, 257
  - incohérente, 330
  - méthodes de \_\_, 199-201
  - sévère, 330
  - verbale, 330
- Discours intérieur, 165
- Discrimination
- au travail, 367-368
  - auditive, 80, 94
  - envers l'orientation sexuelle, 184
  - ethnique, 253
  - fondée sur l'âge, 410
  - perception de \_\_, 312
  - sentiment de \_\_, 302
- Discussion de groupe, 257, 370
- Dispositif d'acquisition du langage**, 104, 164
- Disque embryonnaire, 51
- Distorsion
- cognitive, 288
  - perceptuelle, 282
- Divorce, 136-137, 249, 362, 396-397
- Dominance de la main, 146
- Dominance sociale, 357
- Données
- collecte de \_\_, 33-35
  - qualitatives, 33
  - quantitatives, 33
- Dopamine, 417, 423
- Douance**, 235, 236
- Double standard**, 183
- Douleur
- des contractions, 62
  - sensibilité à la \_\_, 79
- Drogue(s), 285, 381
- abus de \_\_, 285
  - dépendance aux \_\_, 285
  - grossesse et \_\_, 56-57
- Droit
- à la mort, 450-454
  - à la protection de la vie privée, 36
  - de retrait et de soutien, 36
- Duquet, Francine, 314-315
- Dysfonctionnement**
- de la production de dopamine, 423
  - érectile**, 380, 381
  - social, 462
  - urinaire, 378
- Dyslexie**, 234
- Dysménorrhée, 345-346
- E**
- Écart de variation**, 46
- Échec scolaire, 250
- Échelle(s)
- d'intelligence de Wechsler pour adultes (WAIS), 427
  - de développement du jeune enfant de Bayley, 87
  - de stress, 340
- Échographie**, 53
- École
- communication entre la famille et l'\_\_, 230
  - réussite scolaire et \_\_, 301-302
- Écriture, 228
- capacité d'\_\_, 212
  - stratégies d'\_\_, 212-213
- Ecstasy, 285
- Éducateur, 25
- discipline et contrôle de l'\_\_, 200
  - estime de soi et rôle de l'\_\_, 178
  - identité positive et rôle de l'\_\_, 178
  - sentiment d'appartenance et rôle de l'\_\_, 178-179
  - sentiment de compétence et rôle de l'\_\_, 179
  - sentiment de sécurité et rôle de l'\_\_, 178
- Éducation
- à l'adolescence, 298-304
  - aux enfants ayant des besoins d'éducation particuliers, 232-236
  - choix de l'\_\_, 366-367
  - émotionnelle, 288
  - pauvreté et \_\_, 248
  - préscolaire, 170-172
  - sexuelle, 320
  - supérieure, 303-304
- Efficacité personnelle**, 19
- Égo-résilience**, 358
- Égocentrisme**, 152, 153, 157, 165, 353, 424
- de l'adolescent, 293
- Éjaculation involontaire, 275
- Élaboration**, 221
- Élément**
- compositionnel**, 224
  - contextuel**, 224
  - expérimental**, 224
- Elkind, David, 9, 265, 293
- Élocution, 386, 427
- Embonpoint, 146, 210, 281, 382, *voir aussi*
- Obésité
- Embryon, développement de l'\_\_, 51-53
- Émotion(s)**, 75, 114, 158, 460-461
- autoévaluative**, 117
  - chez les futurs parents, 50
  - complexes, 114, 168
  - compréhension des \_\_, 179-180, 242
  - contradictoires, 180, 241-242
  - contrôle des \_\_, 242
  - de base, 116
  - développement des \_\_, 117-118, 241-242
  - expression des \_\_, 242
  - fonctions des \_\_, 114
  - negatives, 114, 131, 242, 263, 274, 322, 324, 341, 383, 393, 431
  - positives, 393, 431
  - premières manifestations des \_\_, 114-118
  - régulation des \_\_, 179-180
  - troubles liés aux \_\_, 58, 261-264, 289, 344
  - validation des \_\_, 362
- Émotivité, 195, 274, 322, 431
- Empathie**, 117, 156, 195, 242, 294, 297-298, 358, 362
- Emploi, *voir* Travail
- Empoisonnement au plomb, 149, 232
- Empowerment**, 118, 204
- Empreinte**, 126
- Encadrement de l'enfant de 3 à 6 ans, 199-204
- Enchevêtrement neurofibrillaire**, 426
- Encodage de l'information, 430
- Endomètre, 346
- Endurance physique, 419
- Enfance
- études sur l'\_\_, 9-10
  - souvenir d'\_\_, 159-161
- Enfant**
- abus d'un \_\_, *voir* Abus
  - adopté, 47, 50, 132, 252
  - agressif, 114, 131, 181, 194-197, 245, 254, 256-260
  - antisocial, 329
  - anxieux, *voir* Anxiété
  - atteint d'un cancer, 212, 455, 463
  - ayant des besoins d'éducation particuliers, 232-236
  - ayant des besoins spéciaux, 224
  - battu, *voir* Abus
  - bilingue, 106, 158, 164
  - dépressif, 261, 263-264
  - désir d'\_\_, 49-51
  - difficile**, 119, 120, 130, 195, 245, 261-262
  - doué, 235-236
  - dyslexique, 234
  - facile**, 116, 119, 120
  - famille et \_\_, 245-252
  - habiletés cognitives héréditaires de l'\_\_, 48
  - handicapé en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA), 235
  - hospitalisation de l'\_\_, 137
  - hyperactif, 56-58, 69, 194, 234-235, 250, 254
  - impopulaire, 254
  - interaction entre la mère et l'\_\_, 123
  - lien entre la mère et l'\_\_, 67, 69
  - maltraité, *voir* Maltraitance
  - mort d'un \_\_, 463-464
  - négligé, *voir* Négligence
  - obèse, 47, 146, 210
  - perception de la mort chez l'\_\_, 454-457
  - personnalité de l'\_\_, *voir* Développement de la personnalité
  - plus lent à réagir**, 119, 120
  - populaire, 254
  - rejeté, 254, 257, 261
  - résilient, 265-268
  - santé de l'\_\_, 148-149
  - santé mentale de l'\_\_, 260-268
  - solitaire, 194
  - sourd, 104
  - stress chez l'\_\_, 264-265
  - témoignage de l'\_\_, 160
  - tempérament de l'\_\_, *voir* Tempérament
  - timide, 5-6, 120-121, 169, 255
  - unique, 191
  - violent, 195
- Enfant de 0 à 2-3 ans, *voir aussi* Nouveau-né
- développement affectif et social de l'\_\_, 112-137
  - développement cognitif de l'\_\_, 86-97
  - développement physique de l'\_\_, 74-86
- Enfant de 3 à 6 ans
- développement affectif et social de l'\_\_, 176-204
  - développement cognitif de l'\_\_, 150-162
  - développement physique de l'\_\_, 142-149
  - encadrement de l'\_\_, 199-204
  - langage chez l'\_\_, 162-166
- Enfant de 6 à 11 ans
- développement affectif et social de l'\_\_, 240-268
  - développement cognitif de l'\_\_, 214-225
- développement de la personnalité de l'\_\_, 243-244
- développement physique de l'\_\_, 208-214
- langage chez l'\_\_, 225-228
- scolarisation de l'\_\_, 228-236
- Engagement**, 310, 358-359, 360
- académique, 300
  - actif**, 302
  - cognitif, 299
  - des parents, 300
  - paternel, 135
  - sens de l'\_\_, 463
- Ennui, 431
- Enseignant
- attentes de l'\_\_, 302
  - rétroaction de l'\_\_, 302
  - rôle de l'\_\_, 300
- Enthousiasme, 431
- Entrevue, 34
- Envie du pénis, 189-190
- Environnement
- autisme et rôle de l'\_\_, 48
  - caractéristiques personnelles et rôle de l'\_\_, 45-48
  - collaboration active avec son \_\_, 23
  - croissance physiologique et influence de l'\_\_, 82
  - délinquance et rôle de l'\_\_, 329
  - développement et rôle de l'\_\_, 45
  - développement prénatal et danger de l'\_\_, 59
  - familial, *voir* Famille(s)
  - intelligence et rôle de l'\_\_, 47-48, 222
  - mémoire et rôle de l'\_\_, 47
  - modification des gènes par l'\_\_, 42
  - obésité et rôle de l'\_\_, 47
  - personnalité et rôle de l'\_\_, 48
  - selon le modèle bioécologique, 29
  - tempérament et influence de l'\_\_, 119
  - transformations corporelles à l'âge mûr et rôle de l'\_\_, 375
  - vieillesse et influence de l'\_\_, 416
  - vulnérabilité génétique et influence de l'\_\_, 283
- Épisiotomie**, 62
- Épousement professionnel, 384-385
- Équilibre**, 22
- Équité, 35
- Éreutrophobie, 262
- Erikson, Erik, 15-17, 122-123, 125, 190, 243-244, 309-310, 354-355, 390-391, 431-432, 448, 459
- Érunésie**, 147
- Espérance de vie**, 336, 357, 413
- Esprit critique, 293
- Estime de soi**, 131, 144, 176, 177, 178-179, 210, 228, 235, 241-242, 244, 246, 254, 266, 273, 279, 311-312, 327, 393, 410, 436, 450
- besoin d'\_\_, 27
  - faible \_\_, 211, 254-255, 259, 263, 284, 368
  - negative, 177
  - positive, 177
- État de santé, 211-212
- États identitaires**, 310, 311
- Éthanol, 59
- Éthique
- de la recherche, 34-36
  - manipulation génétique et \_\_, 43
  - suicide assisté et \_\_, 452
- Éthologiste**, 126
- Étude(s)**
- de cas, 34
  - de corrélation, 34
  - Head Start*, 170
  - longitudinale**, 34, 35
  - postsecondaires, 366-367
  - retour aux \_\_, 404-405
  - scientifique du développement humain, 9-11
  - séquentielle**, 34, 35
  - sur l'adolescence, 10
  - sur l'adoption, 47
  - sur l'âge adulte, 10
  - sur l'enfance, 9-10
  - sur le cycle de vie, 10-11
  - sur le vieillissement, 10
  - sur les familles, 47
  - sur les jumeaux, 47
  - transversale**, 34, 35

**Euthanasie, 453**

**active ou volontaire, 453**  
**passive, 453**

**Évaluation**

cognitive de l'information, 257  
de l'intelligence, 222-225  
du nouveau-né, 64-65  
**dynamique, 224, 225**

**Événement**

contrôlable, 340  
de vie non normatif, 355  
**de vie normatif, 355**  
imaginaire, 157  
incontrôlable, 340  
stressant, 423  
traumatisant, 264-267, 458, 464

**Évolution**

de la conscience de soi, 176-180  
du jugement moral, 352-3 54  
du langage, 225-228  
graphique, 144-145

**Exercice physique, voir Activité(s) physique****Exosystème, 29, 30****Expérience(s)**

compensatoire, 267  
de la mort imminente, 447-448  
de la situation étrange, 128-129  
de la tâche des trois montagnes, 152-153  
en laboratoire, 33  
homosexuelle, 313, 316  
naturelle, 33  
ouverture aux \_\_, 356-357, 431  
parentale, 369  
sur le terrain, 33

**Expertise, 387-388****Exposition**

à la fumée secondaire, 149, 211  
à la guerre et au terrorisme, 265  
à la violence, 197, 258  
au plomb, 59, 149  
aux couvertures médiatiques, 265  
aux pesticides, 59, 149  
toxique, 59

