

Analyse interculturelle de la valeur de santé chez les adolescents atteints d'asthme

Marina Iosifyan

▶ **To cite this version:**

Marina Iosifyan. Analyse interculturelle de la valeur de santé chez les adolescents atteints d'asthme. Psychologie et comportements. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015US-PCB223 . tel-01876750

HAL Id: tel-01876750
https://theses.hal.science/tel-01876750

Submitted on 18 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole doctorale 3CH 'Cognition, Comportement, Conduites Humaines'

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

Analyse interculturelle de la valeur de santé chez les adolescents atteints d'asthme

Par Marina IOSIFYAN

Thèse de doctorat de Psychologie

Dirigée par Cécile FLAHAULT (Maître de conférences-HDR)
et Sylvie FAINZANG (Directrice de recherche à l'INSERM)

Date de la soutenance 12 novembre 2015

Devant un jury composé de :
Mme Cécile Flahault (Maître de conférences-HDR, Université Paris Descartes)
Mme Sylvie Fainzang (Directrice de recherche, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales)
Mme Justine GAUGUE (Professeur, Université de Mons), Rapporteur
M Christian REVEILLERE (Professeur, Université de Tours), Rapporteur
Mme Anne ANDRONIKOF (Professeur, Université Paris Ouest Nanterre)

Résumé (français) : Analyse interculturelle de la valeur de santé chez les adolescents atteints d'asthme

L'asthme est l'une des maladies les plus répandues chez les adolescents (WHO, 2015). Souvent, les adolescents atteints d'asthme s'engagent dans des comportements à risque ce qui aggrave leur état de santé (Halterman et al., 2006). De plus, les adolescents atteints d'asthme ont souvent des troubles dépressifs et des troubles anxieux (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004). Parallèlement, il n'y a pas assez de programmes éducatifs pour améliorer la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme (Srof, Taboas & Velsor-Friedrich, 2012).

Les recherches psychologiques essayent de comprendre et de prédire le comportement de santé chez les adolescents atteints d'asthme et de détecter les facteurs qui jouent un rôle important dans le développement des symptômes psychopathologiques. La plupart des modèles de comportement de santé donnent un rôle clé aux attitudes cognitives et ignorent l'influence des valeurs, malgré le fait qu'on ait mis en évidence leur rôle important dans ce domaine. Les valeurs comme les motivations abstraites (Schwartz, 2003) qui existent dans un contexte culturel et personnel peuvent influer sur les attitudes et le comportement de santé.

L'influence des valeurs sur les stratégies de coping est explorée dans les théories majeures consacrées au coping (Lazarus & Folkman, 1984). Néanmoins, il n'y a pas assez de recherches empiriques dans ce domaine. De plus, la majorité des recherches étudie les relations entre les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et la qualité de vie des adolescents dans les pays occidentaux en ignorant la spécificité de ces relations dans les pays non-occidentaux.

Objectifs

Cette recherche a pour objectif de comprendre le rôle de la valeur de santé et des attitudes vis-à-vis de la santé dans le comportement des adolescents russes et français atteints d'asthme. En effet, la valeur de la vie excitante, opposée à la valeur de santé, influe aussi sur le comportement de santé (Kristiansen, 1986), ainsi nous souhaitons analyser cette valeur.

Le deuxième objectif de cette recherche est de comprendre les relations entre les valeurs et les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et leur association avec les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Finalement, cette étude vise à comprendre l'interprétation de l'asthme et de la santé par les adolescents.

Méthodes

La première étude quantitative a étudié les associations entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention\comportement à risque à travers les facteurs médiateurs : les attitudes affectives (explicites et implicites) et cognitives (explicites) chez les adolescents russes et français atteints d'asthme (N = 100). Deux groupes contrôles étaient inclus dans la recherche afin de détecter les différences dans les valeurs chez les adolescents en bonne santé et les adolescents atteints d'asthme.

La deuxième étude quantitative a étudié les associations entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et les symptômes de l'anxiété et de la dépression à travers les facteurs médiateurs : les stratégies de coping.

L'étude qualitative, basée sur une méthodologie de recherche anthropologique, a exploré la phénoménologie de l'asthme et de la santé chez les adolescents russes et français (N = 20).

Résultats

La première étude quantitative a montré que les attitudes sont les médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé. Six médiations étaient significatives chez les adolescents russes atteints d'asthme. Les attitudes cognitives ont médiatisé les relations entre la valeur de

santé et le comportement à risque\comportement de prévention (95% CI [-.29, -.01]; 95% CI [.03, .41]). Les attitudes cognitives ont aussi médiatisé les relations entre la valeur de la vie excitante et le comportement à risque\comportement de prévention (95% CI [.01, .33]; 95% CI [-.42, -.03]). Les attitudes affectives ont joué le rôle de médiateurs entre les valeurs et le comportement. Elles ont médiatisé les relations entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement à risque (95% CI [-.60, -.01] ; 95% CI [.07, .63]). Les attitudes implicites ont médiatisé les relations entre les attitudes affectives et le comportement de prévention (95% CI [.12, .2.42]). Seulement une médiation était significative chez les adolescents français atteints d'asthme. Les attitudes cognitives ont médiatisé les relations entre la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention (95% CI [.04, .67]). Ensemble, les valeurs et les attitudes ont expliqué la variation de comportement à risque (chez les adolescents russes R^2 = .80 ; chez les adolescents français R^2 = .59) et le comportement de prévention (R^2 = .58 ; R^2 = .62).

La deuxième étude quantitative a montré que les stratégies de coping spécifiques à l'asthme sont les médiateurs entre les valeurs et les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Chez les adolescents russes la stratégie de coping « dissimulation de l'asthme » a médiatisé les relations entre la valeur de santé et les symptômes de la dépression (95% CI [.01, .25]). Chez les adolescents français la stratégie de coping « ignorance de l'asthme » a médiatisé les relations entre la valeur de la vie excitante et les symptômes de la dépression et de l'anxiété (95% CI [.03, .28]; 95% CI [.10, .72]). La stratégie de coping « restriction des activités » a médiatisé les relations entre la valeur de la vie excitante et les symptômes de la dépression (95% CI [.01, .25]).

Finalement, l'étude qualitative a décrit l'expérience de l'adaptation et la non-adaptation à l'asthme (le refus des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses). La non-utilisation des médicaments est liée aux connaissances sur l'asthme et aux associations affectives liées à l'asthme. Le refus des prescriptions non médicamenteuses est associé au calcul des risques de santé et des autres types de risques : la non-acceptation sociale et la limitation des activités valorisées. La représentation de soi en tant que personne malade ou personne en bonne santé est aussi associée à l'adaptation et la non-adaptation à l'asthme (la majorité des adolescents se considèrent en bonne santé).

Conclusion

Les valeurs de santé et de la vie excitante sont associées au comportement à travers les attitudes affectives et cognitives. En valorisant la santé ou la vie excitante, les adolescents évaluent le comportement à risque et le comportement de prévention comme bénéfique\inutile ou agréable\désagréable. Les émotions associées à la non-adaptation au traitement prescrit, sont liées aux risques de la non-acceptation sociale et à la limitation des activités valorisées, mais aussi à l'image de soi en tant que personne en bonne santé.

Les valeurs sont associées aux symptômes dépressifs et anxieux à travers les stratégies de coping. En valorisant la santé, les adolescents utilisent moins les stratégies de coping évitant, tandis qu'en valorisant la vie excitante, au contraire, ils préfèrent ces stratégies de coping. Certains types de coping évitant sont différemment associés aux symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et français. Partager ses soucis sur l'asthme avec les autres est associé avec les symptômes dépressifs chez les adolescents russes contrairement aux adolescents français.

L'application de ces résultats dans la pratique clinique est discutée.

Mots clés : valeurs ; asthme ; comportement à risque ; comportement de prévention ; attitudes explicites ; attitudes implicites ; stratégies de coping

Abstract: Cross-cultural analysis of health value among adolescents with asthma

Asthma is one of the most widespread illnesses among adolescents (WHO, 2015). Adolescents with asthma often engage in risky behaviors, making the illness even worse (Halterman et al., 2006). Moreover, they often develop depression and anxiety symptoms (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004). Yet, there is a lack of educative programs to improve the quality of life among adolescents with asthma (Srof, Taboas & Velsor-Friedrich, 2012).

Psychological studies explain and predict health behaviors among adolescents with asthma and determine factors playing an important role in psychopathological symptoms development. Cognitive attitudes hold the key role in the majority of models predicting health behaviors, while values are frequently ignored despite of their proven role in this domain. It is known that values are abstract motivations (Schwartz, 2003) which exist in cultural and personal context and influence attitudes and health behaviors.

The influence of values on coping strategies is explored in the major coping theories (Lazarus & Folkman, 1984); however, there is a lack of empirical studies on the subject. Moreover, the majority of existing studies explore the relationship between coping strategies specific to asthma and quality of life of the adolescents only for Western countries, ignoring the specifics of these relationships in Eastern countries.

Objective

The objective of the present study is to understand the role of health value and attitudes in health related behaviors among Russian and French adolescents with asthma. Since the value of exciting life, which is opposite to health value itself, also influences health behaviors (Kristiansen, 1986), the analysis of this value is included in the study as well.

The second objective of the study is to reveal the underlying relationship between values and coping strategies specific to asthma and their association with symptoms of anxiety and depression.

Finally, this study aims to describe the interpretation of asthma and health among adolescents.

Methods

The first quantitative study explores the associations between health value, value of exciting life and preventive/risky behaviors through the factors-mediators: affective (explicit and implicit) and cognitive (explicit) attitudes among Russian and French adolescents with asthma (N=100). Two control groups (Russian and French healthy adolescents) were included in the study in order to find differences in values among adolescents with asthma and their healthy peers.

The second quantitative study explores the associations between the aforementioned values and symptoms of anxiety and depression through the coping strategies.

Qualitative study, based on the methodology of anthropological research, explored the phenomenology of asthma and health among Russian and French adolescents (N=20).

Results

The first quantitative study revealed that attitudes are mediators between values and health behaviors. Six mediations were found as significant among Russian adolescents with asthma. First, second and third: cognitive attitudes mediated relations between health value and risk/preventive behaviors (95% CI [-.29, -.01]; 95% CI [.03, .41]) and relations between value of exciting life and risky/preventive behaviors (95% CI [.01, .33]; 95% CI [-.42, -.03]). Fourth and fifth: affective attitudes mediated relations between health value, value of exciting life

and risky behaviors (95% CI [-.60,-.01]; 95% CI [.07, .63]). Sixth: implicit attitudes mediated relations between affective attitudes and preventive behaviors (95% CI [.12, .2.42]). Only one mediation was significant among French adolescents with asthma: cognitive attitudes mediated relations between value of exciting life and preventive behaviors (95% CI [.04, .67]). All together values and attitudes explained the variation of risky behaviors (among Russian adolescents R^2 = .80; among French adolescents R^2 = .59) and preventive behaviors (R^2 = .58; R^2 = .62 respectively).

The second quantitative study showed that coping strategies specific to asthma mediate relations between values and symptoms of anxiety and depression. Among Russian adolescents coping strategy "hiding asthma" mediated relations between health value and depression symptoms (95% CI [.01, .25]). Among French adolescents coping strategy "ignoring asthma" mediated relations between value of exciting life and symptoms of depression and anxiety (95% CI [.03, .28]; 95% CI [.10, .72]) and coping strategies "restricted lifestyle" mediated relations between value of exciting life and symptoms of depression (95% CI [.01, .25]).

Qualitative study described the experience of adaptation and non-adaptation towards asthma (refusal to follow medical and non-medical prescriptions). The refusal of medications is related to asthma representation and the affective associations with the illness. The refusal to follow non-medical prescriptions in turn is related to estimation of health risks and other types of risks among which are social rejection and limitation of valued activities. The self-representation as a sick or a healthy person is associated with adaptation and non-adaptation to asthma respectively (the majority of adolescents consider themselves healthy).

Conclusion

Health value and value of exciting life are related to behavior through affective and cognitive attitudes. Valuing health or exciting life, adolescents estimate risky behaviors and preventive behaviors as useful/useless and pleasant/unpleasant. Emotions associated with non-adaptation towards treatment are those related to both risks of social rejection and limitation of valued activities and the image of the person as a healthy one.

Values are associated with anxiety and depressions symptoms through coping strategies. Adolescents valuing health use avoidant coping strategies less, compared to adolescents valuing exciting life, who prefer to use avoidant coping strategies. Some avoidant coping strategies are associated with psychopathological symptoms differently depending on the nationality of adolescents (Russian vs French). Sharing of asthma status with other people is associated with higher depression symptoms among Russian adolescents, in contrast with their French peers.