**Expression**

de soi, 201  
des émotions, 242  
faciale, 116  
gestuelle, 100

**Expulsion, 60**

Extinction du comportement, 19  
Extraversion, 356-357, 394, 424

**F**

Fabulation personnelle, 293

**Facteur(s)**

associés à l'agressivité, 195, 197  
associés à la santé et au bien-être, 338-343  
associés au faible poids à la naissance, 66  
de prévention de l'obésité, 146  
de protection de la délinquance juvénile, 330  
de réussite scolaire, 299-302  
environnementaux, *voir* Environnement  
ethniques et culturels dans la formation de  
l'identité, 312-313  
externes, 8  
génétique, *voir* Héritéité  
internes, 8  
liés à la grossesse adolescente, 321  
liés aux états identitaires, 311  
liés aux troubles alimentaires, 282  
qui affectent le choix professionnel, 367  
socioéconomiques, *voir* Niveau  
socioéconomique

**Facteur(s) d'influence, voir aussi Influence(s)**

de l'acquisition du langage, 105-107  
de l'attachement, 130-132  
des conduites parentales, 203  
du développement humain, 7-9  
sur la santé chez l'adulte d'âge mûr, 382-383  
sur la santé de l'adulte d'âge avancé, 420-422

**Facteur(s) de risque**

de la délinquance juvénile, 329-330  
de la dépression, 288  
de la maltraitance, 118  
des problèmes psychosociaux à l'adolescence,  
328-330  
des troubles mentaux, 261  
menant à l'intimidation, 259

**Falaise visuelle, 80****Famille(s)**

adoptive, 252  
biparentale, 287, 369  
communication entre l'école et la \_\_, 230  
comportement antisocial et influence  
de la \_\_, 329  
comportement violent au sein de la \_\_, 197  
conflits au sein de la \_\_, 245-246, 261-262,  
322-324  
démunie, 148  
développement affectif et social et rôle  
de la \_\_, 133-137  
dysfonctionnelle, 331  
en état de vulnérabilité, soutien aux \_\_, 204  
encouragement de la \_\_, 302  
enfant et \_\_, 245-252  
études sur les \_\_, 47  
homoparentale, 251-252, 369-370  
homosexuelle, 184  
intergénérationnelles, 399  
monoparentale, 250, 369  
personnalité et rôle de la \_\_, 311  
qui encourage le jeu, 158  
recomposée, 248, 250-251, 324, 369  
relations au sein de la \_\_, 245-248, 323,  
398-403  
réussite scolaire et \_\_, 230  
structure de la \_\_, 248-252  
troubles psychosociaux à l'adolescence et  
influence de la \_\_, 328

**Fausse**

couche, *voir* Avortement spontané  
croissance, 155-157

**Fécondation, 40-41****in vitro, 50****Femme**

enceinte, *voir* Grossesse  
infertilité chez la \_\_, 346  
mariage et attentes de la \_\_, 362  
veuve, 435

Fertilité, traitement de \_\_, 50-51

Fidélité, 309

Fierté, 241, 431

Fille, *voir aussi* Différence(s) sexuelle(s)

adiposité chez la \_\_, 273, 276, 282  
agressivité chez la \_\_, 256  
amitié chez la \_\_, 255  
capacité à communiquer de la \_\_, 226  
caractères sexuels chez la \_\_, 274-275  
changements physiologiques chez la \_\_, 274  
choix des jeux de la \_\_, 169-170, 181, 186,  
212  
complexe d'Édipe chez la \_\_, 189-190  
compréhension de l'écrit de la \_\_, 228  
consommation de substances chez  
la \_\_, 285-287  
croissance physique chez la \_\_, 142, 209  
croissance pubertaire chez la \_\_, 276  
décrochage scolaire chez la \_\_, 302  
dépression chez la \_\_, 287-288  
empathie chez la \_\_, 298  
estime de soi chez la \_\_, 312  
formation de l'identité chez la \_\_, 311  
image corporelle de la \_\_, 210-211  
intimidation chez la \_\_, 259  
nouveau conjoint du parent et réaction de  
la \_\_, 251  
obésité chez la \_\_, 281  
préoccupation de l'apparence chez la \_\_, 276  
relations entre la mère et la \_\_, 437  
relations sexuelles chez la \_\_, 315  
réussite scolaire chez la \_\_, 229, 300  
santé physique et mentale chez la \_\_, 278  
sédentarité chez la \_\_, 280  
suicide chez la \_\_, 289  
symptômes dépressifs chez la \_\_, 274  
trouble anxieux chez la \_\_, 263  
troubles alimentaires chez la \_\_, 284

Fixation, 14

sur l'état plutôt que sur la transformation, 157

**Fonction(s)**

cognitives, 417, 424-425, 447  
**exécutives, 159, 164, 201, 220, 292, 417**  
sexuelle, 419-420  
**symbolique, 145, 150, 156**

Fondation de la Visite, 118

**Fontanelle, 64****Force**

adaptative, 16, 123, 190, 244, 309, 391, 431  
agressivité par la \_\_, 257  
physique, 419

**Forceps, 62**

Formation réactionnelle, 244

**Fœtus, 53**

alcool et effet sur le \_\_, 56-57  
développement du \_\_, 53-54  
médicaments et effet sur le \_\_, 56  
risque d'infection du VIH par le \_\_, 57

**Fratricide, 136**

conflits au sein de la \_\_, 438  
délinquance juvénile et influence de la \_\_, 329  
identité de genre et influence  
de la \_\_, 184-185  
lors de la mort du parent, 463  
relations au sein de la \_\_, 246-247, 325, 438  
réussite scolaire et influence de la \_\_, 300  
tabagisme et influence de la \_\_, 287

Freud, Anna, 15

Freud, Sigmund, 10, 12-15, 17, 122, 125,  
189-190, 243-244, 313-314

Friedman, Meyer, 341

Frustration, 368, 437

Fumée secondaire, 149, 211

**G**

Gaine de myéline, 417

**Gamète, 40, 43**

Gang, 325

de rue, 331-332

Garçon, *voir aussi* Différence(s) sexuelle(s)

agressivité chez le \_\_, 181, 195, 256  
amitié chez le \_\_, 255  
capacité à communiquer du \_\_, 226  
caractères sexuels chez le \_\_, 274-275  
changements physiologiques chez le \_\_, 274  
choix des jeux du \_\_, 169-170, 181-182, 212  
complexe d'Édipe chez le \_\_, 189  
compréhension de l'écrit du \_\_, 228  
consommation de substances chez  
le \_\_, 285-287  
croissance physique chez le \_\_, 142, 209  
croissance pubertaire chez le \_\_, 276  
décrochage scolaire chez le \_\_, 302  
dépression chez le \_\_, 287  
empathie chez le \_\_, 298  
estime de soi chez le \_\_, 312  
formation de l'identité chez le \_\_, 311  
intimidation chez le \_\_, 259  
nouveau conjoint du parent et  
réaction du \_\_, 250  
obésité chez le \_\_, 281  
relations sexuelles chez le \_\_, 315  
réussite scolaire chez le \_\_, 229, 300  
sédentarité chez le \_\_, 280  
suicide chez le \_\_, 289  
trouble anxieux chez le \_\_, 263  
troubles alimentaires chez le \_\_, 284

**Garde**

**conjointe, 249**

**partagée, 249**

Garderie à but lucratif, 170

Gardner, Howard, 223-224

**Gazouiller, 99**

Gazouillis, 99

**Gène, 41, 42**

Génération sandwich, 402

**Généralité, 390, 391, 404**

**Généralité/stagnation (crise), 16, 390, 391**

Génétique, *voir* Héritéité

**Génome humain, 41, 43**

**Génotype, 45****Genre**

conscience du \_\_, 181  
consolidation du \_\_, 181  
constance du \_\_, 181, 186  
différences de \_\_, 180-181  
identification du \_\_, 181, 229  
identité de \_\_, 114, 180-188  
stabilité du \_\_, 181

**Gériatrie, 414****Gérontologie, 414****Gestation, 49****Geste**

**social conventionnel, 100**  
**symbolique, 100**

**Gestion**

de conflits, 362  
de crise, 355  
de soi, 351  
des relations interpersonnelles, 351  
du deuil, 462  
du stress, 342, 385, 412

Gilligan, Carol, 297, 311, 353

**Glandes**

sébacées, 273  
sexuelles, 273  
sudoripares, 273  
surrénales, 273

**Glaucome, 418**

Glycémie, 212

Goleman, Daniel, 351-352

Gonadolibérine (Gn-RH), 273

Gonadotropine, 273

Gonorrhée, 319-320, 345

pharyngée, 320

Goût, 79-80, 377, 419

Grammaire, 225-226

Grand-parent, 29, 248, 250,

400-401, 439

**Graphème, 213**

Grossesse, *voir aussi* Développement prénatal

à l'adolescence, 50, 55, 315, 321  
à risque, 61, 66  
à un âge plus tardif, 355-356, 369  
alcool et \_\_, 56-57  
alimentation et \_\_, 55  
complications durant la \_\_, 232, 234  
dépression lors de la \_\_, 58  
drogues et \_\_, 56-57  
ectopique, 472  
influences sur la \_\_, 55-59  
interrompue à cause d'une anomalie, 472  
médicaments et \_\_, 56  
nicotine et \_\_, 56, 81  
non planifiée, 50  
précoce, 309  
relations sexuelles pendant la \_\_, 50  
stress lors de la \_\_, 58  
tardive, 41

**Groupe**

culturel, 24

**d'entraide, 466, 467**

de discussion, 257, 370

de soutien, 464

thérapie de \_\_, 284, 466-467

Guerre, 265

**H****Habilité(s)**

à communiquer ses émotions, 358  
à gérer des conflits, 362  
à parler plusieurs langues, 106  
analytiques, 350  
cognitives, 25, 47, 59, 93, 172, 228, 266,  
386-388, 403-404, 427-428, 434  
culturelles, 243-244  
de conversation, 226  
de lecture, 171, 227  
de narration, 226  
de numération, 151-152  
de résolution de conflits, 358  
de résolution de problèmes, 169  
émotionnelles, 241  
influence de la culture sur les \_\_, 24  
interpersonnelles, 228, 288  
langagières, 103, 163-164, 166, 170  
mathématiques, 171, 181  
mentales, 6  
motrices, 85, 143-146, 212-214  
numériques, 386, 427  
perceptuelles, 57, 94  
phonétiques, 166  
physiques, 172  
préparatoires à la lecture, 166, 171  
sociales, 192, 243, 254  
spatiales, 47  
verbales, 47, 447  
visuospatiales, 182, 300