The implementation of these findings in clinical practice is discussed.

Key-words: values ; asthma ; risk behavior ; preventive behavior ; explicit attitudes ; implicit attitudes ; coping strategies

Remerciements

Je voudrais tout d'abord exprimer mes remerciements sincères à Cécile Flahault. Son encadrement attentif, son souci du détail et sa persévérance m'ont beaucoup aidée à m'imprégner de la méthodologie scientifique et à venir à bout de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier chaleureusement Sylvie Fainzang, qui m'a guidée avec diligence en terre d'anthropologie. Nos longues discussions, ses qualités d'écoute et son soutien constant m'ont été un précieux encouragement.

Au cours de ces trois années de travail, j'ai toujours pu compter sur votre présence et votre soutien. Je vous en suis très reconnaissante.

Je remercie sincèrement les Pr Justine Gaugue et Christian Réveillère, pour avoir accepté d'apporter leur expertise à l'examen du présent travail, et le Pr Anne Andronikof pour me faire l'honneur de figurer dans mon jury.

À Galina Arina, qui m'a encadrée en master et n'a jamais cessé de me soutenir depuis Moscou, je souhaite exprimer ma gratitude la plus profonde.

Je remercie également le Pr Thomas Similowski, chef du service de pneumologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, pour son intérêt vis-à-vis de ma recherche, son aide inestimable pour la mettre en œuvre et sa grande gentillesse.

De grands remerciements aussi aux nombreuses personnes qui m'ont offert leur temps et leur aide afin de rendre possible le volet clinique de ce travail : au Pr Jacques de Blic, chef du service pneumologie et à Mme Marie-Antoinette Urity, infirmière, à l'hôpital Necker ; au Dr Stéphanie Wanin, médecin, et à Mme Liliane Guilbaud, infirmière, à l'École de l'asthme de l'hôpital Robert-Debré ; enfin, au Pr Jocelyne Just, chef du service de pneumo-allergologie, et à Mme Françoise Lefèvre, psychologue clinicienne, au Centre de l'asthme de l'hôpital Armand-Trousseau.

Du côté de la Russie, je souhaite remercier chaleureusement les Dr Anna Alekseïeva, du Centre scientifique de la santé de l'enfant de Moscou, et Galina Oukhanova, médecin-chef de l'Hôpital pour enfants n°86 de Moscou, pour leur aide enthousiaste et leur disponibilité sans faille.

Merci aussi à Isabelle Boudjemadi, principale adjointe du collège Michelet à Vanves, et à toutes les personnes en charge de l'organisation de la colonie de vacances scientifique de l'université d'État Lomonossov de Moscou.

Je voudrais adresser de chaleureux remerciements au Pr Mathilde Husky, de l'université Paris-Descartes, dont le regard critique – et bienveillant ! – m'a beaucoup aidée à perfectionner ce travail de recherche, ainsi qu'à tous les membres de l'équipe Psychopathologie et Psychologie de la santé.

Je tiens aussi à remercier Elisabeth Spitz, professeur de psychologie de la santé à l'université de Lorraine, pour m'avoir beaucoup inspirée et encouragée quand j'étais au début de ma thèse.

Merci beaucoup à Igor Vlasov, pour sa patience et son assistance précieuse dans l'analyse des données ainsi qu'à Viatcheslav Ivanov, pour son aide dans la mise en place du test d'associations implicites.

Merci encore à Léonor Fasse et Philippe Marchetti, pour avoir diligemment corrigé le présent document, et à Mélanie Shaiek-Reversat, secrétaire de l'école doctorale, pour sa grande gentillesse et sa disponibilité. Merci aussi à Todd Lubart, pour ses cours d'anglais scientifique aussi lumineux que plaisants.

Merci à tous les jeunes adolescents et leurs parents qui ont accepté de participer à ma recherche.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien inestimable au cours de ces trois années.

Table des matières

REMERCIEMENTS **6**

SOMMAIRE DES TABLEAUX ET DES FIGURES **10**

INTRODUCTION **12**

1.1 PROBLEMATIQUE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS **12**
1.2 CONTEXTE SCIENTIFIQUE **12**

PREMIERE PARTIE : RECHERCHE SUR L'ASTHME BRONCHIQUE EN PSYCHOLOGIE ET EN ANTHROPOLOGIE **16**

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ASTHME EN PSYCHOLOGIE **16**
1.1 LES RECHERCHES DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES CONCOMITANTS A L'ASTHME 17
1.2 RECHERCHES SUR LE COMPORTEMENT DE SANTE CHEZ LES ADOLESCENTS ATTEINTS D'ASTHME 21
CHAPITRE 2 : RECHERCHES ANTHROPOLOGIQUES SUR L'ASTHME **26**
SYNTHESE 30

DEUXIEME PARTIE : ROLES DES VALEURS DANS LES MODELES PSYCHOLOGIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES **32**

CHAPITRE 1 : LES VALEURS ET LEURS INTERACTIONS AVEC LES AUTRES VARIABLES PSYCHOLOGIQUES **32**
1.1 DEFINITION DE LA VALEUR DE SANTE 33
1.2 RELATIONS ENTRE LES VALEURS ET LA MOTIVATION 38
1.3 RELATIONS ENTRE LES VALEURS ET LES EMOTIONS 42
1.4 RELATIONS ENTRE LES VALEURS ET LES ATTITUDES 43
1.5 INFLUENCE DES VALEURS SUR LE COMPORTEMENT 46
1.6 VALEUR DE SANTE ET ADAPTATION A LA MALADIE CHRONIQUE 49
1.7 RELATIONS ENTRE LES VALEURS ET LE COPING 53
SYNTHESE 55
CHAPITRE 2 : DEVELOPPEMENT DES VALEURS CHEZ LES ADOLESCENTS **57**
2.1 LES RELATIONS FAMILIALES ET LE DEVELOPPEMENT DES VALEURS 60
2.2 LES FACTEURS CULTURELS ET LE DEVELOPPEMENT DES VALEURS 62
SYNTHESE 63
CHAPITRE 3 : RECHERCHES SUR LA VALEUR DE SANTE EN ANTHROPOLOGIE **64**
3.1 ROLES DES VALEURS DANS LA CONSTRUCTION DE LA NOUVELLE IDENTITE CHEZ LA PERSONNE MALADE 64
3.2 RECHERCHES SUR LES VALEURS DE SANTE DANS LE CONTEXTE SOCIO-CULTUREL 65
SYNTHESE 68

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES ETUDES EMPIRIQUES 70

CHAPITRE 1 : ANALYSE DES VALEURS, DES ATTITUDES ET DU COMPORTEMENT DE SANTE 70
1.1 OBJECTIF DE LA RECHERCHE 70
1.2 HYPOTHESES DE LA RECHERCHE 70
1.3 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 72
1.4 RESULTATS 78
1.5 DISCUSSION 90
CONCLUSION 97
CHAPITRE 2 : ANALYSE DES VALEURS, DES STRATEGIES DE COPING ET DES SYMPTOMES PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS 99
2.1 OBJECTIF DE LA RECHERCHE 99
2.2 HYPOTHESES DE LA RECHERCHE 99
2.3 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 101
2.4 RESULTATS 104
2.5 DISCUSSION 117
CONCLUSION 124
CHAPITRE 3 : ETUDE QUALITATIVE (ANTHROPOLOGIQUE) 126
3.1 OBJECTIF DE L'ETUDE 126
3.2 METHODOLOGIE DE L'ETUDE QUALITATIVE ANTHROPOLOGIQUE 126
3.3 RESULTATS 128
3.4 DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE 160
3.5 CONCLUSIONS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE 176

CONCLUSION GENERALE 179

BIBLIOGRAPHIE 186

Sommaire des tableaux et des figures

Tableau 1. Critères de non-inclusion et d'inclusion **78**

Tableau 2. Moyennes et écart types des valeurs, attitudes et des comportements de santé chez les adolescents russes **79**

Tableau 3. Moyennes et écarts types des valeurs, attitudes et des comportements de santé chez les adolescents français **80**

Tableau 4. Corrélations entre les valeurs, les attitudes, et les comportements de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme **83**

Tableau 5. Corrélations entre les valeurs, les attitudes, et les comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme **83**

Tableau 6. Modèle de régression des comportements de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme (n = 50) **84**

Tableau 7. Modèle de régression des comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme (n = 50) **85**

Tableau 8. Les effets directs et indirects sur le comportement de prévention et le comportement à risque chez les adolescents français et russes atteints d'asthme **86**

Tableau 9. Moyennes et écarts types des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes **105**

Tableau 10. Moyennes et écarts types des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents français **106**

Tableau 11. Corrélations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes atteints d'asthme **110**

Tableau 12. Corrélations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents français atteints d'asthme **111**

Tableau 13. Les effets directs et indirects sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents français et russes atteints d'asthme **112**

Figure 1. Système universel des valeurs selon Schwartz **34**

Figure 2. Les constituants et les niveaux d'application des valeurs selon Perron **37**

Figure 3. Vecteur de l'auto-détermination selon Deci et Ryan **40**

Figure 4. Schéma de l'internalisation selon H.Kelman **59**

Figure 5. Exemple d'une épreuve du Test d'Associations Implicite (IAT) **75**

Figure 6. Les attitudes en tant que médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme **87**

Figure 7. Les attitudes cognitives en tant que médiateurs entre la valeur de la vie excitante et le comportement de préventif chez les adolescents français atteints d'asthme **88**

Figure 8. Les attitudes en tant que médiateurs entre la valeur de santé et le comportement de prévention chez les adolescents français en bonne santé **89**

Figure 9. Les attitudes en tant que médiateurs entre la valeur de santé et le comportement de santé chez les garçons russes et français atteints d'asthme **90**

Figure 10. La stratégie de coping spécifique à l'asthme en tant que médiateur entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs chez les adolescents russes atteints d'asthme **113**

Figure 11. Les stratégies de coping en tant que médiateurs entre les valeurs et les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents français atteints d'asthme **114**

Figure 12. La stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' en tant que médiateur entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs et anxieux chez les filles russes et françaises atteintes d'asthme **116**

Figure 13. La stratégie de coping 'accusation de soi' en tant que médiateur entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxio-dépressifs chez les garçons russes et françaises atteints d'asthme **116**

Introduction

1.1 Problématique de la santé des adolescents

De prime abord, la santé des adolescents peut être considérée comme n'exigeant pas d'intervention. Par rapport aux autres classes d'âge, les adolescents ont des indices de mortalité et morbidité relativement bas (World Health Organisation, 2015). L'importance de la recherche sur les adolescents en psychologie de la santé est liée au fait que les adolescents commencent à prendre des décisions indépendantes quant à leur santé. L'adolescence est une période où le comportement à risque, tel que fumer, consommer des drogues ou de l'alcool, apparaît pour la première fois. Les conséquences de ce comportement se poursuivent à l'âge adulte (Reinikainen, Laatikainen, Karvanen & Tolonen, 2014 ; Nimptsch et al., 2014).

Le comportement à risque, chez les adolescents atteints de maladies chroniques, suscite des préoccupations chez les spécialistes de la santé. Les adolescents ont les plus mauvais indices de conformité vis-à-vis du traitement, si on les compare aux enfants (Manne, 1998). Certains chercheurs ont mis en évidence que les adolescents atteints de maladies chroniques s'engagent souvent dans un comportement à risque (Halterman et al., 2006 ; Paquet, 2006 ; Tyc & Throckmorton-Belzer, 2006) et même plus souvent que les adolescents en bonne santé (Suris, Michaud, Akre & Sawyer, 2008). Parallèlement, il semble qu'il n'y ait pas assez de programmes éducatifs pour améliorer la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme (Srof, Taboas & Velsor-Friedrich, 2012).

1.2 Contexte scientifique

Les recherches sur la santé des adolescents en psychologie et en anthropologie portent sur les stratégies de coping pour le maintien de la santé et la lutte contre les maladies, les représentations et les croyances sur la santé et la maladie, ainsi que l'influence du contexte familial, socio-économique et culturel sur la santé. Ces recherches visent à prédire et expliquer le comportement à risque et les facteurs d'adaptation pour une meilleure qualité de vie des adolescents atteints de troubles somatiques.

On peut dégager deux directions majeures pour ces recherches. La première étudie la santé en connexion avec les changements hormonaux et physiques qui apparaissent pendant la période de l'adolescence. Il a été prouvé qu'un développement physique prématuré est lié à un risque élevé de développement d'un comportement à risque. L'interaction entre les structures limbiques et la substance corticale préfrontale est associée à la prise de décision liée au comportement à risque (Spear, 2000; Casey, Getz & Galvan, 2008; Blakemore & Robbins, 2012).