**Habituation, 93, 94**

capacité d'\_\_, 93

**Habitudes**

alimentaires, 339  
de vie, 146-147, 339, 375, 381, 385

- Hall, Stanley, 10  
 Harcèlement  
 discriminatoire, 367-368  
 psychologique, 367-368  
 psychologique au travail, 367-368  
 sexuel, 363-364, 368  
 Harlow, Harry, 126-127  
 Harter, Susan, 242  
 Hépatite B, 319  
**Hérédité, 7, 8**  
 agressivité et \_\_, 195  
 autisme et \_\_, 48  
 caractéristiques personnelles et \_\_, 45-48  
 comportements prosociaux et \_\_, 193  
 croissance physiologique et \_\_, 82  
 délinquance et \_\_, 328-329  
 dépression et \_\_, 264, 423  
 développement et \_\_, 45  
 habiletés de lecture et \_\_, 227  
 individuelle, 8  
 infertilité et \_\_, 346  
 intelligence et \_\_, 47-48, 222  
 longévité et \_\_, 412  
 maladie d'Alzheimer et \_\_, 426  
 maladies infantiles et \_\_, 211  
 mécanismes de l'\_\_, 41-48  
 mémoire et \_\_, 47  
 ménarche et \_\_, 275  
 obésité et \_\_, 47, 281  
 orientation sexuelle et \_\_, 316  
 personnalité et \_\_, 48  
 prédisposition au suicide et \_\_, 450  
 retards de langage et \_\_, 165  
 réussite scolaire et \_\_, 300  
 spécifique, 8  
 tabagisme et \_\_, 287  
 TDAH et \_\_, 235  
 tempérament et \_\_, 119  
 transformations corporelles à l'âge mûr et \_\_, 375  
 troubles alimentaires et \_\_, 282-283  
 troubles d'apprentissage et \_\_, 234  
 troubles émotionnels et \_\_, 262  
 troubles mentaux et \_\_, 261  
 vieillissement et \_\_, 415-416
- Héritabilité, 46, 47**  
 Hermaphrodisme, 182  
 Herpès génital, 58, 319-320  
 Hétérosexualité, 316  
 Hiérarchie des besoins, 27  
 Hippocampe, 58, 417  
 Holland, John, 367  
 Holmes, Thomas H., 340  
**Holophrase, 101**  
 Homme, infertilité chez l'\_\_, 346  
 Homoparentalité, 184, 252, 369-370  
**Homophobie, 316**  
 Homosexualité, 184, 282, 314, 316-317, 355, 364-365, 396  
 Honte, 190, 241, 284, 438  
**Horloge**  
**biologique, 80, 416**  
**sociale, 355**  
 Hormone(s), 273  
 chez l'adulte d'âge mûr, 376-380  
 de croissance, 276  
 folliculo-stimulante (FSH), 273  
 liées au stress, 339-340, 342  
 lors de l'accouchement, 60  
 lutéinisante (LH), 273  
 sexuelles, 182, 276
- Hormonothérapie de remplacement, 379, 380**  
 Horn, John, 387  
 Hospitalisation de l'enfant, 137  
 Hostilité, 274, 327, 329, 342, 402, 466  
 du parent, 262  
 Humeur instable, 274, 322, 345, 378, 425  
 Hyperactivité, 56-58, 69, 194, 234-235, 250, 254  
 Hyperglycémie, 212  
 Hypersexualisation, 314-315  
**Hypertension, 381, 422**  
**artérielle, 339, 382, 383**  
 Hypocrisie apparente, 293  
 Hypoglycémie, 212  
 Hypothalamus, 273  
**Hypothèse, 11-12, 32**  
**de la double représentation, 92, 93**  
 Hystérie, 13
- I**  
 Idéalisme, 293  
 Idées suicidaires, voir Pensée(s) suicidaires  
**Identification, 186**  
 au parent de même sexe, 190  
 des mots, 226-227  
 du genre, 181, 229
- Identité, 308**  
 bisexuelle, 317  
 compréhension de l'\_\_, 156  
 de l'adulte d'âge mûr, 392-393  
 développement de l'\_\_, 15  
 différences sexuelles dans la formation de l'\_\_, 311-312  
**diffuse, 311**  
**en moratoire, 311**  
**en réalisation, 310, 311**  
**ethnique, 312**  
 facteurs ethniques et culturels dans la formation de l'\_\_, 312-313  
 homosexuelle, 317  
 personnelle, 323  
 positive, 178  
 principe d'\_\_, 215  
 professionnelle, 309  
 quête de l'\_\_, 308-313  
 sentiment d'\_\_, 463  
 sexuelle, 309  
 styles d'\_\_, 392-393  
**surdéterminée, 310, 311**
- Identité/confusion des rôles (crise), 16, 309**  
**Identité du genre, 114**  
 développement de l'\_\_, 180-185  
 étapes du développement de l'\_\_, 181  
 influence biologique sur l'\_\_, 182  
 influences sur l'\_\_, 183-185  
 théories du développement de l'\_\_, 186-188
- Illusion d'invincibilité, 293  
**Image(s)**  
 compréhension des \_\_, 92-93  
**corporelle, 210, 211, 281-282, 380, 392**  
 de soi, 172, 176-177, 288, 391
- Imaginaire, 157-158  
**Imitation, 92**  
**différée, 90, 92, 150**  
**invisible, 92**  
**visible, 92**
- Impatience, 342  
 Impuissance, sentiment d'\_\_, 50, 179, 254, 368  
 Impulsivité, 57, 277, 283, 292, 329
- Inclusion de classe, 216**  
 Inconscience, 13-14  
 Incontinence, 425  
 Incrédulité, 460  
 Indécision, 293  
 Indépendance, 435  
 sentiment d'\_\_, 375
- Indice(s)**  
**d'Apgar, 64, 65**  
 de colère, 257  
 de masse corporelle, 339, 382, 414  
 démographiques, 411, 413
- Individualisme, 435  
 Individualité, 201  
**Individuation, 323**  
**Infection(s)**  
 des voies respiratoires, 148-149, 286, 422  
**transmise sexuellement (ITS), 317,**  
 318-321, 345-346
- Inférence transitive, 216, 218**  
 Infertilité, 50, 346  
**Influence du milieu, 8**  
 sur le développement cognitif, 161-162  
 sur le développement de la motricité, 85  
 sur les comportements prosociaux, 193
- Influence(s), voir aussi Facteur(s) d'influence culturelle, 24  
 de l'environnement, voir Environnement des pairs, voir Pair(s)  
 génétique, voir Héritéité  
 neurologique sur la tâche de conservation, 217  
 non normatives, 8-9  
 normatives, 8  
 normatives liées à l'âge, 8  
 normatives liées à une génération, 8  
 sur l'identité de genre, 183-185
- sur le développement prénatal, 55-59  
 sur les aspirations des élèves, 303
- Information**  
 à caractère sexuel, 314-315  
 agressivité et évaluation cognitive de l'\_\_, 257  
 encodage de l'\_\_, 430  
 perception de l'\_\_, 24-25  
 perceptuelle, 25  
 rappel de l'\_\_, 430  
 recherche d'\_\_, 395  
 sensorielle, 25, 75  
 sociale, 257  
 stockage de l'\_\_, 430  
 sur la sexualité, 320  
 théories du traitement de l'\_\_, 219-222  
 traitement de l'\_\_, 24-25, 67, 291-292, 427-430  
 visuelle, 25
- Inhibition sociale, 341  
**Initiative/culpabilité (crise), 16, 190**  
 Injection d'insuline, 212  
 Insomnie, 378, 385  
 chronique, 419
- Instabilité  
 de l'humeur, 274, 322, 345, 378, 425  
 émotionnelle, 356, 385
- Institutionnalisation, 435  
 Insuffisance  
 cardiaque, 343  
 ovarienne primaire, 346  
 rénale, 383
- Insuline, 212  
**Intégration, 389**  
 sociale, 342-343
- Intégrité  
 du moi, 448-449  
 sentiment d'\_\_, 432, 449
- Intégrité/désespoir (crise), 16, 431, 432, 459**
- Intelligence**  
 chez l'adulte d'âge avancé, 427-429  
 chez l'adulte d'âge mûr, 387-389  
**crystallisée, 387, 388**  
 des enfants, 222-225  
 développement de l'\_\_, 222  
**émotionnelle, 351, 352**  
 existentialiste, 223-224  
 expérimentale, 351  
**fluide, 387, 388**  
 interpersonnelle, 223-224  
 intrapersonnelle, 223-224  
 kinesthésique, 223-224  
 linguistique, 223-224  
 logicomathématique, 223-224  
 musicale, 223  
 naturaliste, 223-224  
 pratique, 350-351  
 rôle de l'héritéité et de l'environnement sur l'\_\_, 47-48  
 spatiale, 223-224  
 test d'\_\_, 222-225, 427  
 théories de l'\_\_, 223-224, 350-351
- Interaction(s), voir aussi Relation(s)  
 acquisition du langage et \_\_, 105-106  
 affective entre la mère et l'enfant, 123  
 buts de l'\_\_, 395  
 développement cognitif et \_\_, 96  
 estime de soi et \_\_, 178  
 familiales, 323  
 mémoire et \_\_, 161  
 parent-adolescent, 329
- Interdépendance, 256  
 Internalisation des normes, 200-201  
 Internet, 232, 258, 314, 320, 327-328  
 Intervenant en petite enfance, 172  
 Intervention  
 auprès de la personne mourante, 445-447  
 communautaire, 118  
 contre l'intimidation, 259-260  
 en délinquance, 331  
 en santé mentale infantile, 264
- Intimidation, 195, 258, 259-260, 262, 288**  
 émotionnelle, 258  
 physique, 258  
 proactive, 258  
 programme d'intervention contre l'\_\_, 259-260  
 relationnelle, 258  
 verbale, 258
- Intimité, 273, 327, 355, 358, 359, 360-361, 420**  
 capacité d'\_\_, 327  
 émotionnelle, 463  
 sentiment d'\_\_, 362
- Intimité/isolement (crise), 16, 355**  
 Intolérance  
 alimentaire, 149  
 au lactose, 149  
 Introspection, 391  
 Intuition créatrice, 350
- Irréversibilité, 153, 157, 454**  
 Imitabilité, 57, 263, 280, 287, 341, 345, 368, 378, 385, 454  
 du nouveau-né, 58  
 du parent, 248
- Isolement, 259, 385, 437  
 sentiment d'\_\_, 370  
 social, 288-289, 302, 343, 436, 463
- J**  
**Jeu(x)**  
 apprentissage par le \_\_, 24  
 associatif, 169  
**constructif, 167**  
 coopératif, 169  
 d'exploration, 170  
 de rôles, 168, 257, 288  
**des règles, 168**  
 développement par le \_\_, 166-170  
**dramatique, 167, 169-170**  
 du coucou, 90  
**du faire semblant, 90, 158, 167, 169-170**  
 en thérapie, 168  
**fonctionnel, 167**  
**formel, 168**  
 influence du sexe de l'enfant et de la culture sur le \_\_, 169-170  
 informel, 212  
 libre, 212  
 lié à un événement stressant, 265  
 non social, 169  
 sexuels, 315  
**social, 168, 169**  
 solitaire indépendant, 169  
 spontané, 212  
**symbolique, 167, 168-170**  
 vidéo, 210, 257-258
- Jeune adulte, voir Adulte (jeune)  
 Johnson, Virginia, 313  
 Jugement  
 moral, 352-354  
 que l'enfant porte sur lui-même, 177, 240-241
- Julien, Gilles, 121  
**Jumeau(x)**  
**dizygote, 41, 47-48**  
 études sur les \_\_, 47  
 homozygote, 146  
**monozygote, 41, 47-48**
- Justice  
 euthanasie et \_\_, 453-454  
 suicide assisté et \_\_, 452-453
- K**  
 Karsenti, Thierry, 233  
 Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC-II), 224  
 Keegan, Robert T., 389  
 Kohlberg, Lawrence, 21, 186, 219, 294-297, 352-353  
 Kübler-Ross, Elisabeth, 448
- L**  
**Langage(s), 75**  
 apprentissage du \_\_, 6  
 comme outil psychologique, 23  
**de bébé, 106, 107**  
 de l'enfant de 0 à 2-3 ans, 98-107, 114  
 de l'enfant de 3 à 6 ans, 162-166  
 de l'enfant de 6 à 11 ans, 225-228  
 des signes, 104-105  
 développement du \_\_, voir Développement du langage  
 enfantin, caractéristiques du \_\_, 103  
 évolution du \_\_, 225-228  
**expressif, 101, 106**  
 infantilisant, 435  
 latéralisation du \_\_, 105  
 maîtrise du \_\_, 162-166