La deuxième direction de recherche se concentre sur l'étude des attitudes et des croyances concernant la santé, les facteurs sociodémographiques comme la famille, le statut socio-économique et la culture. Ces facteurs influent également sur le comportement de l'adolescent, les indices de morbidité et de mortalité.

La réunion de ces deux directions de recherche peut contribuer à la découverte de relations structurales entre les facteurs neuropsychologiques, hormonaux et les facteurs relatifs au contexte de l'environnement dans son ensemble sur le comportement de l'adolescent (Spear, 2000).

Actuellement, la plupart des modèles de comportement liés à la santé donnent un rôle clé aux représentations et attitudes cognitives sur la santé (le modèle des croyances sur la santé de Rosenstock, 1974 ; la théorie de la motivation à se protéger de Rogers, 1975 ; la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié d'Ajzen, 1985). Malgré la contribution de ces modèles à la recherche sur le comportement de santé des adolescents, ceux-ci sont souvent critiqués pour leur faible capacité à prédire le comportement. Cela ne veut pas dire que les représentations et les attitudes cognitives doivent être éliminées de la recherche sur le comportement de santé chez les adolescents (Raczynski & Leviton, 2004), mais probablement que, non seulement les attitudes et les croyances doivent être incluses dans le modèle du comportement de santé, mais aussi les facteurs émotionnels, motivationnels et les valeurs, qui ont justifié leur rôle important dans ce domaine.

Un système de valeurs différent de celui des parents commence à se développer à l'adolescence (Liu et al., 2007). La valeur de santé occupe une place dans ce système de valeurs. Dans le cas d'une maladie grave, comme le cancer, il y a une transformation du système de valeurs en faveur des valeurs de sécurité et de santé (Fischer & Tarquinio, 2002). Mais dans le cas de l'asthme, la menace de la mort n'est présente que pendant les crises, qui

peuvent n'apparaître qu'à plusieurs mois d'intervalle. Il est probable que le sens des prescriptions médicales de maintien de la santé qui limitent les activités des adolescents n'est pas autant justifié pour eux que pour les adolescents atteints d'un cancer. Ce fait peut provoquer un conflit entre les valeurs de santé et les valeurs d'une vie active et excitante, et, par conséquent, induire un comportement à risque.

Les adolescents sont en train de construire leur propre système de valeurs à travers le processus de l'internalisation (les valeurs externes, importantes dans un environnement socio-culturel, deviennent les valeurs internes, importantes pour la personne; Kelman, 1958 ; Vygotsky, 1994). Les représentations sur la santé et la maladie sont similaires entre les parents et les enfants en bas âge (Birch & Davison, 2001), mais les adolescents montrent beaucoup moins de ressemblances avec leurs parents que les enfants (Beal, Ausiello & Perrin, 2001). Les stratégies de coping sont aussi similaires entre les parents et les enfants en bas âge, mais pendant l'adolescence, les stratégies de coping sont différentes de celles des parents (Groër, Thomas & Shoffner, 1992). Ainsi, les adolescents commencent à construire leur propre système de valeurs, de représentations sur la santé et de coping différents de ceux des parents.

Pendant le processus d'internalisation, les valeurs socioculturelles deviennent des valeurs personnelles pour les adolescents ; les adolescents sont particulièrement sensibles à l'influence de l'environnement socioculturel. Le contexte socioculturel des valeurs est particulièrement étudié en anthropologie de la santé, tandis que la psychologie de la santé s'intéresse au contexte personnel des valeurs. La valeur de santé est en même temps la valeur placée sur la santé dans un environnement socioculturel spécifique (aspect anthropologique) et une motivation abstraite de maintien de sa santé (aspect psychologique).

Notre recherche interdisciplinaire est dédiée à l'étude du rôle de la valeur de santé dans le comportement de santé et l'adaptation à l'asthme bronchique chez les adolescents. La majorité des recherches sur les attitudes, les valeurs et les stratégies de coping chez les adolescents atteints d'asthme sont conduites dans les pays occidentaux. Pour pouvoir comparer les similarités et les différences entre les adolescents de pays occidentaux et non occidentaux, nous avons conduit une analyse interculturelle chez les adolescents français et russes atteints d'asthme.

Ce travail se décompose en trois parties. La première partie décrit la problématique de la recherche de l'asthme en psychologie et en anthropologie. La deuxième partie est une présentation de l'analyse des modèles qui expliquent le comportement à risque et l'adaptation vis-à-vis de la maladie chez les adolescents, ainsi que la place de la valeur de santé dans ces modèles. Elle se compose aussi de l'analyse des relations entre la valeur de santé et les autres construits psychologiques, comme les attitudes et le coping, ainsi que le contexte socioculturel de la valeur de santé. La troisième partie est une présentation de la recherche empirique concernant le rôle des valeurs et des attitudes dans le comportement de santé chez les adolescents russes et français atteints d'asthme et les adolescents en bonne santé de deux pays différents. Elle se compose également de la recherche empirique concernant le rôle des valeurs et des stratégies de coping dans les symptômes de l'anxiété et de la dépression chez les adolescents atteints d'asthme et les adolescents en bonne santé en France et en Russie. Finalement, elle inclut la présentation de la recherche qualitative anthropologique sur la phénoménologie de l'asthme et de la santé chez les adolescents russes et français.

Première partie : Recherche sur l'asthme bronchique en psychologie et en anthropologie

L'asthme bronchique est répandu chez 300 millions des personnes, ce qui représente 8 à 16 % de la population mondiale (World Health Organisation, 2015). A cause de la mortalité et de la morbidité, les enfants et les adolescents sont les plus vulnérables parmi tous les groupes de population atteints d'asthme (Pearce et al., 2007).

La problématique de l'asthme dépasse les frontières de la recherche médicale. Même si le médecin a réussi à élaborer un plan de traitement efficace (usage de médicaments, limitation et restriction des activités qui provoquent les crises, visites régulières chez le médecin pour suivre le développement de la maladie), les patients qui ne suivent pas ce plan aggravent l'état de leur asthme. Dans ce cas, élaborer un nouveau plan de traitement est plus difficile pour le médecin. Les recherches psychologiques et anthropologiques cherchent à expliquer ce type de comportement et à élaborer des recommandations pour les spécialistes qui s'occupent de la prise en charge de patients atteints d'asthme. Ainsi, ces recherches apportent une contribution dans la lutte contre cette maladie.

Chapitre 1 : Problématique de l'asthme en psychologie

Le rôle des facteurs psychologiques dans le développement de l'asthme a été pris en compte par les premiers spécialistes qui se sont occupés de patients atteints d'asthme (Pearce, Beasley, Burgess & Crane, 1998). Avant la découverte du rôle des facteurs physiologiques (allergiques) dans le développement de l'asthme, les facteurs psychologiques étaient considérés comme les facteurs clés (Alexander, 1987). Avec l'avancée de la recherche biologique au XXe siècle, il est devenu clair que le développement de l'asthme est lié à une allergie et à la réaction physiologique de l'organisme. Cette découverte a amené à la remise en cause du rôle des facteurs psychologiques dans le développement de l'asthme. Les psychologues de l'école psychanalytique de l'Université de Chicago ont été parmi les premiers scientifiques à mettre en avant les facteurs psychologiques dans le développement de l'asthme. Ils ont souligné l'importance de la recherche psychologique sur l'asthme en remarquant que le facteur physiologique (allergique) n'était pas présent dans le

développement de l'asthme et que celui-ci était donc lié à des facteurs psychologiques (Edgell, 1952). Halliday a développé sa théorie psychologique de l'asthme et a découvert des troubles psychonévrotiques chez les patients atteints d'asthme (Halliday, 1937). Dans sa vision de cette pathologie, il était aussi certain que l'influence des facteurs émotionnels était primordiale dans le développement de l'asthme.

L'autre recherche majeure en psychologie dédiée à l'asthme est apparue dans l'ouvrage de F. Alexander *Médecine psychosomatique* (Alexander, 1987). De manière assez novatrice, Alexander a discuté le rôle des facteurs psychologiques dans le développement de l'asthme. Il a ainsi décrit le rôle des facteurs émotionnels dans le développement des maladies respiratoires, et plus particulièrement dans l'asthme. Malgré les critiques relatives à sa sous-estimation des facteurs physiologiques en faveur des facteurs psychologiques dans son modèle, Alexander a essayé de réunir ces deux hypothèses étiologiques dans sa théorie.

Les recherches psychologiques qui ont suivi la direction donnée par les psychanalystes dans les années 1950-1960 se sont concentrées autour de l'étude des troubles psychologiques chez les patients atteints d'asthme.

1.1 Les recherches des troubles psychologiques concomitants à l'asthme

Des études empiriques ont souligné la fréquente comorbidité psychique associée à l'asthme (e.g. Goodwin, Jacobi & Thefeld, 2003). L'asthme sévère est significativement associé avec des troubles anxieux, des phobies, des crises de panique et des troubles bipolaires. L'asthme bénin est associé avec des troubles affectifs, tandis que l'asthme léger est associé avec le risque de développement de troubles anxieux et de troubles somatoformes. La corrélation entre l'asthme et le risque de développement de troubles émotionnels et comportementaux a aussi été découvert par Bussing et collaborateurs qui ont mené une recherche comparative entre des adolescents atteints d'asthme et des adolescents en bonne santé (Bussing, Halfon, Benjamin & Wells, 1995). La recherche de Kashani et Konig a aussi permis de découvrir des corrélations significatives entre l'asthme et les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents malades (Kashani & König, 1989). Dans de nombreuses recherches, la dépression et les troubles anxieux ont été découverts chez les patients atteints d'asthme (Solis, Khan & Brown, 2006 ; Ettinger, Reed, Cramer & Epilepsy Impact Project Group, 2004 ; Hasler et al., 2005 ; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004). Les recherches dédiées au stress chez les patients atteints d'asthme ont permis de découvrir que le niveau de stress est 1,5 fois plus haut chez eux (Adams et al., 2004).

Les conséquences de la présence de ces troubles psychologiques chez les patients atteints d'asthme ont aussi été étudiées. Les troubles anxieux et la dépression influent sur la perception des symptômes d'asthme : la perception de la maladie comme sévère et la mauvaise qualité de vie des patients ne sont pas liées au diagnostic médical, mais au niveau de l'anxiété et de la dépression (plus l'anxiété est haute, plus l'asthme est considéré comme grave ; Feldman et al., 2005 ; Eisner, Katz, Lactao & Iribarren 2005 ; Lavoie et al., 2006). L'augmentation du niveau de dépression est liée avec le risque de suicide et les pensées suicidaires chez les patients atteints d'asthme (Goodwin & Eaton, 2005). La dépression parmi les patients influe aussi sur la mauvaise adhésion au traitement. DiMatteo et collaborateurs ont ainsi mis en évidence que la dépression coïncidait avec la mauvaise adhésion des patients dans 50 à 70 % des cas (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000). Les patients atteints d'asthme et de dépression sont 3 fois moins attentifs à leurs prescriptions médicales que les patients atteints d'asthme sans dépression (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000). Le niveau augmenté du stress a aussi des conséquences chez les patients atteints d'asthme : le stress provoque le développement de crises d'asthme (Sandberg, Järvenpää, Penttinen, Paton & McCann, 2004).

Ainsi, un grand nombre de recherches ont mis en relief des troubles psychologiques chez les patients atteints d'asthme. Mais l'analyse de ces recherches met en évidence des conclusions contradictoires sur l'état psychologique des patients atteints d'asthme. Dans un grand nombre de recherches, l'association entre présence de troubles psychologiques et asthme fait encore débat. Certains chercheurs ont découvert des corrélations significatives entre le niveau de sévérité de l'asthme et les troubles psychologiques (Wareham, Harrison, Jenkins, Nicholls & Stableforth, 1993 ; Kaugars, Klinnert & Bender, 2004), tandis que les autres n'ont pas justifié ces résultats (Padur et la., 1995 ; Norrish, Tooley & Godfrey, 1977). Certaines études ont conclu que les relations entre la sévérité de l'asthme et les symptômes psychopathologiques ne sont pas directes (Perrin, MacLean & Perrin, 1989 ; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004).

Les résultats contradictoires de ces recherches peuvent tout d'abord être expliqués par les spécificités de leur méthodologie. La plupart des recherches portant sur les troubles psychologiques des patients atteints d'asthme sont menées avec des enfants et des adolescents. Mais ces recherches utilisent l'information provenant des parents et des médecins au lieu d'interroger directement les enfants sur leur état psychologique, les adultes étant considérés comme une source d'information plus fiable que les enfants et les adolescents. De plus, les recherches qui étudient les troubles psychologiques chez les patients souffrant

d'asthme sévère ont souvent une spécificité méthodologique : pour diagnostiquer l'asthme sévère, leurs auteurs n'utilisent pas les données médicales, mais recueillent l'opinion des patients ou des parents de l'enfant malade (sur leur perception de la sévérité des symptômes ou le nombre des hospitalisations). Or Price et collaborateurs ont découvert que les données médicales sur la sévérité de l'asthme et les données subjectives des patients et leurs parents ne coïncident souvent pas (Price, Bratton & Klinnert, 2002). D'autre part les résultats statistiques des recherches ne sont pas toujours significatifs. Ils représentent le risque de développement de troubles psychologiques plutôt que la présence systématique de ces troubles (Graham, Rutter, Yule & Pless, 1967).

Si l'on prend en compte la méthodologie des recherches et leurs résultats contradictoires, on ne peut donc pas conclure qu'il y a des troubles spécifiques psychologiques qui sont concomitants au développement de l'asthme. Cette conclusion ne nie pas le fait que, parfois, les personnes atteintes d'asthme développent des troubles psychologiques. On peut supposer qu'il n'y a pas de psychopathologie concomitante à l'asthme, mais les personnes atteintes d'asthme vivent dans des conditions de vie difficiles et peuvent développer des troubles psychologiques.

Pour pouvoir prévenir le développement de ces troubles psychologiques il est important de comprendre les processus qui président à ce développement. Il a été démontré que l'influence de l'asthme sur leur apparition et la qualité de vie des patients n'est pas directe (Perrin, MacLean & Perrin, 1989). Ainsi, les recherches actuelles étudient les facteurs médiateurs entre les symptômes de l'asthme et la qualité de vie des patients.

Les stratégies de coping sont l'un de ces facteurs clés, car ils jouent un rôle important dans la gestion de l'asthme (Velsor-Friedrich et al, 2012). Les chercheurs considèrent en effet que les stratégies de coping sont les médiateurs entre les symptômes d'asthme et la qualité de vie des patients (Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten & Van Den Eijnden, 2007). Il a été démontré que le coping actif et le coping centré sur le problème, liés à la planification de son traitement et à la recherche d'informations sur l'asthme, sont associés à la gestion efficace de cette maladie, c'est à dire la conformité au traitement et la gestion médicale de l'asthme (Mitchell & Murdock, 2002) et à une meilleure qualité de vie (Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten & Van Den Eijnden, 2007). Le coping centré sur l'émotion et le coping évitant, liés à la dissimulation et l'ignorance de son asthme, sont, au contraire, associés à une non-adaptation à

l'asthme et à une mauvaise qualité de vie (Barton, Clarke, Sulaiman & Abramson, 2003; Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten & Van Den Eijnden, 2007).

Les stratégies de coping actif sont considérées comme parmi les plus importantes pour la gestion de l'asthme. L'apprentissage de la stratégie de coping actif, qui apprend à résoudre les problèmes liés à l'asthme étape par étape, est au cœur des programmes éducatifs de la gestion de l'asthme (Yang, Lunt & Sylva, 2009).

La tendance à définir le coping passif comme non efficace et le coping actif comme efficace à la gestion de l'asthme n'est pas toujours justifiée. Le coping actif n'est pas toujours associé à une meilleure qualité de vie. Schreier et Chen ont trouvé que le coping actif (par exemple l'ouverture et la capacité de parler de son asthme avec les autres) est lié à l'absentéisme à l'école (Schreier & Chen, 2008). Les chercheurs ont expliqué que les adultes, avec lesquels les adolescents discutent de leur asthme, incitent les adolescents à éviter certaines activités obligatoires à cause de leur asthme, ce qui amène à, par exemple, l'absentéisme.

De la même façon que le coping actif n'est pas toujours associé à une bonne qualité de vie, le coping passif n'est pas toujours associé à une mauvaise qualité de vie. Van De Ven et Engels ont trouvé que la stratégie de coping passif (par exemple la restriction des activités) est associée à une meilleure qualité de vie (Van De Ven & Engels 2011). Mitchell et Murdock ont démontré que la stratégie de coping évitant est associée à une meilleure qualité de vie parmi les adolescents atteints d'asthme (Mitchell & Murdock, 2002). Les adolescents atteints d'asthme combinent les stratégies de coping actif et passif pour obtenir une meilleure qualité de vie (Schreier & Chen, 2008).

Dans la recherche du coping et de la gestion de l'asthme il est important non seulement de détecter comment les stratégies de coping influent sur la qualité de vie des adolescents, mais aussi de détecter les facteurs qui déterminent le choix de ces stratégies de coping. Preechawong et collaborateurs ont trouvé que le choix des stratégies de coping est lié à l'âge, à l'estime de soi et aux relations familiales (Preechawong et al., 2007). Avec l'âge, l'utilisation des stratégies d'un coping ingénieux (*resourceful coping*) augmente. De plus, le choix du coping ingénieux est lié aux relations familiales cohésives, tandis que les conflits familiaux sont associés au choix du coping évitant (Preechawong et al., 2007). Van De Ven et Engels ont étudié les relations entre les stratégies de coping et l'extraversion/le neuroticisme

des adolescents atteints d'asthme (Van De Ven & Engels, 2011). Ils ont démontré que l'extraversion est liée au choix du coping actif, alors que le neuroticisme est lié au choix du coping émotionnel (l'inquiétude à propos de l'asthme).

Selon l'une des théories majeures du coping et du stress, proposée par Lazarus et Folkman, les stratégies de coping sont activées quand les objectifs personnellement valorisés sont menacés (Lazarus & Folkman, 1984). Ntoumanis, Edmund et Duda (2009) ont souligné l'importance d'étudier les stratégies de coping dans le contexte des facteurs motivationnels. Plusieurs recherches empiriques ont étudié le rôle des facteurs motivationnels dans les stratégies de coping (Mouratidis & Michou, 2011 Smith, Ntoumanis, Duda & Vansteenkiste, 2011; Ratelle & Duchesne, 2014). Néanmoins, il reste moins clair comment les facteurs motivationnels influent sur les stratégies de coping dans le cas de menace sur la santé chez les patients atteints des maladies chroniques. En découvrant les relations entre les valeurs personnelles et les stratégies de coping on peut améliorer l'adaptation des adolescents à l'asthme.

1.2 Recherches sur le comportement de santé chez les adolescents atteints d'asthme

Actuellement, les recherches psychologiques étudient non seulement les troubles psychologiques qui se développent chez les patients atteints d'asthme, mais essayent d'expliquer les comportements liés à la santé chez ces patients. En favorisant le comportement de prévention et en décourageant le comportement à risque on peut augmenter la qualité de vie chez les adolescents atteints d'asthme (Dowdell, Posner & Hutchinson, 2011).

Les adolescents et les enfants atteints d'asthme se voient imposer un grand nombre de restrictions et de limitations de leur activité. Toutes ces mesures visent à lutter contre l'aggravation de leur asthme. Pour avoir une bonne qualité de vie, ces enfants doivent non seulement suivre les prescriptions médicales, mais surtout ne pas s'engager dans un comportement à risque. L'engagement dans un comportement à risque est particulièrement dangereux pour les adolescents atteints de maladies chroniques. Mais, malgré ce fait, les adolescents atteints de maladies chroniques, et surtout ceux souffrant d'asthme, s'engagent plus souvent dans un comportement à risque (fumer, consommer des drogues, boire de l'alcool, etc.) que les adolescents en bonne santé (Halterman et al., 2006 ; Suris & Parera, 2005 ; Paquet, 2006).

Fumer est fortement déconseillé aux patients atteints d'asthme. Mais, statistiquement, ces adolescents fument plus souvent que les adolescents en bonne santé (Tyc & Throckmorton-Belzer, 2006 ; Otten, Engels & van den Eijnden, 2008). De plus, ils sont plus exposés à fumer dans leur environnement quotidien que les adolescents en bonne santé (Otten, Engels & van den Eijnden, 2008).

Les modèles sociocognitifs sont l'un des modèles les plus développés qui prédisent le comportement de santé (Rosenstock, 1974; Rogers, 1975 ; Ajzen, 1985). Ils ne sont pas basés sur un seul phénomène psychologique mais sur plusieurs éléments, dont l'interaction prédit le comportement de santé. Ces modèles ont contribué à la recherche des facteurs-médiateurs qui influent sur le comportement de santé. Le modèle des croyances sur la santé (*Health Belief Model ;* Rosenstock, 1974) a été développé pour expliquer le comportement médical : la passation d'examens médicaux pour la prévention, la réalisation de recommandations médicales, non seulement chez les personnes malades, mais aussi chez les personnes en bonne santé. Ce modèle suppose que le comportement de prévention dépend de plusieurs facteurs : la perception d'une menace de la maladie, la perception des bénéfices qu'apporte l'action préventive et la perception des coûts de cette action (Rosenstock, 1974). Si la perception des coûts est minimale, la maladie est considérée comme grave et les bénéfices de l'action préventive sont bien estimés, le comportement de prévention est alors très probable.

La théorie de la motivation à se protéger (*Protection Motivation Theory*) a été développée par Rogers (Rogers, 1975). Ce modèle suppose que le comportement de protection de la santé dépend de la perception des menaces provoquées par les troubles de santé ou de la gravité de la maladie, de la perception de la vulnérabilité personnelle et de la perception de l'efficacité de sa propre stratégie de coping. Rogers a modifié la théorie de la motivation à se protéger en ajoutant quelques facteurs à ce modèle : la perception de l'efficacité personnelle et la perception des coûts induits par le comportement de protection (Rogers, 1983, 1985). Le comportement de protection se développe si l'individu perçoit sa propre vulnérabilité et la gravité de sa maladie, considère que ses stratégies de coping sont efficaces, a confiance en lui et croit que les coûts du comportement de protection sont insignifiants.

La théorie de l'action raisonnée (*Theory of Reasoned Action*) est la première théorie qui a inclut le concept d'intention de l'action. Selon Fishbein et Ajzen, qui ont commencé à développer cette théorie, les croyances sur la santé n'influent pas directement le comportement, mais à travers l'intention de l'action (Fishbein & Ajzen, 1975). L'intention, à

son tour, est un résultat de l'influence des attitudes et des normes subjectives sur la santé. Les attitudes sont les croyances sur les conséquences du comportement et l'évaluation de ces conséquences. Les normes subjectives sont les croyances de l'individu sur ce que les autres (la famille, les proches, la société au sens large) attendent de lui.

Les croyances sur sa propre capacité à agir pour protéger sa santé (conception de l'efficacité personnelle) ont été ajoutées au modèle du comportement planifié (*Theory of Planned Behavior* ; Ajzen, 1985, 1991). Selon la théorie du comportement planifié, les facteurs externes (la situation, les autres) influent sur l'efficacité personnelle de l'individu autant que les facteurs internes (l'habitude, les croyances personnelles).

Toutes les théories en question ont été à l'origine de découvertes importantes pour comprendre le comportement de santé. Mais il n'y a aucun modèle qui puisse prétendre à tenir le rôle d'une théorie générale du comportement de santé.

Les théories du comportement de santé incluent rarement les émotions comme des éléments de leur modèle. Les émotions sont ignorées au bénéfice des cognitions dans la majorité des modèles du comportement de santé (Shiv & Fedorikhin, 1999 ; Kiviniemi, Voss-Humke & Seifert, 2007). Néanmoins, il est non seulement utile, mais nécessaire d'inclure la dimension émotionnelle dans un modèle de comportement de santé (Ostafin, Marlatt & Greenwald, 2008). Les individus ont des associations affectives par rapport au comportement de santé (comme le choix de la nourriture : Shiv & Fedorikhin, 1999). En outre, les individus ont aussi des associations affectives par rapport au comportement à risque, comme pour la consommation d'alcool et de drogues (Simons & Carey, 1998) ou le tabagisme (Trafimow & Sheeran, 1998).

Actuellement, il existe deux types de recherches portant sur le rôle des émotions sur le comportement de santé et l'adaptation vis-à-vis de la maladie. Le premier type de recherches est associé à la recherche des styles émotionnels individuels (par exemple, la timidité) et leur influence sur la santé. Un exemple de cette recherche peut être une étude de Gross (1989). Celui-ci a découvert le lien entre le style émotionnel personnel et les styles répressifs de coping chez les patients atteints de cancer.