- plusieurs \_\_, 106  
**prélinguistique**, 98, 99-100  
**réceptif**, 101, 106  
retard de \_\_, 165-166  
**social**, 165  
**télégraphique**, 101  
théories de l'acquisition du \_\_, 103-105  
troubles du \_\_, 224
- Lanugo**, 64  
Latéralisation du langage, 105  
**Latéralité**, 145  
manuelle, 145-146
- Lecture**  
**dirigée**, 107  
habiletés de \_\_, 171, 227  
habiletés préparatoires à la \_\_, 166, 171  
Leptine, 273  
Lésion cérébrale, 93  
Leucémie, 212  
Libération, 461  
Liberté, sentiment de l'\_\_, 375  
**Libido**, 13, 313
- Lien  
affectif, 127  
d'attachement, voir Attachement  
de causalité, 150-151, 156  
mère-enfant, 67, 69
- Limite d'Hayflick**, 116  
Liquide amniotique, 51-52, 60, 79  
**Littérature**, 107, 226-228  
Littérature, stéréotype sexuel dans la \_\_, 185  
Locomotion, 83-84  
Loi sur la protection de la jeunesse, 331  
Loisirs, 433  
Longévité exceptionnelle, 412  
Lorenz, Konrad, 126  
Lupien, Sonia, 342, 384, 405
- M**  
Maccoby, Eleanor, 201  
**Macrosystème**, 30, 329  
**Maison de naissance**, 62, 63  
Maîtrise  
de l'environnement, 394  
des nombres, 151-152  
du code phonétique, 226  
du langage, 162-166
- Maladie(s)**  
cardiaques, 339, 343, 422  
cardiovasculaire, 343, 375  
chronique, 211-212, 343, 380, 422  
congénitale, 65  
contagieuse, 148  
**d'Alzheimer**, 402, 423, 424-426, 430, 465  
de la mère, 57-58  
**de Parkinson**, 416, 423, 430  
du système immunitaire, 341  
génétiques, 43  
héréditaires, 65  
incurable, 425, 450, 453, 465, 458, 463  
liées aux habitudes de vie, 382  
mentale chronique, 473  
pulmonaires chroniques, 422  
respiratoire, 211
- Malbouffe, 281  
Malformation(s)  
chez le nouveau-né, 45  
congénitale, 56, 59  
Malnutrition, 146, 281, 341, 422, voir aussi  
Nutrition  
Maltraitance, 118, 202  
envers les aînés, 435, 437-438  
facteurs de risque de la \_\_, 118  
subie pendant l'enfance, 289
- Manciaux, Michel, 267  
**Mandat en cas d'inaptitude**, 453, 454  
Manipulation génétique, 43  
Marchandage, 448  
Marcia, James E., 310-311  
Mariage, 343, 362-364, 393, 436  
Marijuana, 57, 286  
dépendance à la \_\_, 286  
Martin, John, 201  
Maslow, Abraham H., 27  
Masse  
adipeuse, 273, 282  
osseuse, 380  
Masters, William, 313
- Masturbation, 313-315  
Maternelle, 171-172  
Mathématiques, 217-218, 300
- Matière**  
**blanche**, 209, 277  
**grise**, 75, 209, 210, 277, 300
- Maturation**, 8  
des organes sexuels, 273  
du cerveau, 85, 95, 105, 143-144, 158,  
209, 291  
sexuelle, 274-276
- Maturité**, 337  
à l'âge adulte, 337  
affective, 337  
cognitive, 337  
émotionnelle, 337  
morale, 337  
psychologique, 337  
sexuelle, 276, 313  
sociale, 337
- Mauvais traitement, voir Maltraitance  
Mayer, John, 351  
McCrae, Robert R., 356-357, 393, 431
- Mécanisme(s)**  
**de défense**, 15, 122, 243-244  
de l'hérédité, 41-48  
**épigénétique**, 42, 43, 209,  
338, 415
- Média(s)  
à vocation éducative, 193  
comportements prosociaux et influence  
des \_\_, 193  
couverture d'événement tragique dans  
les \_\_, 472  
identité de genre et influence des \_\_, 185  
image de l'adulte d'âge avancé dans  
les \_\_, 410  
sexualité dans les \_\_, 314-315, 320  
sociaux, 258, 327-328, 342, 359  
stress et exposition aux \_\_, 265  
violence dans les \_\_, 257-258
- Médiation transformationnelle, 368  
Médicament(s)  
grossesse et \_\_, 56  
pour contrôler le TDAH, 235  
pour soulager les contractions, 62
- Méiose**, 43  
**Mélange de codes**, 106  
**Mémoire**, 75, 428  
à court terme, 95, 429  
**à long terme**, 95, 158, 159, 292, 417, 429  
altération de la \_\_, 429  
**autobiographique**, 161  
consciente, 25  
**de reconnaissance visuelle**, 94  
**de travail**, 95, 96, 158-159, 220-222, 227,  
292, 430  
déclarative, voir Mémoire explicite  
déclin de la \_\_, 429-430  
développement de la \_\_, 158-161, 219-222  
**épisodique**, 159, 160, 429-430  
**explicite**, 95  
fonctionnement de la \_\_, 158-159  
**générique**, 159  
**implicite**, 95  
inconsciente, 25  
interactions sociales et \_\_, 161  
perte de \_\_, 424, 430  
**procédurale**, 95, 429, 430  
rôle de l'hérédité et de l'environnement  
sur la \_\_, 47  
selon la théorie du traitement de l'information,  
94-95  
**sémantique**, 429, 430  
**sensorielle**, 158  
troubles de la \_\_, 67, 423, 425, 462  
verbale, 386-387  
visuospatiale, 181
- Mémorisation, stratégies de \_\_, 220-221  
Menace verbale, 363, 437
- Ménarche**, 275  
**Ménopause**, 375, 376, 378-380  
Mensonge, 156  
Menstruation, 272-273, 275  
Mercure, 59  
Mère  
adolescente, 321  
âge de la \_\_, 55, 61
- alimentation de la \_\_, 55  
attentes de la \_\_, 369  
au travail, 247  
comportement de rejet de la \_\_, 195  
dépressive, 63, 203, 261, 369  
dépressive lors de la grossesse, 58  
développement affectif et social de l'enfant et  
rôle de la \_\_, 135-136  
émotion de la future \_\_, 50  
interaction entre l'enfant et la \_\_, 123  
lesbienne, 184  
lien entre l'enfant et la \_\_, 67, 69  
maladies de la \_\_, 57-58  
monoparentale, 195, 248  
relations entre la fille et la \_\_, 437  
sensibilité de la \_\_, 134  
stress de la \_\_ lors de la grossesse, 58  
tempérament de l'enfant et influence  
de la \_\_, 130-131
- Mésosystème**, 29  
**Métacognition**, 191, 227, 291, 299  
**Métamémoire**, 220  
Méthamphétamine, 57  
Méthode(s)  
AQS, 129  
*Baby Signs*, 106  
d'essai et erreur, 90  
de collecte des données, 34-35  
de contraception, 318  
de discipline, 199  
de rétroaction, 132  
Mère Kangourou, 67  
Méthode(s) de recherche  
en psychologie du développement, 32-36  
expérimentales, 32-36  
non expérimentales, 33-34
- Microsystème**, 29, 133, 136, 329  
Milieu  
bilingue, 164  
de travail, 366  
de travail des adolescents, 303-304  
défavorisé, 31, 66, 82, 100, 107, 121, 148,  
170-171, 195, 204, 231, 278-279, 300,  
318, 330-331, 343, voir aussi Pauvreté  
influence du \_\_, voir Influence du milieu  
ressources du \_\_, 162
- Minorité ethnique, 302, 312  
Mitochondrie, 415-416  
**Mitose**, 41  
**Mode de transmission**  
**dominant-récessif**, 44  
**plurifactoriel**, 45  
**polygénique**, 45
- Modèle(s)**  
**bioécologique**, 28, 29-30, 107, 162,  
228-232, 245, 329, 366  
classique du processus du deuil, 460-461  
d'interactions sociales, 161  
de comportement non agressif, 197  
de la confrontation de la mort de Kübler-Ross,  
448  
de la mémoire de travail, 159  
de la pédiatrie sociale, 121  
**des événements de vie**, 355, 356, 391  
des styles parentaux, 201-203  
**des traits**, 356, 357, 393, 431  
du deuil de Monbourquette, 461  
du développement cognitif, 349-350  
**du processus d'identité**, 392, 393  
du vieillissement réussi, 432-433  
écologique, 133, 203  
familial, 183-184  
normatif, 354-355  
opérationnel interne, 128  
sexuel, 185-187  
typologique, 358
- Modifications  
fonctionnelles, 292  
structurelles, 292  
Moelle épinière, 75, 77  
**Moi**, 14, 15, 122, 243  
conscient, 15  
**objectif (différentiel)**, 113, 114  
**subjectif (existentiel)**, 113  
Monbourquette, Jean, 461  
Monoparentalité, 118, 195, 248, 250, 369  
Montigny, Johanne de, 449
- Morale**  
**conventionnelle**, 295, 296  
**postconventionnelle**, 295, 296, 352-353  
**préconventionnelle**, 295  
Moralité, principe de \_\_, 15  
**Moratoire psychosocial**, 309  
Mort, 444-445, voir aussi Personne mourante  
compréhension de la \_\_, 454-457  
confrontation avec la \_\_, 447-449  
d'un parent, 463  
droit à la \_\_, 450-454  
du conjoint, 436, 462-463  
du nouveau-né, 464  
*in vitro*, 464  
perception de la \_\_, 454-459  
phases devant la \_\_, 448  
subite du nourrisson, 56  
traumatique, 456, 458
- Mortalité**  
à l'adolescence, 288-289  
à la naissance, 55, 472  
**infantile**, 66, 148, 321, 463-464  
Mot(s), 150  
identification des \_\_, 226-227  
premiers \_\_, 100-101
- Motivation  
à entreprendre et réussir, 179  
à parler, 105  
de l'enfant à agir, 85  
du désir d'enfant, 50  
extrinsèque, 179, 230  
intrinsèque, 179, 230, 236, 299  
perte de \_\_, 263  
réussite scolaire et \_\_, 7, 299  
scolaire, 243  
troubles de \_\_, 302
- Motricité**, 75, 170  
développement de la \_\_, 24, 82-86, 143-146  
**fine**, 84, 144, 212-213  
**globale**, 84, 143, 212-213  
Mouvement volontaire, 77
- Mutation**, 45  
**Myélinisation**, 77, 143
- N**  
Naissance(s), 59-63, voir aussi Accouchement  
complications à la \_\_, 55, 148  
contexte de la \_\_, 62-63  
faible poids à la \_\_, 57, 59, 65-68  
maison de \_\_, 62-63  
mortalité à la \_\_, 55, 464  
multiples, 41, 50, 53, 346  
prématurée, 50, 55-56, 58, 165  
rituel de \_\_, 63  
Nanisme, 59  
Narration, 226  
Négation, 244, 448  
**Négligence**, 124  
Négligence, 118, 201-202, 219, 254, 261, 318,  
321, 357, 435, 438  
psychologique, 435  
Négociation, 425  
Neurgarten, Bernice, 10, 355, 391  
**Neurone**, 76  
Neurotransmetteur, 76  
Névrologie, 393, 431  
Névrologie, 48, 356-357, 424  
Nicotine, 59  
grossesse et \_\_, 56, 81  
Nid vide, 398-399  
Niveau socioéconomique, 8  
acquisition du langage et \_\_, 106  
comportement antisociaux et \_\_, 330  
délinquance juvénile et \_\_, 330  
deuil selon le \_\_, 460  
effet du service de garde selon le \_\_, 171  
longévité et \_\_, 412  
maladies et difficultés de l'enfant et \_\_, 118  
maltraitance et \_\_, 118  
obésité et \_\_, 281  
participation sportive et \_\_, 214  
retards de langage et \_\_, 165  
réussite scolaire et \_\_, 230-231, 300-301  
santé de l'adulte d'âge mûr et \_\_, 382  
santé et bien-être et \_\_, 343  
vie de retraite selon le \_\_, 434  
violence conjugale et \_\_, 364  
Niveaux du développement moral, 294-296

- Nombre(s), 217  
compréhension des \_\_, 156  
maîtrise des \_\_, 151-152
- Non-conservation, 153
- Normes  
internalisation des \_\_, 200-201  
morales, 296  
perception des \_\_, 318  
sociales, 297, 353, 369
- Nouveau-né**, 64-69, *voir aussi* Enfant de 0 à 2-3 ans  
apprentissage chez le \_\_, 86-87  
aspect physique du \_\_, 64  
capacités sensorielles du \_\_, 79-80  
de faible poids, 56-57, 59, 65-68, 82  
évaluation du \_\_, 64-65  
irritable, 58  
malformations chez le \_\_, 45  
mort du \_\_, 464  
**prématuré**, 55, 59, 64, 65  
réflexes du \_\_, 78  
taille et poids du \_\_, 82  
tempérament du \_\_, 120, 130
- Numérotation, principes de la \_\_, 151
- Nutrition, 146, *voir aussi* Alimentation, *voir aussi* Malnutrition  
à l'adolescence, 280-284  
chez l'adulte d'âge avancé, 421-422
- O**
- Obésité, 339, 382, *voir aussi* Embonpoint  
à l'adolescence, 273, 280-281  
facteurs de prévention de l'\_\_, 146  
infantile, 47, 146, 210  
risque d'\_\_, 280  
rôle de l'hérédité et de l'environnement sur l'\_\_, 47
- Objet  
concept de l'\_\_, 90  
permanence de l'\_\_, 90-92, 113, 116, 454
- Observation  
apprentissage par \_\_, 19-20, 187  
en laboratoire, 34  
sur le terrain, 34
- Odorat, 79-80, 376-377, 419
- Ontosystème**, 29, 133
- Opération**  
mathématique, 217-218  
**mentale**, 150, 217
- Opposition à l'adulte, 194
- Optimisation sélective et compensation**, 433
- Ordinalité**, 151
- Ordinateur, 232-233, 257
- Organe sexuel, 273-274
- Organisation**, 221  
**cognitive**, 22
- Orgasme, 313
- Orientation**  
**sexuelle**, 184, 316, 317  
spatiale, 386, 427
- Ostéoporose**, 339, 383, 417  
Estrogène, 60, 63, 276, 345, 376, 378-379  
de synthèse, 379
- Otite, 149
- Ouïe, *voir* Audition
- Ouverture aux expériences, 356-357, 431
- Ovaire(s), 274, 376  
cancer des \_\_, 379
- Ovulation, 40
- Ovule, 40-41, 346, 376
- P**
- Pair(s)  
comportement de l'adolescent et influence des \_\_, 325  
conflits avec les \_\_, 246  
développement du langage et influence des \_\_, 163  
déviants, 318, 330  
identité de genre et influence des \_\_, 184-185  
influence des \_\_, 253  
rejet par ses \_\_, 179  
relations entre les \_\_, 325-328  
relations sexuelles et influence des \_\_, 318  
réussite scolaire et influence des \_\_, 231-232, 301  
soutien social des \_\_, 241  
tabagisme et influence des \_\_, 287
- Papillomavirus, 319
- Paradigme du visage inexpressif**, 134
- Parent(s)  
acquisition du langage et rôle du \_\_, 105-106  
âge du \_\_, 203  
agressif, 261  
agressivité de l'enfant et influence du \_\_, 195, 197  
alcoolique, 286  
anxieux, 248-249  
attentif, 312  
attitude du \_\_, 120, 161-162, 202-204, 282, 320  
autocratique, 298  
autoritaire, 201, 230, 254, 301  
chaleureux, 161, 201  
coercitif, 258  
comportement manipulateur du \_\_, 197  
comportements prosociaux de l'enfant et influence des \_\_, 193  
conditions de travail du \_\_, 248  
consommation de substances et rôle du \_\_, 286  
contexte de vie des \_\_, 203-204  
croyances des \_\_, 203  
d'enfant doué, 236  
délinquance juvénile et influence du \_\_, 329-330  
démocratique, 201-202, 230, 249, 254, 297-298, 301, 324, 329  
dépressif, 248-249, 264  
développement cognitif de l'enfant et influence du \_\_, 161-162  
développement moral de l'enfant et rôle du \_\_, 297  
discipline et contrôle du \_\_, 200-201, 246  
distant, 201-202  
divorce des \_\_, 136-137, 248  
émotions chez les futurs \_\_, 50  
engagement du \_\_, 300  
estime de soi de l'enfant et rôle du \_\_, 178-179  
facteurs d'influence des conduites du \_\_, 203  
froid, 261  
homosexuels, 184, 251  
hostile, 262  
identité de genre et influence du \_\_, 183-184  
implication et encouragement du \_\_, 301  
irritable, 248  
lecture et rôle du \_\_, 107  
monoparental, 118, 195, 248, 250  
mort d'un \_\_, 463  
négligent, *voir* Négligence  
nouveau conjoint du \_\_, 250-251  
participation sportive et rôle du \_\_, 214  
permissif, 201, 230, 301, 330  
personnalité du \_\_, 130  
relations entre l'adolescent et le \_\_, 323-324, 398  
responsabilité de planification de l'enfant et rôle du \_\_, 220  
réussite scolaire et rôle du \_\_, 230, 300-301, 303  
rôle de \_\_, 369-370  
sentiment de compétence et rôle du \_\_, 244  
séparation des \_\_, 136-137, 203, 249  
sévère, 262  
sexualité et rôle du \_\_, 320  
soutien social du \_\_, 241  
stéréotype sexuel et rôle du \_\_, 188  
stress du nouveau \_\_, 369  
styles de \_\_, 201-203, 230, 245, 249, 254, 297-298, 300-301, 324, 329-330  
tempérament de l'enfant et influence du \_\_, 130-131  
vieillissants, 401-403, 437
- Parten, Mildred, 168
- Participation guidée**, 96
- Passion**, 359, 360
- Paternité tardive, 380
- Pauvreté, *voir aussi* Milieu défavorisé  
agressivité de l'enfant associé à la \_\_, 195  
autonomie et \_\_, 452  
comportements antisociaux et \_\_, 330  
conduites parentales liées à la \_\_, 204  
grossesse adolescente et \_\_, 321
- malnutrition et \_\_, 422  
maltraitance et \_\_, 118  
obésité et \_\_, 146  
relations familiales et \_\_, 248  
réussite scolaire et \_\_, 231  
santé et \_\_, 148  
troubles de santé et \_\_, 279
- Pavlov, Ivan, 17
- Pédagogie  
non directive, 26  
par projet, 229  
réussite scolaire et \_\_, 232
- Pédiatrie sociale, 121
- Pénis, 274
- Pensée(s)**, 75  
abstraite, 290  
anxiogène, 263  
autoréférentielle, 348  
égocentrique, 152-153, 155, 157, 165  
experte, 388-389  
immature, 348  
irréversible, 153, 157, 454  
**magique**, 157  
mature, 347-348  
**postformelle**, 347, 348, 349  
préopératoire, 150-153, 156-157  
prise de conscience de la \_\_, 155  
**réflexive**, 347  
répétitives, 262  
réversible, 215  
spatiale, 216-218  
suicidaires, 263, 289, 471
- Perception**  
de discrimination, 312  
de l'information, 24-25  
de la ménopause, 378-379  
de la mort, 454-459  
de la popularité, 254  
de la taille des objets, 93  
de soi, 392  
des normes, 318  
des risques, 278  
développement de la motricité et \_\_, 85-86  
distorsion de \_\_, 282  
du mariage, 363  
développement de la motricité et \_\_, 85-86  
distorsion de \_\_, 282  
du mariage, 363  
phonétique, 98  
**tactile**, 86  
vitesse de \_\_, 386, 427
- Père  
à la maison, 247  
adolescent, 321  
âge du \_\_, 59  
démocratique, 249  
développement affectif et social de l'enfant et rôle du \_\_, 135-136  
émotion du futur \_\_, 50  
impliqué, 369  
influences prénatales liées au \_\_, 59  
perte de contact avec le \_\_, 249  
relation entre l'enfant et le \_\_, 249  
relations entre l'adolescent et le \_\_, 324  
sentiment d'impuissance du \_\_, 50  
tempérament de l'enfant et influence du \_\_, 131
- Performance  
cognitive, 403  
créatrice, 389  
culture de \_\_, 299  
non verbale, 427  
scolaire, 286, 299, *voir aussi* Rendement scolaire  
spatiale, 300  
verbale, 427  
visuelle, 300
- Péréménopause**, 376
- Période(s)**  
**critique**, 9  
**de latence**, 14, 243  
du cycle de vie, 7  
du développement prénatal, 51-54  
**embryonnaire**, 51, 52-53  
**fœtale**, 53  
**germinale**, 51  
prélinguistique, 106  
**sensible**, 9
- Permanence de l'objet**, 90, 91-92, 113, 116, 454
- Personnalité, 266, 431, 434  
adulte, 354-358  
artistique, 367  
conventionnelle, 367  
de type A, 341  
de type B, 341  
de type D, 341  
dépendante, 122  
développement de la \_\_, *voir* Développement de la personnalité  
du parent, 130  
égo-résilience, 358  
entrepreneuse, 367  
états identitaires et \_\_, 311  
gestion de crise selon la \_\_, 355  
instances de la \_\_, 15  
investigatrice, 367  
jeu et développement de la \_\_, 168  
optimiste, 431  
réaliste, 367  
rôle de l'hérédité et de l'environnement sur la \_\_, 48  
sociale, 367  
sous-contrôlée, 358  
surcontrôlée, 358  
tabagisme et \_\_, 287  
théories du développement de la \_\_, 121-125, 189-191  
traits de \_\_, 341, 356-357, 393-394, 412, 424, 431  
troubles de \_\_, 357
- Personne âgée, *voir* Adulte d'âge avancé
- Personne mourante, *voir aussi* Mort  
dignité de la \_\_, 445-447, 449, 452-453  
soins à la \_\_, 445-447
- Perspective sociale cognitive, 191
- Perte**  
**ambiguë**, 465  
auditive, 418-419  
de mémoire, 424, 430  
du travail, 404-405
- Perturbation(s)  
du sommeil, 265, 462  
lors du deuil, 459-460
- Pessimisme, 265, 393
- Pesticides, exposition aux \_\_, 59, 149
- Peur**, 116, 168, 199, 242, 262, 438, 461  
de l'abandon, 200  
de l'accouchement, 62  
**de l'étranger**, 116  
de la désapprobation, 317  
de la mort, 265, 449  
de prendre du poids, 282  
de séparation, 200  
du danger, 265  
du rejet, 317  
du vieillissement, 379-380  
extrême du contexte social, 262  
irrationnelle, 262
- Phase(s)  
de l'accouchement par voie naturelle, 60-61  
de la confrontation de la mort, 448  
terminale, 447, 453
- Phénomène boomerang**, 399, 400
- Phénotype**, 45
- Phobie**  
**scolaire**, 262  
**sociale**, 262, 357
- Phonème**, 98
- Phrases, premières \_\_, 101
- Piaget, Jean, 10, 20-22, 25, 86-93, 113, 150, 152-153, 155-156, 165, 167, 191, 214-219, 221-222, 290-291, 294
- Pilosité, 274-275
- Placenta**, 51, 52, 56  
Plaisir, principe du \_\_, 14-15
- Plaqué**  
**amyloïde**, 426  
**sénile**, 426
- Plasticité du cerveau**, 79, 105, 417, 419, 429
- Pleurs, 99, 115
- Plomb  
empoisonnement au \_\_, 149, 232  
exposition au \_\_, 59, 149
- Plurilinguisme, 106
- Pneumonie, 149