Le deuxième type de recherches est associé à la recherche de l'interaction entre les émotions et les cognitions, et l'influence de cette interaction sur le comportement de santé et l'adaptation vis-à-vis de la maladie. Les premières recherches qui ont essayé d'étudier le rôle

des émotions dans la prise de la décision à propos de la santé ont étudié la valence des émotions (positives et négatives). Lazarus et Folkman ont cru que les émotions positives et négatives sont les indices du rapprochement et de l'éloignement des objectifs désirables (Lazarus & Folkman, 1984). Si les émotions servent d'indices à l'éloignement ou au rapprochement des objectifs d'une vie désirable ou des valeurs, cela veut dire que la recherche sur la motivation et les valeurs du comportement peut approfondir les connaissances sur les interactions entre les attitudes. Cette théorisation a été validée dans plusieurs recherches empiriques. Laverie a découvert que les associations entre les émotions positives et l'activité physique sont liées à l'augmentation de la motivation à s'engager dans une activité physique (Laverie, 1998). Kiviniemi et al. ont aussi trouvé que les attitudes affectives influent sur l'activité physique (Kiviniemi, Voss-Humke & Seifert, 2007). Mais les méthodes explicites des attitudes affectives utilisées dans ces travaux ne sont capables de mesurer que les déclarations conscientes.

Les recherches sur les attitudes implicites vis-à-vis du comportement de santé ont expliqué pourquoi certaines personnes ont des attitudes explicites négatives vis-à-vis d'un comportement (par exemple, celles qui se rendent compte que fumer est nuisible à la santé) mais continuent à s'engager dans ce comportement. Les chercheurs ont découvert la non-concordance entre les attitudes cognitives (négatives) et les attitudes émotionnelles (positives) vis-à-vis du comportement à risque (Lawton, Conner & McEachan, 2009). De nombreuses recherches ont mis en relief que les attitudes implicites influent sur le comportement de santé (Ellis, Kiviniemi & Cook-Cottone, 2014 ; Hollands, Prestwich & Marteau, 2011). Les attitudes implicites ne reflètent pas nécessairement les attitudes explicites ; certains chercheurs ont souligné que les attitudes implicites prédisent le comportement de santé mieux que les attitudes explicites (Ratliff & Howell, 2014 ; Prestwich, Hurling & Baker, 2011).

Ainsi, non seulement les attitudes cognitives mais aussi les croyances sur la santé peuvent expliquer et prédire le comportement de santé. Les émotions et les attitudes affectives, explicites et implicites, ont également un rôle dans ce comportement et doivent être incluses dans les modèles qui expliquent le comportement de prévention et à risque. Les associations affectives sont liées aux facteurs motivationnels (la motivation et les valeurs) qui déterminent les objectifs personnellement désirables (Lazarus & Folkman, 1984), mais cette théorisation nécessite des recherches empiriques.

Synthèse

Les recherches psychologiques jouent un rôle important dans le problème de l'adaptation des adolescents à l'asthme. Les patients atteints d'asthme développent un large éventail de troubles psychologiques : les phobies, l'anxiété, la dépression et le stress (Goodwin, Jacobi & Thefeld, 2003 ; Bussing, Halfon, Benjamin & Wells, 1995 ; Kashani & König, 1989).

Les symptômes de l'asthme n'influent pas directement sur le développement des troubles psychologiques et la qualité de vie chez les patients. Il est déjà démontré que le choix de stratégies de coping est l'un des facteurs médiateurs entre les symptômes d'asthme et la qualité de vie des patients atteints d'asthme (Van De Ven et al., 2007). Mais les facteurs qui déterminent le choix de ces stratégies restent moins clairs. Les théories du coping supposent que les valeurs personnelles et culturelles jouent un rôle important dans le choix des stratégies de coping (Lazarus & Folkman, 1984 ; Ntoumanis et al., 2009). Néanmoins, il manque des recherches empiriques dans ce domaine.

L'autre problème de l'adaptation des adolescents souffrant d'asthme est lié au comportement à risque. Même dans le cas d'une élaboration d'un plan de traitement de l'asthme efficace, les adolescents qui ne suivent pas ce plan et qui s'engagent dans un comportement à risque aggravent l'état de leur maladie. Pour prévenir ce comportement, plusieurs modèles en psychologie de la santé visent à expliquer et prédire le comportement de santé.

Les modèles sociocognitifs des comportements de santé (le modèle des croyances sur la santé, la théorie de la motivation à se protéger, la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié) utilisent les attitudes cognitives pour expliquer les conduites de santé (Rosenstock, 1974 ; Rogers, 1985 ; Fishbein & Ajzen, 1975 ; Ajzen, 1991). Ces théories des comportements ont été à l'origine de découvertes importantes pour comprendre le comportement de santé. Les recherches actuelles se concentrent non seulement sur la cognition, mais aussi sur le rôle des émotions dans la prise de décision liée à la santé (Shiv & Fedorikhin, 1999 ; Kiviniemi, Voss-Humke & Seifert, 2007; Trafimow & Sheeran, 1998). Il est ainsi important d'intégrer les émotions dans les modèles des comportements de santé. La recherche des facteurs motivationnels comme les valeurs peut approfondir les connaissances sur les relations entre les émotions et les cognitions dans leur influence sur le comportement de santé.

Dans la deuxième partie de notre travail nous présentons les valeurs en tant que facteurs qui influent sur le choix de stratégies de coping et jouent un rôle important dans la prise de la décision liée à la santé.

Chapitre 2 : Recherches anthropologiques sur l'asthme

Les recherches anthropologiques visent à éclairer l'expérience des patients atteints d'asthme, cette expérience s'inscrivant dans un contexte social et culturel. Plusieurs recherches ont recueilli les données sur l'expérience individuelle, sociale et culturelle qui influencent l'interprétation de l'asthme, les stratégies de lutte contre cette maladie et qui expliquent les conduites du patient atteint d'asthme (Rich, Patashnick & Chalfen, 2002 ; Penza-Clyve, Mansell & McQuaid, 2004 ; Grineski, 2009).

Rich, Patashnick et Chalfen (2002) ont montré que l'interprétation de l'asthme (les représentations sur cette maladie, ses causes et son développement) a un effet considérable sur les comportements des patients. Dans cette recherche qualitative ils ont étudié les représentations des enfants, des adolescents et des jeunes adultes de 8 à 25 ans à propos de leur asthme, de son développement et de son pronostic. Ils ont montré que les représentations de l'asthme correspondent à l'image médicale de cette maladie, mais les représentations à propos de son développement et de son pronostic ne sont pas correctes. Ces dernières sont influencées par l'expérience personnelle des patients (les émotions négatives associées à l'asthme, comme la peur et la culpabilité). De plus, ces représentations sont plus importantes pour la gestion de l'asthme que les connaissances sur cette maladie.

L'expérience personnelle n'est pas le seul facteur qui influe sur les représentations des adolescents à propos de leur asthme et de son développement. Les recherches qualitatives ont montré que les parents des enfants atteints d'asthme développent leurs propres modèles explicatifs de l'asthme qui ne correspondent pas aux connaissances médicales de cette maladie (Peterson, Sterling & Stout, 2002 ; Bokhour et al., 2008). Ils croient que l'asthme de leurs enfants n'est pas chronique et peut disparaître dans quelque temps ; dans le cas où ils ne

croient pas que les médicaments contre l'asthme sont efficaces, ils ne donnent pas les médicaments prescrits à leurs enfants. Néanmoins, ces recherches qualitatives sont basées sur les modèles explicatifs des parents des enfants et des adolescents atteints d'asthme ; il est ainsi difficile d' expliquer comment les modèles explicatifs des adolescents diffèrent des modèles explicatifs médicaux.

En général, les recherches anthropologiques ont démontré que les connaissances des patients sur leur maladie restent souvent très partielles et ne correspondent pas pleinement aux réalités médicales (Fainzang, 2006). Parmi les enfants et les adolescents, ce problème des connaissances est plus marqué. Lorsque les médecins recueillent les informations liées à la maladie et prescrivent le traitement, ils ont plus tendance à communiquer avec les adultes qu'avec les enfants et les adolescents, car ceux-ci sont considérés plus au moins tacitement comme n'ayant pas les capacités pour comprendre les informations médicales (Bibace & Walsh, 1980).

De la même manière que l'interprétation de la maladie par le patient ne coïncide pas toujours avec son interprétation médicale, l'interprétation des prescriptions médicales chez les patients ne coïncide pas toujours avec celle des médecins (Fainzang, 2005). Si le patient croit que le traitement prescrit ne correspond pas ses troubles somatiques, il ne va probablement pas suivre ce traitement. Ce problème s'aggrave quand le patient n'exprime pas son désaccord avec le traitement prescrit par le médecin.
déplaire leurs médecins ou avoir de conflits avec eux, ainsi ils ne refusent pas le traitement prescrit, mais ne le suivent pas lorsqu'ils sont sortis de l'hôpital (ce qui peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé à plus ou moins court terme ; Fainzang, 2006).

Les informations sur l'asthme que les médecins communiquent aux patients n'est pas le seul facteur qui influe sur l'interprétation de la maladie. En effet, les relations sociales influent aussi sur cette interprétation. Les recherches ont démontré que les relations avec les proches modelaient l'interprétation de la maladie chez le patient (Fainzang, 1988). La définition de l'asthme au sein de la famille, mais plus largement au sein de la société, a aussi un effet considérable sur l'interprétation de la maladie, en particulier chez les adolescents.

Il a été montré que l'image sociale de l'asthme et du malade atteint de cette maladie est liée au phénomène de la stigmatisation (Clark, 2012 ; Rooney et al., 2011). La stigmatisation liée à l'asthme est « *une évaluation négative d'un individu* » à cause de sa maladie (Andrews,

Jones & Mullan, 2013, p.3). Les représentations stigmatisantes se développent entre autres, sous l'influence des médias. Ainsi une recherche récente portant sur l'image contemporaine des personnes souffrant d'asthme s'est basée sur une analyse des médias. Clark (2012) a étudié l'image des personnes atteintes d'asthme au cinéma et à la télévision. Il a été mis en évidence la contribution du cinéma dans le développement de l'image positive des personnes malades. Les films qui contiennent des personnages avec des handicaps physiques qui surmontent les obstacles donnent un modèle inspirant pour les autres. Mais la recherche a aussi montré l'influence du cinéma et de la télévision sur le développement d'une stigmatisation des personnes atteintes d'asthme. Dans sa recherche, l'auteur a conclu que les personnes atteintes d'asthme sont ridiculisées dans la plupart des films où elles sont présentes (Clark, 2012). La ridiculisation des personnes atteintes d'asthme dans les films influe à la fois sur les enfants atteints d'asthme, mais aussi sur leur entourage social (les amis, les enfants du même âge).

Or, les conséquences de la stigmatisation influent sur l'acceptation du traitement prescrit (Jessop & Rutter, 2003). Selon les données des recherches, les enfants et les adolescents se sentent mal à l'aise lorsqu'ils utilisent leurs médicaments contre l'asthme quand les autres peuvent les voir (Penza-Clyve, Mansell & McQuaid, 2004). Penza-Clyve Mansell et McQuaid (2004), dans leur recherche, donnent un exemple du retentissement de cette stigmatisation : un adolescent atteint d'asthme a aggravé son état de santé, car il n'osait pas utiliser son médicament (l'inhalateur) dans les lieux publics et en présence des autres.

Actuellement, certains médecins essayent d'abandonner le terme de « maladie » pour adopter celui de « syndrome » ou d'« état spécifique » (Borish & Culp, 2008). Ce fait est lié non seulement aux débats médicaux qui se sont développés autour de l'asthme, mais aussi à l'effort entrepris pour diminuer la stigmatisation des patients atteints d'asthme. Les médecins, en fonction des pays, ont un diagnostic différent de l'asthme et prescrivent un traitement différent. Selon une recherche anthropologique menée en Inde, les médecins indiens préfèrent ne pas utiliser le diagnostic *d'asthme*, et ils lui substituent un diagnostic de « *bronchite sifflante* » (*wheezy bronchitis*), car celui-ci est moins stigmatisant pour les patients (Van Sickle & Singh, 2008).

A part des représentations sociales (les connaissances, les idées et les images associées à l'asthme qui sont partagées dans le cadre d'une société et formées dans les interactions sociales), les représentations culturelles (les connaissances, les idées et les images associées à

l'asthme et partagées dans le cadre d'une culture) influent aussi sur l'interprétation de cette maladie (Arcoleo, Zayas, Hawthorne & Begay, 2015). Les représentations culturelles sont souvent la cause de la mauvaise adaptation à l'asthme, particulièrement si elles sont en contradiction avec les représentations médicales de l'asthme. Ces contradictions peuvent être liées à deux raisons. La première est l'absence de connaissances sur l'asthme. Ainsi la recherche de Schwartz (2004), portant sur des patients atteints d'asthme au Mexique montre qu'un traitement peu efficace était associé avec des difficultés de compréhension du diagnostic de l'asthme et des prescriptions médicales.