- Poids  
à l'adolescence, 276  
de la femme enceinte, 55  
du nouveau-né, 56, 82  
nouveau-né de faible \_\_, 57, 59, 65-68  
surplus de \_\_, 346
- Pollution, 416
- Popularité**, 254-255  
**perçue**, 254  
**sociométrique**, 254
- Potvin, France, 50
- Pouvoir  
abus de \_\_, 368  
discipline et \_\_, 200
- Pragmatique**, 226  
Pragmatisme, 348
- Pratiques  
parentales, 330-331  
pédagogiques, 232  
sexuelles, 319
- Préattachement, 127  
Prédisposition génétique, 45, 48, 211
- Préférence  
pour la nouveauté, 94  
visuelle, 94
- Préhension**  
digitale, 84  
**en pince**, 85  
palmaire, 84
- Préjugé  
de la part des pairs, 253  
envers l'adulte d'âge avancé, 411, 414, 420, 438  
envers les familles en état de vulnérabilité, 204
- Premières Nations, voir Autochtones
- Premiers(ères)  
amis, 191-192  
manifestations émotives, 114-118  
mots, 100-101  
phrases, 101
- Préoccupations professionnelles, 403-405
- Presbycousie, 418  
Présentisme, 384
- Pression  
artérielle, 422  
de conformité, 253  
parentale, 249  
scolaire, 263
- Prévention  
de la grossesse adolescente, 321  
des troubles psychosociaux, 331-332  
du cancer, 383  
du suicide, 451
- Principe(s)**  
**d'identité**, 215  
d'ordinalité, 151  
de cardinalité, 151  
**de compensation**, 215  
de l'autonomie et de l'autodétermination, 452  
de la numérotation, 151  
de moralité, 15  
de réalité, 14-15  
**de réversibilité**, 215  
de sériation, 216  
du plaisir, 14-15  
du simple au complexe, 114
- Prise  
de décision, 292  
de risque, 277-278  
en charge d'un parent âgé, 402
- Prise de conscience  
de la pensée, 155  
de la sexualité, 313  
lors d'une mortalité, 461, 463
- Problèmes, voir Trouble(s)
- Processus**  
d'attachement, 67  
**d'élagage**, 76  
d'identification, 186  
d'identification au parent de même sexe, 190  
de l'empreinte, 126  
de latéralisation, 145-146  
de myélinisation, 77  
du deuil, 459-462
- Proche aidant**, 402, 403, 463  
Procréation assistée, 50  
Progesterone, 63, 345  
synthétique, 379
- Progéline, 379
- Programme  
1,2,3 go!, 30-31  
communautaire, 31  
d'éducation préscolaire, 170-171  
d'intervention contre l'intimidation, 259-260  
d'intervention contre la maltraitance, 118  
d'intervention destinés aux jeunes délinquants, 331  
des troubles de l'alimentation, 283  
gouvernemental pour les traitements de fécondation in vitro, 50  
OLO, 66
- Progrès  
cognitif, 150, 156, 291  
en syntaxe, 162-163
- Progression**  
**céphalo-caudale**, 5, 83  
du simple au complexe, 6  
**proximo-distale**, 5, 83
- Projection, 244
- Projet  
C qui ta gang?, 332  
coopératif, 232  
pédagogie par \_\_, 232  
verglas, 58
- Propension à la discussion, 293
- Prostaglandine, 346
- Prostate, 274
- Prothèse auditive, 419
- Provocation, 250, 259, 261
- Psychoanalyse, 14
- Psychologie, 10  
communautaire, 30-31
- Psychologie du développement**, 11, 24  
**humain**, 4  
méthodes de recherche en \_\_, 32-36
- Psychothérapie**, 264, 284, 288, 423
- Puberté**, 273  
bases physiologiques de la \_\_, 273-274  
maturation sexuelle liée à la \_\_, 274-276  
poussée de croissance lors de la \_\_, 276  
précoce, 273, 288, 318
- Pulsion, 13-14  
agressive, 13  
de mort, 13  
de vie, 13  
sexuelle, 13, 313
- Punition, 18-19, 199  
corporelle, 197-198  
négative, 19  
positive, 19
- Pyramide des besoins de Maslow, 27
- Q**  
Quotient intellectuel, 56, 222, 224, 232, 235, 266
- R**  
Radiations, exposition aux \_\_, 59  
Radicaux libres, 416  
Rahe, Richard H., 340
- Raisonnement**  
abstrait, 290-291, 427  
**déductif**, 216  
**hypothético-déductif**, 290, 291  
**inductif**, 215, 216, 218, 386, 427  
moral, 218-219, 294-298, 311  
**moral prosocial**, 298  
spatial, 447  
transductif, 150, 157
- Rappel de l'information, 430
- Réaction circulaire**, 88, 89  
**primaire**, 88, 89, 99  
**secondaire**, 88, 89, 99  
**tertiaire**, 88-89, 90
- Réaction émotionnelle, voir Émotion(s)
- Réalité  
distinction entre imaginaire et \_\_, 157-158  
principe de \_\_, 14-15
- Rébellion**, 322, 323
- Recherche(s)  
d'information, 395  
de l'identité, 308-313  
éthique de la \_\_, 34-36  
expérimentales, 32-36  
interculturelle, 24  
méthodes de \_\_, 32-36  
non expérimentales, 33-34
- Récompense, 199
- Reconnaissance  
des sons, 98  
sociale, désir de \_\_, 190  
visuelle, 226-227
- Référence sociale**, 134, 135
- Réflexe(s)**, 75, 77  
**adaptatif**, 77  
d'agrippement, 77-78, 84  
de Babinski, 78  
de Darwin, voir Réflexe(s) d'agrippement  
de marche automatique, 78  
de Moro, 78  
de nage, 78  
de succion, 77-78  
des points cardinaux, 77-78  
du nouveau-né, 78  
exercice des \_\_, 88-89  
locomoteurs, 77  
**primitif**, 77  
pupillaire, 77  
tonique du cou, 78
- Refoulement, 15, 244
- Régime alimentaire sévère, 283, 416-417
- Régression, 244
- Régulation**  
de la puberté, 273  
des émotions, 179-180  
**mutuelle**, 133, 134, 178
- Réinsertion sociale, 331
- Rejet  
de la mère, 195  
par ses pairs, 179  
peur du \_\_, 317
- Relation(s), voir aussi Interaction(s)  
adolescent-parents, 323-324  
affectives et sociales, développement des \_\_, 322-328  
affectives intimes ou profondes, 358-361  
amicales, voir Ami(s), voir Amitié  
amoureuses, 326, 361  
anales, 344  
avec les enfants adultes, 437-438  
avec les parents vieillissants, 401-403  
causales, 150-151, 156  
conjugale, 203, 351, 364-365, 369, 396-397, 399, 436-437  
de couple des parents, 326  
entre frères et sœurs, 136, 246-247, 325, 438  
entre grands-parents et petits-enfants, 401, 439  
entre la mère et la fille, 437  
entre le parent et l'enfant, 245, 247, 357, 398-399  
entre le père et l'enfant, 249  
entre les pairs, 325-328  
familiales, 245-248, 323, 398-403  
familiales, perturbations des \_\_, 136-137  
homosexuelles, 364-365  
interpersonnelles, 294, 351, 360, 395, 436-439  
intimes, 355, 358-361  
mutuelle et intime, 255-256  
positives, 394  
sexuelles, 313-321, 326, 344  
sexuelles non protégées, 320-321  
sexuelles occasionnelles, 314, 344  
sexuelles pendant la grossesse, 50  
sociales, 342  
sociales à l'âge mûr, 394-403  
spatiales, 216-218  
vaginales, 344
- Relecture de vie**, 448, 449, 459
- Rendement  
cognitif, 421  
scolaire, 214, 287, voir aussi Performance scolaire, voir aussi Réussite scolaire
- Renforcement**, 18-19, 103  
**négatif**, 18  
**positif**, 18, 199
- Répétition**, 221
- Repli sur soi, 171
- Réponse  
conditionnelle, 17  
de stress, 340  
inconditionnelle, 17
- Représentation  
de la réalité, 92-93, 155  
du soi, 240-241
- Représentation mentale**, 90  
capacité de \_\_, 90, 94, 150  
de soi-même, 113
- Réseau(x)**  
**de soutien**, 395, 436, 438  
**de soutien social**, 29  
sérotonergiques, 283  
social, 342-343, 394, 397, 434, 436  
synaptique, 77
- Résolve**  
cognitive, 426  
mentale, 428  
**organique**, 418, 422, 426
- Résilience**, 265, 266-268, 355, 461  
tuteur de \_\_, 266-267
- Résolution  
de conflits, 247, 255, 358, 436, 463  
lors du deuil, 461
- Résolution de problèmes, 90, 292, 388  
de conservation, 215  
habiletés de \_\_, 169  
interpersonnels, 428  
mathématiques, 181  
pratiques, 232  
quotidiens, 428
- Respect  
de l'autorité, 299  
de la personne, 35
- Respiration, 75  
du nouveau-né, 64
- Responsabilités, acceptation des \_\_, 337
- Ressources  
communautaires, 231  
du milieu, 162  
familiales, 231
- Restructuration cognitive, 288
- Retard  
de croissance, 57, 118, 146, 148  
de langage, 165-166
- Retour aux études, 404-405
- Retrait**  
de l'amour, 200, 324  
**social**, 193, 194
- Retraite, 404, 433-434  
progressive, 404
- Rétroaction, 132, 428  
négative, 302  
positive, 177, 179
- Réussite scolaire, 220, 228-232, 241, 298-302, 327, voir aussi Rendement scolaire  
motivation et \_\_, 7
- Réversibilité, 215
- Rigidité mentale, 424
- Rire, 116
- Risque(s)  
d'obésité, 280  
de suicide, 450  
perception des \_\_, 277  
prise de \_\_, 277-278
- Rituel**, 465  
de mort symbolique, 466  
de naissance, 63  
funéraire, 445, 459, 465-466
- Rogers, Roger, 26
- Rôle(s)**  
confusion des \_\_, 309-310  
de l'éducateur, 178-179  
de l'enseignant, 300  
de la famille dans le développement affectif et social de l'enfant, 133-137  
de la mère, 135-136  
de parent, 105-107, 178-179, 188, 214, 220, 230, 244, 286, 297, 300-301, 303, 320, 369-370  
de travailleur, 366-368  
du grand-parent, 400-401, 439  
du père, 135-136  
jeux de \_\_, 168, 257, 288  
**sexuel**, 182, 183, 184-187  
sociaux, 432  
sociaux du jeune adulte, 365-370
- Rosenman, Ray, 341
- Rubéole**, 57