La deuxième raison est la présence des représentations culturelles sur l'asthme. La contradiction entre les représentations médicales et culturelles sur l'asthme peut apparaître non seulement quand les personnes n'ont pas d'information sur l'asthme, mais aussi quand elles ont *déjà* des représentations culturelles spécifiques sur cette maladie (Bailly, 2005). Les représentations de l'asthme et de son traitement sont répandues dans les groupes de minorités culturelles. Souvent ceux-ci combinent des représentations médicales avec des représentations liées à un traitement alternatif (thés d'herbes, huiles, sirops, vitamines, prières). Ainsi, les croyances sur la nature non biologique de l'asthme peuvent coexister avec des croyances concernant sa nature biologique.

Des recherches sur l'interprétation de l'allergie chez les patients ont montré que le sens que les patients attachent -biologique de cette maladie (Rich, Patashnick & Chalfen, 200 subjectives des patients concernant le développement de l'allergie. Il apparaît que les représentations sur le développement de l'allergie chez les patients et les médecins ne coïncident pas. Les patients croient que l'allergie est directement causée par la pollution. Les médecins expliquent que la pollution influe sur les changements du fonctionnement du système immunitaire mais pas directement sur la réaction allergique (Strachan, Butland & Anderson, 1996).

Les facteurs qui déterminent l'interprétation de l'allergie chez les patients sont déterminés culturellement (Raffaeta, 2011). Les catégories du bon et du mauvais interfèrent dans une compréhension de l'allergie. Par exemple, la littérature a montré que les patients atteints d'allergie en Polynésie associent leurs symptômes allergiques à la punition pour avoir mangé de la viande d'un animal totémique. Les limitations des activités causées par l'allergie ont un

sens particulier pour les patients. Le régime, souvent prescrit dans le cas de l'asthme, peut être considéré comme une préservation de soi, lié à la notion de pureté (Raffaeta, 2011).

Plusieurs recherches ont été consacrées à la compréhension des représentations de l'asthme dans des cultures différentes (Pachter et al., 2002). Elles ont permis de découvrir l'importance de l'idée d'équilibre répandue dans les groupes des minorités : l'équilibre entre la santé et la maladie, l'équilibre des émotions, l'air froid et l'air chaud, etc. La notion d'équilibre explique en général les représentations sur la santé et la maladie dans les groupes relevant de minorités culturelles (Foster & Anderson, 1978).

L'attachement au traitement traditionnel et non médical de l'asthme est lié non seulement aux représentations et croyances culturelles, mais aussi à la peur du traitement médical, tandis que le traitement traditionnel est conseillé par l'entourage social. Handelman, Rich, Bridgemohan et Schneider (2004) ont montré que les minorités d'origine espagnole aux États-Unis, contrairement à la population américaine («*White Anglo-Saxon Protestant »*), ont plus souvent peur du traitement médical de l'asthme (peur de la dépendance et de la mort due aux médicaments) et préfèrent le traitement traditionnel. L'insuffisance des connaissances sur l'asthme et les croyances spécifiques sur cette maladie poussent les personnes à limiter leur mode de vie plus qu'il n'est exigé pour éviter les crises d'asthme. Par exemple, il a été montré que dans les minorités africaines il y avait une croyance selon laquelle l'asthme serait une maladie contagieuse. Pour ne pas « attraper » cette maladie, les personnes ont limité leur mode de vie même si c'était inutile d'un point de vue médical (Rich, Patashnick & Chalfen, 2002).

L'expérience personnelle, les représentations sociales et culturelles forment les représentations de l'asthme. Les chercheurs qui étudient les modèles explicatifs de l'asthme découvrent qu'ils sont influencés à la fois par l'expérience personnelle et les représentations sociales et culturelles (Rich et al., 2002).

Synthèse

Les recherches anthropologiques visent

(l'interprétation de

l'asthme, le choix des stratégies de lutte contre l'asthme).

Il a été démontré que les relations entre le médecin et le malade influent sur l'interprétation de la maladie et le choix du traitement (Fainzang, 2006). Le rôle des relations sociales sur l'interprétation

stigmatisation de l'asthme. Ce phénomène retentit sur les aléas du traitement de l'asthme et la qualité de vie des patients (Penza-Clyve, Mansell & McQuaid, 2004 ; Andrews, Jones & Mullan, 2013).

L'interprétation de l'asthme et son traitement se développent non seulement dans un contexte social, mais aussi dans un contexte culturel. Les recherches sur l'interprétation de l'asthme dans des cultures différentes ont montré que les patients

(son développement, ses causes), mais aussi au choix des stratégies de lutte contre l'asthme (Pachter et al., 2002; Raffaeta, 2011; Handelman, Rich, Bridgemohan & Schneider, 2004).

Deuxième partie : Rôles des valeurs dans les modèles psychologiques et anthropologiques

Chapitre 1 : Les valeurs et leurs interactions avec les autres variables psychologiques

Les recherches sur les valeurs (y compris la valeur de santé) et le comportement de santé ont plusieurs fois émergé et disparu de l'horizon des études empiriques durant les dernières décennies. Dans les années soixante-dix, les chercheurs pensaient que la valeur de santé (l'importance que les gens placent dans leur santé mentale et physique) était une valeur universelle et serait toujours envisagée comme la plus importante. Rokeach, l'un des chercheurs reconnus sur les valeurs de cette époque, n'a pas inclus la valeur de santé dans son échelle de valeurs car il croyait que l'estimation de la valeur de santé serait toujours la même chez des personnes différentes (Rokeach, 1973).

Cette hypothèse, selon laquelle la valeur de santé est toujours estimée importante et, ainsi, ne demande pas de recherche spécifique, a été réfutée par des travaux empiriques. Lau, Hartman et Ware (1986) ont souligné le fait que la valeur de santé n'est pas toujours estimée comme importante et qu'elle doit être prise en compte dans les recherches empiriques à propos du comportement de santé. Dans ce contexte, les chercheurs dans ce domaine ont adopté une nouvelle attitude vis-à-vis de la valeur de santé ; ils ont fait l'hypothèse que la valeur de santé pouvait prédire le comportement de santé. Si la valeur de santé est estimée comme une valeur personnellement importante, l'individu ne s'engagera pas dans un comportement à risque. Mais des recherches sur la valeur de santé ont révélé un grand nombre de résultats contradictoires. En effet certains chercheurs ont trouvé que la valeur de santé n'était pas capable de prédire le comportement (O'Donnell, 2000), tandis que d'autres ont abouti à des résultats inverses (Kristiansen, 1985).

Actuellement, les valeurs sont souvent ignorées dans les modèles du comportement de santé (Hitlin & Piliavin, 2004) étant desmotivations abstraites, elles sont difficiles à mesurer (Shelton Smith & Wallston, 1992). La présence de la valeur de santé dans un modèle de comportement soulève plusieurs questions : comment la valeur influe-t-elle sur le

comportement (directement ou indirectement, à travers des facteurs médiateurs) ? Comment les valeurs se développent-elles ? Comment les mesurer ? Comment les définir et ne pas les confondre avec d'autres phénomènes (les attitudes, les croyances, les motivations) ? Les valeurs sont-elles causées par des facteurs personnels ou plutôt par le contexte socioculturel ? Les relations entre les valeurs et les autres concepts psychologiques sont difficiles à étudier, car les valeurs sont à la fois capables d'influer directement sur le comportement et, en même temps, indirectement au travers de facteurs médiateurs (Rohan, 2000 ; Parks & Guay, 2009).

Néanmoins, la valeur de santé est utilisée dans plusieurs théories du comportement de santé. En général, elle est comprise comme un élément important de la motivation du comportement de santé, qui reflète l'importance personnelle que chacun attache à la santé. Plus particulièrement, la définition de la valeur de santé et la méthodologie utilisée pour la mesurer sont très variées et dépendent de la théorie concrète qui utilise la valeur de santé comme l'un de ses éléments. Dans ce chapitre, nous ferons l'analyse de recherches portant sur les valeurs et leurs relations avec les autres éléments psychologiques qui influencent le comportement de santé. Nous allons commencer par la définition de la valeur de santé, les relations entre les valeurs et la motivation, puis avec les émotions, les attitudes, les stratégies de coping, et, finalement, nous verrons l'influence de la valeur de santé sur le comportement. Le rôle de la valeur de santé dans l'adaptation vis-à-vis des maladies chroniques sera analysé.

1.1 Définition de la valeur de santé

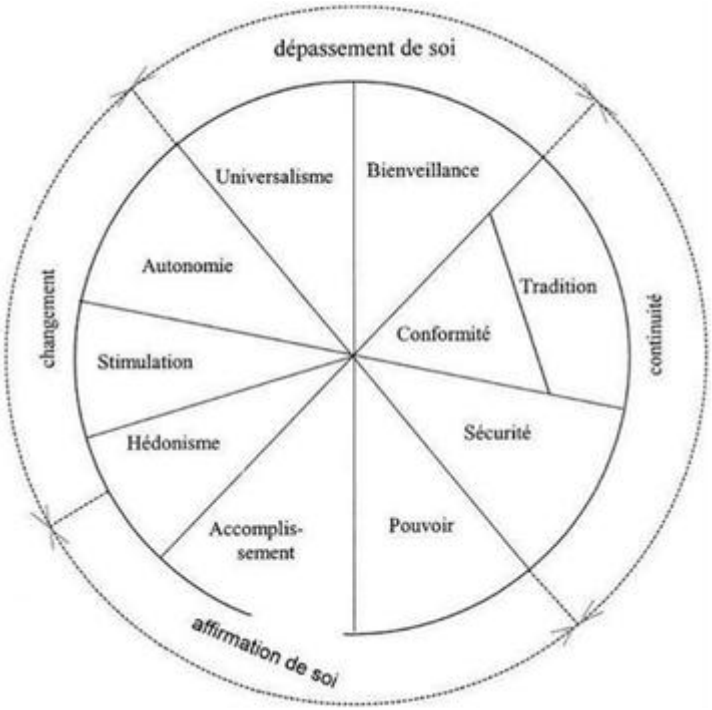
Plusieurs théories majeures qui touchent des aspects différents de la valeur de santé ont émergé ces dernières années. La définition de la valeur de santé est basée sur ces théories et dépend d'elles.

1.1.1 La valeur de santé dans la théorie des valeurs de Rokeach et de Schwartz

L'une des premières théories des valeurs à inclure la valeur de santé dans sa structure fut la théorie des valeurs de Milton Rokeach (Rokeach, 1973). Selon Rokeach, il y a deux types de valeurs : les valeurs terminales et les valeurs instrumentales. Les premières sont les buts, les objectifs de la vie et du comportement humain. La valeur de santé est définie comme terminale. Schwartz a poursuivi les recherches de Rokeach et sa conceptualisation selon laquelle les valeurs guidaient le comportement. Au lieu d'une distinction entre valeurs instrumentales et terminales, Schwartz (2003) a mis en évidence l'existence de 10 valeurs majeures (la tradition, la bienveillance, l'autonomie, la réalisation, l'universalité, la sécurité,

la conformité, l'hédonisme, la stimulation et la puissance, Figure 1). Ces valeurs sont, pour lui, organisées autour de deux conflits de motivation : l'ouverture aux changements *vs* la conservation ; le dépassement de soi (*self-enhancement*) *vs* l'autolimitation de soi (*self-transcendence*).

Figure 1. Système universel des valeurs selon Schwartz.



Note. Schwartz, 2003 (p. 270)

La valeur de santé est placée parmi les valeurs de sécurité et, comme toutes les autres valeurs du système de Schwartz, a plusieurs caractéristiques de base :

1. Les valeurs sont des croyances (donc des structures cognitives) directement liées à l'affect.

Cette première caractéristique des valeurs proposée par Schwartz est largement discutée dans la littérature scientifique. La compréhension des valeurs (sont-elles des motivations ? Des croyances ? Des attitudes ? Des objectifs ?) définit leur relation avec les autres variables psychologiques et leur mode d'influence sur le comportement (directement ou à travers des médiateurs). Schwartz pense que les valeurs sont des croyances et, en même temps, des

concepts motivationnels. Elles sont des croyances qui expriment les motivations centrales de l'homme (organisées autour des deux conflits principaux de motivation décrits par Schwartz). Ainsi, Schwartz explique que les conflits de valeurs sont liés aux conflits de motivations qui sont à leur base (opposition de l'autonomie et de la dépendance, de la sécurité et du risque).