## S

- Sac amniotique**, 51, 52, 60  
**Sage-femme**, 62, 63  
 Sagesse, 431  
 Salovey, Peter, 351  
 Santé  
 chez le jeune adulte, 338-343  
 état de \_\_, 211-212  
 infantile, 148-149  
 mentale, 343-344  
 mentale des enfants, 260-268  
 pauvreté et \_\_, 148  
 psychologique, 324  
 troubles de \_\_, voir **Trouble(s)**  
 Santé physique et mentale  
 à l'adolescence, 278-289  
 chez l'adulte d'âge avancé, 420-426  
 chez l'adulte d'âge mûr, 381-385  
 Satisfaction  
 conjugale, 357, 362, 365, 369-370, 396, 402, 436  
 des besoins, 27  
 face à la vie, 394  
 sentiment de \_\_, 391  
 sexuelle, 396  
 Saunders, Cicely, 445  
**Savoir**  
 informel, 351  
**tactile**, 224, 351  
 Schaie, K. Warner, 10, 349-350, 386, 427  
**Schéma**  
**corporel**, 145  
 identitaire, 392-393  
**Schéme(s)**, 22  
 de l'objet permanent, 90  
**du genre**, 187, 188  
 secondaires, coordination des \_\_, 88-89  
 Schizophrénie, 59, 261, 343  
 Scolarisation  
 accélération de la \_\_, 236  
 de l'enfant de 6 à 11 ans, 228-236  
 des femmes, 362  
 influence de la \_\_ sur la conservation, 218  
 longévité et \_\_, 412  
 qualité de \_\_, 301  
 raisonnement formel et \_\_, 291  
 Scrotum, 274  
 Sécurité  
 base de \_\_, 128  
 besoin de \_\_, 27  
 de l'enfant, 148-149  
 émotionnelle, 253  
 sentiment de \_\_, 127, 178  
 Sédentarité, 280, 339  
 Sélection des comportements, 19  
 Selman, Robert, 255-256  
**Sémantique**, 225  
**Sensence**, 415  
 Sens  
 de l'attachement, 463  
 de l'engagement, 463  
 de l'initiative, 190  
 de la vie, 448-449, 457  
 des responsabilités, 337, 463  
 tactile, 79  
 Sensibilisation au harcèlement, 368  
 Sensibilité  
 à la douleur, 79  
 maternelle, 134  
 Sentiment  
 contradictoires face à la mort, 459  
 d'abandon, 450  
 d'accroissement, 431  
 d'appartenance, 178-179, 253  
 d'attachement, 401  
 d'autoefficacité, 299, 303  
 d'autonomie, 144, 179  
 d'efficacité personnelle, 19, 229-230  
 d'être inutile, 356  
 d'humiliation, 368  
 d'identité, 463  
 d'impuissance, 50, 179, 254, 368  
 d'incompétence, 385  
 d'indépendance, 375  
 d'infériorité, 244  
 d'inquiétude, 50  
 d'intégrité, 432, 449  
 d'intimité, 362  
 d'isolement, 370  
 d'isolement social, 302  
 de bien-être, 279, 343, 359, 391, 393-394, 401, 421, 431-432  
 de bonheur, 433  
 de cohérence, 431  
 de compétence, 144, 178-179, 244  
 de culpabilité, 117, 168, 190, 199, 241, 251, 263, 297, 356, 451, 460-461, 466  
 de dignité, 449  
 de discrimination, 302  
 de honte, 190, 241, 284, 438  
 de liberté, 375  
 de paternité, 50  
 de perte de contrôle, 284, 394, 423  
 de satisfaction, 391  
 de sécurité, 127, 178  
 de solidarité, 465  
 de solitude, 343, 419, 434, 464  
 moral de reconnaissance, 191  
 social élémentaire, 191  
 Séparation  
 anxiété de \_\_, 147  
 conjugale, 362  
 des parents, 136-137, 203, 249  
 peur de \_\_, 200  
 stades d'angoisse liée à la \_\_, 137  
 trouble anxieux de \_\_, 262  
**Sériation**, 216  
 Sérotonine, 264, 345, 450  
 Service de garde, 170  
 en milieu familial, 170  
 Service éducatif particulier, 236  
 Sévérité parentale, 262  
 Sévice sexuel, 160  
 Sexe  
 détermination du \_\_, 42-44  
 jeu selon le \_\_, 169-170, 181-182, 186, 212  
 oral, 315, 344  
 pairs du même \_\_, 253-254  
 réussite scolaire selon le \_\_, 229-230  
 Sexualisation précoce, 314-315  
 Sexualité  
 à l'adolescence, 313-321  
 chez l'adulte d'âge avancé, 419-420  
 chez l'adulte d'âge mûr, 376, 380-381  
 chez le jeune adulte, 344-346  
 dans les médias, 314-315, 320  
 information sur la \_\_, 320  
 orientation, 316-317  
 parent face à la \_\_, 320  
 SIDA, voir **Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)**  
 Sinnott, Jan, 348  
**Situation étrange**, 128, 129  
 Skinner, Burrhus F., 18, 103  
**Socialisation**, 135  
**culturelle**, 313  
 troubles de \_\_, 191  
**Soi**  
 acceptation de \_\_, 394  
 actualisation de \_\_, 26-27  
 concept de \_\_, 26, 113, 176-177, 191, 240-241  
 conception de \_\_, 309, 392  
 confiance en \_\_, 7, 123, 229, 324, 368, 385, 431  
 connaissance de \_\_, 178  
 conscience de \_\_, 14, 112-114, 117, 133, 176-180, 293, 310, 358  
 contrôle de \_\_, 122, 358  
 dévoilement de \_\_, 358-359  
 en développement, 240-242  
 estime de \_\_, voir **Estime de soi**  
 expression de \_\_, 201  
 gestion de \_\_, 351  
**idéal**, 176-177, 241  
 image de \_\_, 172, 176-177, 288, 391  
 perception de \_\_, 392  
**réel**, 241  
 repli sur \_\_, 171  
 représentation du \_\_, 240-241  
**Soin(s)**  
 à domicile, 445  
 aux personnes mourantes, 445-447  
 kangourou, 67  
**palliatifs**, 445, 449  
 Solidarité, sentiment de \_\_, 465  
**Soliloque**, 165  
 Solitude, 423, 431, 436, 469  
 sentiment de \_\_, 343, 419, 434, 464  
**Sommeil**, 75, 80-81, 341, 378, 419  
 à l'adolescence, 280  
 actif, 80  
 chez l'enfant de 3-6 ans, 147  
**paradoxal**, 80  
 perturbation du \_\_, 265, 462  
 troubles du \_\_, 147, 280, 376, 378, 380, 385, 419, 425, 462  
**Somnambulisme**, 147  
**Somniloquie**, 147  
 Somnolence, 280  
 Sons  
 discrimination des \_\_, 80  
 reconnaissance des \_\_, 98  
 Sourire, 115-116  
 involontaire, 115  
 social, 116  
 Sous-alimentation, 146, 148, 234  
 Soutien  
 à l'autonomie, 200-201  
 affectif, 325, 397, 401, 436  
 aux familles en état de vulnérabilité, 204  
 conjugal, 434  
 en situation de crise, 331  
 financier, 438  
 groupe de \_\_, 464  
 institutionnel, 437  
 psychosocial, 66  
 réseau de \_\_, 29, 395, 436, 438  
 social, 29, 203, 241, 288, 342-343, 436, 438, 460  
 unidirectionnel, 256  
 Souvenir(s)  
 d'enfance, 159-161  
 du défunt, 460  
**Spermarche**, 275  
 Spermatozoïde, 40-41, 275, 346, 380  
 Sperme, 346, 380  
 Sport, 213-214  
 Stabilité  
 du genre, 181  
 émotionnelle, 357, 431  
**Stade(s)**  
**anal**, 14, 122  
 d'angoisse liée à la séparation, 137  
 de l'acquisition, 349  
 de l'amitié, 255-256  
 de l'engagement social, 349-350  
 de la coopération réciproque, 255-256  
 de la création de l'héritage, 350  
 de la maladie d'Alzheimer, 425  
**de la maturité filiale**, 402  
 de la réalisation personnelle, 349  
 de la réintégration, 350  
 de la relation mutuelle et intime, 255-256  
 de la réorganisation, 349  
**des opérations concrètes**, 21, 214, 215-219, 290  
**des opérations formelles**, 21, 290  
 des responsabilités, 349-350  
 du développement cognitif, 20-22, 25  
 du développement de la motricité globale, 143-144  
 du développement moral, 294-296  
 du développement psychosexuel, 14, 122  
 du mot unique, 100-101  
 du raisonnement moral, 219  
**génital**, 14, 313  
**oral**, 14, 122  
**phallique**, 14, 189  
**préopérateur**, 21, 150, 151-153, 156-157, 290  
**psychosocial du développement**, 15, 16, 122-124  
**sensorimoteur**, 21, 87, 88-93  
**Stagnation**, 390, 391  
 Statut socioéconomique, voir **Niveau socioéconomique**  
 Steiger, Howard, 283  
**Stérototype**, 276, 364  
 lié à l'adulte d'âge avancé, 411  
**sexuel**, 183, 184-185, 188, 303, 315  
 Sternberg, Robert, 223, 350-351, 359  
 Stimulation  
 cognitive, 171, 277  
 sensorielle, 100  
 Stimulus  
 conditionnel, 17  
 inconditionnel, 17  
 neutre, 17  
 Stockage de l'information, 430  
**Stratégie(s)**  
 associatives, 430  
 d'écriture, 212-213  
 de collecte des données, 34-35  
**mnémonique**, 220, 221  
 particulières à la tâche, 428  
 Stratégies d'adaptation  
 centrées sur le problème, 342  
 centrées sur les émotions, 342  
**Stress**, 264-265, 265, 289  
 au travail, 368, 384-385  
 chez l'adulte d'âge avancé, 436  
 chez l'adulte d'âge mûr, 381-385, 395, 398, 404-405  
 chez le jeune adulte, 339-342, 346  
 chronique, 58, 436  
 du nouveau parent, 369  
 du proche aidant, 402-403  
 du veuvage, 462  
 gestion du \_\_, 342, 385, 412  
 lié à la perte d'un enfant, 463  
 lors de l'accouchement, 62  
 maternel prénatal, 58  
 mauvais traitements envers les enfants et \_\_, 118  
 ménarche et \_\_, 275  
 post-traumatique, 456-458  
 psychologique, 346  
 vieillissement et \_\_, 415  
 Structure familiale, 248-252  
**Styles**  
**d'identité**, 392, 393  
 de vie du jeune adulte, 361-365  
 parentaux, 201-203, 230, 245, 249, 254, 297-298, 300-301, 324, 329-330  
 Sublimation, 244  
 Substitution, 122  
 Sueur nocturne, 376, 379  
**Suicide**, 289, 423, 438, 450-451  
**assisté**, 452, 453  
 signes précurseurs du \_\_, 450-451  
 Suicide Action Montréal, 451  
 Suivi du deuil, 449  
 Surconstrôles, 358  
 Surdité, 52, 57, 104  
 Surfactant, 66  
**Surgénéralisation des règles**, 102, 103  
**Surmoi**, 14, 15, 190, 243  
 Surveillissement, 411  
 Symptôme(s)  
 associés au stress au travail, 384  
 de la maladie d'Alzheimer, 424  
 de la ménopause, 376, 378-379  
 dépressifs, 263, 274, 281, 288, 302, 342, 345, 402, 423, 434  
**Synapse**, 76, 277  
**Synchrone**, 133  
**Syndrome**  
**d'alcoolisation fœtale**, 57  
**d'arrêt de croissance non organique**, 117, 118  
**d'épuisement professionnel**, 384, 385  
**d'immunodéficience acquise (SIDA)**, 57, 319  
 de couvade, 50  
 de détresse respiratoire, 66  
**de Down**, 46, 55, 93, 232  
**de la porte tournante**, 399, 400  
 de mort subite du nourrisson, 81  
 de stress post-traumatique, 353  
 des ovaires polykystiques, 346  
 du bébé secoué, 81  
**du nid vide**, 398, 399  
**préménstruel (SPM)**, 345  
**Syntaxe**, 101, 102-103, 225-226  
 progrès en \_\_, 162-163  
 Syphilis, 319  
 Système nerveux, 51  
 central, 56-58, 75, 77, 117, 428  
 développement du \_\_, 75-79  
 maturation du \_\_, 143  
 périphérique, 75