2. Les valeurs dirigent le comportement vers des objectifs désirables et servent de standards du comportement. Cette caractéristique des valeurs de Schwartz est partagée par les autres théoriciens des valeurs (e.g. Kluckhohn, 1951).

3. Les valeurs dépassent les actions spécifiques et les situations concrètes.

Cette troisième caractéristique signifie que les valeurs sont des motivations et des attitudes abstraites et générales. Ainsi la valeur est capable de guider un vaste nombre de comportements en même temps, mais, elle a besoin de médiateurs pour guider un type concret de comportement.

4. Les valeurs sont classées selon leur importance. La place d'une valeur dans la hiérarchie des valeurs définit les différences entre les personnes et les cultures.

L'idée que les valeurs sont classées selon leur importance n'est pas propre à Schwartz. En 1959, dans sa théorie, Maslow a proposé l'existence d'une hiérarchie des objectifs et des valeurs de chaque personne (Maslow, 1959). Puis, en 1961, Allport a émis l'hypothèse selon laquelle les valeurs de la personnalité sont classées selon leur importance (Allport, 1961). L'idée de classement des valeurs selon leur importance fonde l'échelle des valeurs de Rokeach (Rokeach, 1973).

5. L'importance d'une valeur par rapport à une autre valeur définit les actions. Le comportement ne peut pas être guidé par une seule valeur ou une seule motivation.

Cette définition du classement des valeurs montre que le comportement de santé est guidé par plusieurs d'entre elles. Ainsi, la valeur de santé ne doit pas être étudiée séparément des autres valeurs.

La théorie de Schwartz est considérée comme l'une des théories générales les plus répandues à propos des valeurs, mais certains auteurs ont décrit d'autres aspects pertinents.

1.1.2 Théorie du champ de Lewin

Lewin, dans sa théorie du champ, a supposé que les valeurs ne devaient pas être comprises comme les objectifs et les buts du comportement (Lewin & Cartwright, 1951). Il a expliqué qu'il n'y a pas de but « santé » ou « plaisir », mais qu'il y a des valeurs de santé et de plaisir. Les valeurs évoquent des activités différentes en direction des buts, qui sont des activités avec une valence positive (attirante) et négative (repoussante). La conception de polyvalence est une conception clé de la théorie de Lewin. Selon lui, le comportement est le résultat de l'interaction et de la contradiction de valences différentes.

La valence positive est liée aux émotions positives, tandis que la valence négative est liée aux émotions négatives. Ces émotions sont les indices de la proximité de l'objectif désirable. Les émotions négatives signifient l'éloignement, et les émotions positives le rapprochement de cet objectif. Lewin a illustré sa théorie avec la métaphore du champ : sur le champ de motivation, il y a plusieurs types de motivations qui guident le comportement avec des forces différentes. La valeur de santé correspond à l'objectif de préserver sa santé et de lutter contre la maladie. Mais il y a d'autres valeurs qui peuvent engendrer des actions inverses à celle de maintenir sa santé. Par exemple, le comportement « fumer » peut être influencé par des motivations différentes et parfois contradictoires : la valeur de santé (ne pas fumer pour maintenir la santé), la valeur de plaisir (fumer apporte du plaisir) et la valeur de reconnaissance sociale (fumer pour être accepté dans un groupe social).

La théorie du champ de Lewin et sa conception des valeurs ont influencé la théorie de Schwartz. Dans certains travaux de Schwartz, on peut ainsi constater qu'il a changé sa définition des valeurs : grâce aux valeurs, certaines activités ont une valence positive ou négative (Schwartz & Bardi, 2001).

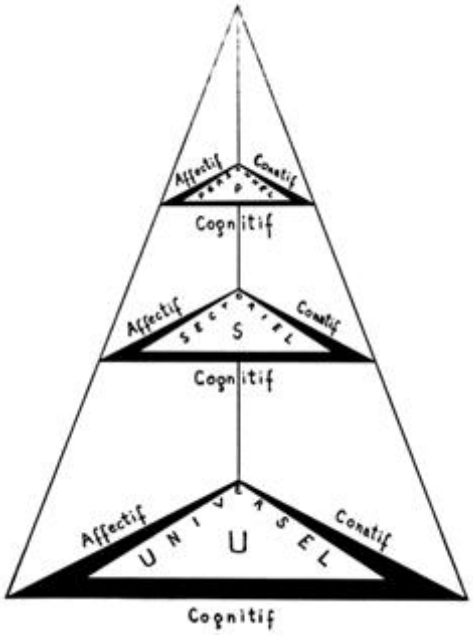
1.1.3 École canadienne des valeurs de J. Perron

Une théorie des valeurs particulière a été développée au sein du laboratoire des valeurs de l'université de Montréal, au Canada, par Perron. L'auteur a réalisé une vaste analyse des recherches sur les valeurs et a conclu que les valeurs se composent de trois éléments : les cognitions, les affections et la volonté d'agir. Ce dernier élément signifie que la valeur n'est pas seulement une représentation cognitive, mais qu'elle influe sur la prise de décision et guide les actions (Perron, 1974).

Perron pose que toutes les valeurs sont classées selon trois niveaux différents (Figure 2). Au premier niveau, le niveau basique, où les valeurs universelles sont concentrées. Ces valeurs sont partagées par toutes les cultures et sont considérées comme des valeurs essentielles. La valeur de santé est l'une d'elles. Le deuxième niveau est appelé le niveau sectoriel. Les valeurs qui sont concentrées à ce niveau sont les valeurs de la vie organisationnelle (par exemple, les valeurs du travail, de l'éducation ou de la vie familiale). Le troisième niveau est un niveau de valeurs particulières, les valeurs de la personnalité (qui sont importantes pour l'individu dans sa situation de vie particulière).

Perron postule que la valeur de santé est une valeur de niveau universel. Ce postulat pose une question pour la recherche empirique sur la valeur de santé. Comment peut-on distinguer l'influence culturelle (l'importance que la société et la culture misent sur la valeur de santé) de la part personnelle que chacun accorde à cette valeur ?

Figure 2. Les constituants et les niveaux d'application des valeurs selon Perron.



Note. Perron, 1974, p. 25

La contribution de la théorie de Perron réside en une définition de la structure des valeurs (comme se composant des cognitions, des émotions et de la volonté d'agir).

1.1.4 La théorie de l'apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social, développée en 1954 par Rotter, a inclus la valeur de santé dans sa structure (Rotter, 1954). Selon Rotter, la personne s'engagera dans un comportement donné si les résultats de celui-ci sont importants pour lui (ou correspondent à ses valeurs).

La théorie de Rotter était critiquée pour sa vision simplificatrice du comportement humain : en effet, le comportement n'est pas guidé par un seul objectif, il y a toujours plusieurs buts désirables (Shelton Smith & Wallston, 1992). Parfois, ces buts sont contradictoires et, dans ce cas, la théorie de l'apprentissage social n'est pas capable de prédire le comportement. Le comportement de santé n'est pas guidé seulement par la valeur de santé. Les recherches sur le comportement des sportifs ont montré que l'activité physique peut être évaluée comme ne relevant pas de la valeur de santé, mais de la valeur de statut social (Bulley, Donaghy, Payne & Mutrie, 2009). Cela veut dire que la valeur de santé n'est pas une valeur terminale (le but en soi, personnellement important), mais une valeur instrumentale (le but important seulement parce qu'il permet d'atteindre un autre but, par exemple le statut social). Elle est une valeur qui dépend de la valeur de statut social (la valeur principale pour la personne). La santé n'est pas le but de ce comportement de santé, contrairement à la reconnaissance sociale.

Souvent, la valeur de santé fonctionne comme une valeur instrumentale (pour atteindre d'autres objectifs importants). Par exemple, rester en bonne santé pour pouvoir développer sa carrière, avoir une famille et des relations sociales. Ainsi, la personne qui manifeste un comportement de santé n'estime pas obligatoirement la valeur de santé comme importante (Borsky & Sagen, 1959).

1.2 Relations entre les valeurs et la motivation

La définition des valeurs est souvent liée et mélangée à celle de la motivation. Par exemple, Schwartz définit les valeurs comme des construits motivationnels, car elles expriment la motivation de la personne (Schwartz & Bardi, 2001).

Les théories classiques des valeurs de Schwartz et Rokeach sont organisées autour de la motivation et des besoins fondamentaux de l'homme (les valeurs terminales et les valeurs instrumentales, les valeurs de changement et les valeurs de conservation). Schwartz et Bilsky

pensent que les valeurs lient les besoins fondamentaux (la motivation générale) aux buts de la vie quotidienne (la motivation concrète, Schwartz & Bilsky, 1987 ; Schwartz, 2006). Perron remarque aussi que l'élément motivationnel de la valeur, sa capacité à motiver, à stimuler le comportement, est l'un de ces éléments clés qui différencie les valeurs et les attitudes (Perron, 1974).

Il y a plusieurs théories de motivation qui incluent les valeurs dans leur système et expliquent la place de celles-ci et les différences entre les valeurs et la motivation.

1.2.1 Modèle de la motivation sociale de Zurich

Le modèle de la motivation sociale de Zurich a été développé par Bischof (Bischof, 1975). Ce modèle est basé sur l'idée de confrontation entre deux types de motivation. La première se construit autour des valeurs de sécurité, de santé, de stabilité (le type des valeurs conservatrices). La deuxième est concernée par les valeurs portées par une vie excitante, active, le succès, l'autonomie, le pouvoir et le prestige. Selon Bischof, ces deux systèmes sont toujours en confrontation. Il explique que la satisfaction de l'un mène à l'insatisfaction de l'autre.

Il a été démontré que la contradiction entre les deux systèmes de motivation change au cours du développement de l'être humain (Schönbrodt, Unkelbach & Spinath, 2009). Pour ces recherches dans le domaine de la théorie de l'attachement, Bischof a reçu le *Bowlby-Ainsworth award* en 2011. Bischof a montré que pendant l'enfance, la motivation de sécurité et de santé est principale. Selon la théorie de l'attachement, cela veut dire que la position de dépendance assure la sécurité de l'enfant et le développement d'un attachement sûr. Pendant la période d'adolescence, une inversion apparaît. La motivation vers l'autonomie devient plus importante que la motivation vers la sécurité et la santé. Ce fait peut expliquer en partie le développement de comportements à risque pendant l'adolescence, plus fréquemment que durant l'enfance.

1.2.2 Modèle de motivation intrinsèque et extrinsèque

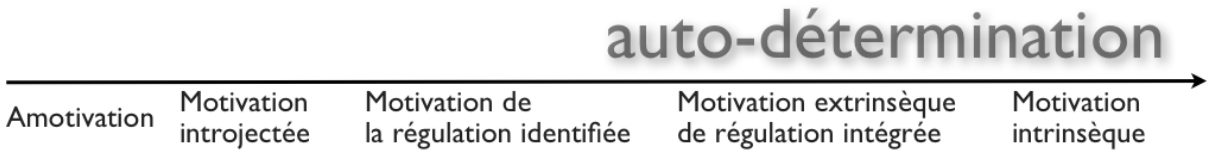
Deci et Ryan, dans leur modèle de motivation, ont postulé qu'il y avait deux types de motivation : la motivation intrinsèque (qui dirige le comportement apportant la satisfaction et le plaisir) et la motivation extrinsèque (qui dirige le comportement vers les résultats que l'individu peut utiliser pour obtenir ce qui est important pour lui ; Deci & Ryan, 1985). La

motivation intrinsèque dirige le comportement associé aux émotions positives et aux valeurs qui sont personnellement importantes pour l'individu (par exemple, faire du sport parce que c'est une activité importante et intéressante, qui apporte du plaisir). La motivation extrinsèque dirige le comportement associé aux émotions négatives (la honte, l'anxiété, la colère, le désespoir, etc.) et aux valeurs qui ne sont pas directement importantes pour la personne (par exemple, faire du sport pour obtenir un statut social ; Ryan & Deci, 2000).

La motivation intrinsèque vis-à-vis du comportement de santé apparaît quand la valeur de santé est considérée comme une valeur terminale et non instrumentale : la santé est le but du comportement ; ainsi, le comportement de santé est associé aux émotions positives. La motivation extrinsèque vis-à-vis du comportement de santé apparaît quand la valeur de santé est considérée comme une valeur instrumentale. La santé n'est pas un but de l'activité, mais un instrument pour atteindre d'autres buts, personnellement importants (la carrière, le succès, la reconnaissance sociale ; Ntoumanis, 2001).

La distinction entre motivations intrinsèque et extrinsèque est artificielle. En réalité, comme le mentionnent Deci et Ryan, la motivation est distribuée sur le vecteur de l'autodétermination (Figure 3).