**Système(s)**

auditif, 80  
cardiovasculaire, 149  
circulatoire, 52, 142, 378  
de soutien, 51-52  
digestif, 51, 375, 378, 418  
**exécutif central, 159**  
immunitaire, 66, 143, 149, 286, 341, 343, 378, 416, 452  
lymbique, 117  
mnémoniques, 430  
moteur, 377  
reproducteur, 378  
respiratoire, 51, 66, 142, 149, 378  
sensoriel, 377  
social des pairs, 325  
structural, 377

**T**

Tabac, 339, 341, 414  
Tabagisme, 287, 345-346, 381  
grossesse et \_\_, 56

**Tâche**

de conservation, 217, 221-222  
des trois montagnes, 152-153  
**développementale, 15, 355**

Tarbulys, George M., 132

**Taux**

de cholestérol, 381, 422  
de fécondité, 413  
de mortalité, 413, 450

**Taxage, 258**

Technique(s)  
béhaviorales de discipline, 199  
de persuasion, 246

Techniques de procréation assistée, 346

Télévision, 94-95, 106-107, 185, 210, 257-258, 410

**Télomère, 415**

Témoignage de l'enfant, 160

**Tempérament, 48, 119, 120-121, 228, 245, 261, 266**

difficile, 119-120, 130, 195, 245, 261-262, 329

facile, 116, 119-120

origine du \_\_, 119

rôle du \_\_ sur l'attachement, 130

stabilité du \_\_, 120-121

types de \_\_, 119-120

Temps de réaction, 419

**Tendance séculaire, 276****Terreur nocturne, 147**

Terrorisme, 265

Tessier, Réjean, 67

**Test(s)**

d'intelligence, 222-225

d'intelligence de Wechsler pour adultes (WAIS), 427

d'intelligence émotionnelle, 351-352

de conservation, 154

de Guthrie, 65

dynamique, 224-225

génétiques, 43

Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC-II), 224

psychométriques, 350

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), 222

Test(s) de dépistage

à la naissance, 65

de la trisomie 21, 46

**Testament de vie, 454**

Testicule, 274

Testostérone, 182, 273, 275, 345, 380

**Thanatologie, 445****Théorie(s), 11**

béhavioristes, 126

cognitives, 186-188

de l'acquisition du langage, 103-105

de l'action raisonnée, 278

**de l'activité, 432**

**de l'apprentissage social ou apprentissage**

**par observation, 19, 20, 103-104, 124, 126, 185, 196-197, 261**

de l'attachement, 124, 126-129, 364

de l'auto-immunité, 416

de l'autodétermination, 200-201

**de l'esprit, 155, 156-158**

de l'usure, 416

**de la continuité, 432**

de la hiérarchie des besoins, 27, 124

de la référence sociale, 124

**de la sélectivité socioémotionnelle, 395, 396-397**

des états identitaires, 310-311

**des intelligences multiples, 223, 224**

des radicaux libres, 416

des stades du développement cognitif, 20-22, 25, 87-93

**des systèmes dynamiques, 85**

développementale cognitive, 186, 188

du conditionnement classique, 17-18, 87, 125

du conditionnement opérant, 18-19, 87, 125

**du convoi social, 394, 395, 436**

**du désengagement, 432**

du développement de l'identité de genre, 186-188

du développement de la personnalité, 121-125, 189-191

du développement moral de Gilligan, 297-298

du développement moral de Kohlberg, 294-297, 352-353

**du développement psychosocial, 14, 15, 16-17**

**du schème du genre, 187, 188**

du taux de vie, 416

**du traitement de l'information, 24, 25, 93-96, 158-161, 219-222**

**du vieillissement programmé, 415, 416**

**du vieillissement variable, 416, 417**

élaboration des \_\_, 32-33

endocrinienne, 416

éthologico-psychanalytique, 127-129

éthologiques de l'attachement, 126-127

immunologique, 416

**innéiste, 104**

néopiagétienne, 347

psychanalytique, 186, 188

psychosexuelle, 13-15, 17, 122, 124-125, 189-190, 243, 313-314

psychosociale, 122-124, 190, 243-244, 309-310, 354-355, 390-391, 431-432

sociale cognitive, 186-188

**socioculturelle, 23, 25**

**triangulaire de l'amour, 359, 360**

**triarchique de l'intelligence, 224, 350-351**

**Thérapie**

antivirale, 345

cognitivo-comportementale, 264, 284

comportementale, 235, 264

de couple, 284

de groupe, 284, 466-467

familiale, 264, 284

génique, 43

individuelle, 264, 284, 466

jeu en \_\_, 168

pharmacologique, 264

Timidité, 5-6, 120-121, 169, 255

Tissu adipeux, 275-276

**Tolérance, 285**

**Toxicomanie, 264, 285, 302, 465**

Traitement de l'information, 24-25, 67, 291-292, 427-430

théorie du \_\_, 24-25, 93-96, 158-161, 219-222

Traits de personnalité, 341, 356-357, 393-394, 412, 424, 431

**Transduction, 150, 157**

Transmission génétique, 44-45

dominant-récessif, 44

plurifactorielle, 45

polygénique, 45

Traumatisme, 232, 264-267

**Travail**

à temps partiel, 304

attachement envers le \_\_, 434

de l'adolescent, 303-304

de l'adulte d'âge mûr, 403-404

harcèlement psychologique au \_\_, 367-368

milieu de \_\_, 366

perte de \_\_, 404-405

réussite scolaire et \_\_, 304

rôle au \_\_, 366-368

stress au \_\_, 384-385

**Travail (accouchement), 60**

**Travail/infriorité (crise), 16, 243, 244**

Tremblay, Richard E., 196

**Tribadisme, 344**

Trichomonase, 319

Trisomie 21, voir Syndrome de Down

Tristesse, 49, 63, 114, 116, 137, 242, 263, 431, 460, 463, 466

Tromperie, 156

Trompes de Fallope, 274, 346

**Tronc cérébral, 75**

anomalies du \_\_, 81

**Trouble(s)**

affectifs, 249

alimentaires, 276, 280-284

anxieux, 262-263, 344, 456

**anxieux de séparation, 262**

auditifs, 165, 224, 234, 376, 418-419

**autistique, 48, 49**

bipolaire, 59, 343

cardiaques, 421, 462

cardiovasculaires, 379, 382

causés par l'alcoolisation fœtale, 57

d'adaptation, 232, 268

d'agressivité, 250

**d'anxiété généralisée, 262**

d'apprentissage, 56-57, 94

d'attachement, 118

d'attention, 57

de comportement, 56, 118, 131, 191, 193-194, 202, 210, 245, 249, 261, 276, 286, 302

de concentration, 378, 462

de digestion, 375

**de la conduite, 261**

de la mémoire, 67, 423, 425, 462

de la vision, 234, 376, 418

de motivation, 302

de personnalité, 357

de santé, 278-280

de santé mentale, 343-344, 422-426, 450, 463

de santé physiques, 422

de socialisation, 191

digestifs, 385

**du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), 234, 235**

du sommeil, 147, 280, 376, 378, 380, 385, 419, 425, 462

du spectre de l'autisme, 48-49

du système nerveux central, 57

émotionnels, 58, 261-264, 289, 344

érectiles, 375

génétiques, 232

langagier, 224

menstruels, 345-346

mentaux, 260-261

neurologiques, 416

neurologiques du développement, 57

**obsessionnel compulsif, 262, 263**

**oppositional avec provocation, 261**

physiques survenus dans l'enfance, 232

psychiatriques, 131

psychologiques, 254

psychosociaux, 328-332

relationnels, 250, 289

respiratoires, 64, 67

**spécifiques des apprentissages, 233, 234**

Trudeau, Natasha, 102

Tuteur de résilience, 266-267

**U**

Union de fait, 361-362

**Universalité, 454**

Utérus, 274

col de l'\_\_, 346

**V**

Vaccin contre la rubéole, 57

Vagin, 274

Valeur(s)

culturelles, 312

des parents, 303

féminines, 229

morales, 246

prosociales, 193

sociales, 190

**Vermix caseosa, 64**

Verrues génitales, 319

Vésicules séminales, 274

Veuvage, 435-436, 452-453

**Vie**

en établissement, 435

sociale des adultes d'âge avancé, 433-435

**Vieillesissement**

changements physiques associés au \_\_, 417-420

de la population, 410-414

du cerveau, 417

études sur le \_\_, 10

peur du \_\_, 379-380

**primaire, 414**

réussi, 432-433

**secondaire, 414**

théories du \_\_, 415-417

VIH, voir Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Violence, 265, 325

chez l'enfant, 195

conjugale, 363-364

dans les médias, 257-258

envers les aînés, 437

exposition à la \_\_, 197, 258

financière, 363

matérielle ou financière, 437

psychologique, 363, 368, 437



# La référence dans l'étude du développement humain

La huitième édition française de ce grand classique présente les différentes dimensions et périodes du développement humain, de la conception jusqu'à la fin de la vie. Elle relève de nouveau le défi de rendre accessible la matière riche, abondante et parfois complexe enseignée dans les cours de psychologie du développement.

Entièrement mis à jour, l'ouvrage s'appuie sur les recherches les plus récentes et tient compte des contextes québécois et canadien. Afin de favoriser l'acquisition des connaissances et des compétences par les étudiants, le propos est illustré de mises en situation, d'exemples concrets et de problématiques qui interpellent la génération d'aujourd'hui.

Fidèle à la rigueur scientifique et aux qualités pédagogiques qui font le succès de ce manuel depuis plus de 30 ans, la présente édition demeure un outil indispensable pour les enseignants comme pour les étudiants, qui y trouveront le support nécessaire à leur apprentissage.