Figure 3. Vecteur de l'auto-détermination selon Deci et Ryan.



La motivation intrinsèque est la plus autodéterminée ; elle dirige l'activité qui est directement importante et intéressante pour la personne et, ainsi, porte les émotions positives. La motivation extrinsèque de régulation intégrée (*integrated regulation*) est la motivation précédente sur le vecteur de l'autodétermination. Elle dirige le comportement qui n'est pas directement intéressant et important pour la personne, mais qui est lié à ses valeurs intériorisées (« je suis une personne sportive, donc je m'engage dans une activité sportive »). La motivation précédente sur le vecteur de l'autodétermination est une motivation extrinsèque : la motivation de la régulation identifiée (*identified regulation*). Ce n'est pas le

comportement qui est valorisé par la personne, mais les résultats de ce comportement (« si je m'engage dans une activité sportive, je deviendrai une personne en bonne santé »). La motivation précédente sur le vecteur de l'autodétermination est la motivation extrinsèque introjectée (*introjected motivation*). Elle permet d'éviter les émotions négatives et d'avoir un sentiment d'estime de soi positif (« je m'engage dans une activité sportive pour être accepté dans un groupe »). La motivation qui est la moins autodéterminée est une motivation extrinsèque qui est mue par l'évitement de la punition ou la recherche de récompenses de l'extérieur. Enfin, Deci et Ryan décrivent le phénomène de l'amotivation. L'amotivation est une absence d'action, car cette action et ses résultats ne sont pas associés à des valeurs personnelles.

Selon la théorie de Deci et Ryan, les motivations et les valeurs influent sur les cognitions (l'attention et la capacité à se concentrer), sur les émotions (le plaisir, l'intérêt, l'anxiété, la colère, le désespoir, etc.) et le comportement (la prise de décision). La description du rôle des émotions, dans leur théorie, se réfère au modèle de compréhension des émotions de Lewin et Lazarus. Les émotions sont les indices de l'éloignement et de la proximité des objectifs désirables de la vie (des motivations extrinsèque et intrinsèque).

Les chercheurs ont montré que la motivation intrinsèque de santé influe positivement sur l'observance médicale (Williams, Ryan, Rodin, Grolnick & Deci, 1998 ; Senécal, Nouwen & White, 2000) et le comportement dirigé vers la santé : l'engagement dans une activité physique régulière (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith & Wang, 2003), la perte de poids (Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996), et une nutrition saine (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo & Reid, 2004) ; tandis que la motivation extrinsèque est positivement liée à l'anxiété, aux troubles alimentaires et à une détérioration de la santé des adolescents (Maugendre & Spitz, 2009, 2011).

1.2.3 Modèle de motivation de l'auto-concordance

Le modèle de motivation de l'auto-concordance (*Self-concordance Model of Motivation*) a été développé par Sheldon et Elliot sous l'influence de la théorie de la motivation de Deci et Ryan (Sheldon & Elliot, 1999). Cette théorie lie la notion de valeurs et la motivation. Elle suppose que seule la motivation intrinsèque exprime les valeurs personnelles. La motivation extrinsèque n'est pas liée aux valeurs personnelles, mais à la pression sociale. Ainsi, la

motivation intrinsèque est associée à un meilleur état de santé que la motivation extrinsèque (Sebire, Standage & Vansteenkiste, 2009).

Sheldon et collaborateurs ont conduit une large recherche interculturelle et montré que le comportement guidé par la motivation intrinsèque est lié au bien-être que ce soit dans les cultures individualistes ou dans les cultures collectivistes (Sheldon et al., 2004).

1.3 Relations entre les valeurs et les émotions

Bardi et Schwartz supposent que les valeurs peuvent influencer le comportement à travers les émotions et pas seulement les attitudes cognitives et les croyances (Bardi & Schwartz, 2003). Les émotions positives signalent la proximité des buts désirables et accompagnent l'activité jugée comme importante pour le sujet. Les émotions négatives signalent l'éloignement de ces buts et activités. Les émotions sont considérées comme des indices de la motivation, qui ne peut pas toujours être consciente. Hitilin et Piliavin en déduisent que les émotions sont davantage associées aux valeurs que les cognitions, et méritent plus d'attention de la part des chercheurs (Hitlin & Piliavin, 2004).

Maio et Olson ont étudié les valeurs et proposé une théorie selon laquelle les valeurs agissent comme des truismes (Maio & Olson, 1998). Dans leurs recherches, Maio et Olson ont demandé à leurs participants d'énumérer des arguments et d'expliquer pourquoi les valeurs étaient importantes. Ils ont mis en évidence que les participants ne peuvent pas énumérer d'arguments qui expliquent pourquoi telle ou telle valeur est importante pour eux. Maio et Olson ont conclu que les valeurs dépendent davantage des processus affectifs que cognitifs. Wilson, Dunn, Kraft & Lisle (1989) ont trouvé des résultats identiques dans leur recherche sur les attitudes.

Pour Maio, ces relations importantes entre l'affect et les valeurs et moins importantes entre les valeurs et les cognitions, expliquent pourquoi les valeurs n'influent pas toujours sur le comportement. A l'absence des argumentations cognitives (pourquoi telle ou telle valeur est importante ?), la personne peut s'engager dans un comportement qui ne correspond pas à ses valeurs. Par exemple, en valorisant la santé mais en n'étant pas en mesure d'expliquer pourquoi la santé est importante, elle peut s'engager dans un comportement à risque. Dans ses recherches, Maio a essayé d'influer sur le développement de la part cognitive qui sous-tend les valeurs. Il a montré que le développement des argumentations cognitives en faveur des

valeurs mène vers un comportement plus proche de ces valeurs (Maio, Olson, Allen & Bernard, 2001).

Selon la théorie des valeurs comme truismes proposée par Maio et Olson, la prévention du comportement de santé doit être basée sur le développement de la part cognitive qui sous-tend la valeur de santé : le développement de l'argumentation cognitive à propos de l'importance de la santé. Selon Maio, grâce à ce programme de prévention, les adolescents deviennent plus résistants à la pression du groupe et du média, et sont plus attachés à leurs propres valeurs (Maio, Olson, Allen & Bernard, 2001).

1.4 Relations entre les valeurs et les attitudes

La relation entre les valeurs et les attitudes est définie différemment par les théoriciens de ce champ. Il y a ainsi plusieurs points de vue qui existent sur les relations entre les valeurs et les attitudes, décrits dans la littérature scientifique. On peut ainsi identifier 4 conceptions relatives à la relation entre valeurs et attitudes, conceptions que nous allons détailler ci-dessous.

1.4.1 Les attitudes expriment les valeurs

Allport fut l'un des premiers scientifiques à définir les relations entre les valeurs et les attitudes (Allport, 1961). Il a posé que les valeurs sont des jugements abstraits sur ce qui est important dans la vie, tandis que les attitudes sont les expressions des valeurs au niveau concret : les jugements spécifiques. Kristiansen et Zanna (1991) ont conclu que les attitudes expriment les valeurs et que pour influer sur les attitudes, il faut influer sur les valeurs. De plus, les attitudes peuvent être positives ou négatives, alors que les valeurs sont toujours positives.

1.4.2 Les valeurs activent les attitudes

Les valeurs ont pour fonction d'activer les attitudes ou de communiquer aux attitudes la capacité de stimuler le comportement. Cette fonction importante des valeurs a été mentionnée par plusieurs chercheurs, dont Wallston (*locus du contrôle de santé*, Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), Rotter (*théorie de l'apprentissage social*, Rotter, 1954) et Becker (*théorie des croyances de la santé*, Becker, 1974). Nous allons ici détailler ces approches.

Tout d'abord, Wallston a considéré que l'influence de la valeur de santé est importante sur les attitudes vis-à-vis du locus de contrôle de la santé (Shelton Smith & Wallston, 1992). Il a développé un questionnaire de locus de contrôle de la santé (Wallston, 2005) et conseillé de l'utiliser seulement avec la mesure de la valeur de santé. Selon Wallston, si la personne croit qu'elle porte la responsabilité de sa santé (locus de contrôle interne), cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle s'engagera dans un comportement de santé. Ce n'est que si cette personne considère que la valeur de santé est très importante qu'elle adoptera ce comportement. Les recherches de Kaplan et Cowles (1978) et Abella et Heslon (1984) ont apporté des résultats empiriques pour justifier cette hypothèse. Si le locus de contrôle de la santé est interne mais que la valeur de santé n'est pas personnellement importante, le comportement de santé ne sera pas mis en œuvre.

D'autre part, Rotter a inclus les valeurs dans sa théorie de l'apprentissage social (1954). Il a mis en évidence qu'évaluer une action comme bénéfique n'était pas suffisant pour effectuer cette action. L'action et ses résultats doivent être valorisés par la personne. Par exemple, si l'individu croit que les bénéfices d'un comportement bon pour la santé sont plus importants que les pertes, cela ne veut pas dire qu'il s'engagera pour autant dans ce comportement. C'est seulement si cet individu évalue la santé comme une valeur personnellement importante qu'il s'engagera dans ce comportement. Si la valeur de santé n'est pas importante personnellement, le comportement ne sera pas effectué, même s'il est considéré comme bénéfique. Cet élément de la théorie de l'apprentissage social va donc dans le même sens que les travaux de Wallston.

L'importance personnelle accordée à la santé et sa valeur n'étaient pas incluses dans le modèle originel des croyances de santé. Becker a ajouté ce facteur dans son modèle dans les années soixante-dix (Becker, Drachman & Kirscht, 1972 ; Becker, 1974). Il a ainsi expliqué que les autres éléments du modèle des croyances de santé prédisent le comportement de santé seulement chez les personnes pour lesquelles la valeur de santé est une valeur importante. L'un des chercheurs majeurs concernant la valeur de santé, Lau, a bien évalué cette modification du modèle de Becker (Lau, 1982 ; Lau, Hartman & Ware, 1986). Il a ajouté qu'il est nécessaire d'expliquer les interactions de la valeur de santé avec les autres éléments du modèle (notamment, les attitudes). Pour développer ses recherches sur la valeur de santé dans le cadre du modèle des croyances de santé, Lau a développé son propre questionnaire de valeur de santé. Dans ses recherches, il a trouvé que la valeur de santé est capable de prédire

les croyances sur le comportement de santé. Il a conclu que la valeur de santé est capable d'influer sur le comportement à travers les attitudes.

Ainsi, dans ces modèles (modèle des croyances sur la santé, locus de contrôle de la santé, théorie de l'apprentissage social), le rôle de la valeur de santé est primordial par rapport aux attitudes.

1.4.3 Les attitudes sont des médiateurs entre les valeurs et le comportement

Maio et Olson ont fait l'hypothèse que les attitudes sont des médiateurs entre les valeurs et le comportement (Maio & Olson, 2000). Les valeurs sont en haut de la hiérarchie de régulation du comportement, elles sont des éléments-clefs de cette régulation. Tandis que les attitudes sont plus proches du comportement, et changent fréquemment au long de la vie, les valeurs sont au contraire plus stables dans le temps (Konty & Dunham, 1997).

Même si les valeurs sont considérées comme des jugements abstraits et les attitudes comme des jugements concrets, les valeurs ne coïncident pas toujours avec les attitudes. Ceci est lié au fait qu'il y a plusieurs fonctions des attitudes et seulement une fonction qui est concernée par l'expression des valeurs (Kristiansen & Zanna, 1991). Kristiansen et Zanna ont utilisé la classification des fonctions des attitudes proposée par Katz en 1960. Selon Katz, il y a quatre types d'attitudes, avec des fonctions différentes, et seule l'une d'entre elles sert de médiateur pour les valeurs (Katz, 1960) :

- La fonction utilitaire (l'adaptation) sert à minimiser les punitions et à maximiser les récompenses de l'environnement.
- La fonction ego-défensive sert à protéger le soi contre l'anxiété.
- La fonction des connaissances sert à trouver la signification et le sens pour le soi.
- La fonction de l'expression des valeurs est la seule fonction des attitudes qui sert comme médiateur entre les valeurs et le comportement.

Si les attitudes n'expriment pas les valeurs (mais les demandes et les pressions de l'environnement social), elles ne servent pas de médiateurs entre les valeurs et le comportement. Ces attitudes servent à l'adaptation vis-à-vis de l'environnement social, mais ne coïncident pas avec les valeurs personnelles (Smith, Bruner & White, 1956). On peut supposer qu'à la différence des attitudes qui servent à exprimer les valeurs, ces attitudes

servent à exprimer la motivation extrinsèque (la motivation issue plutôt de l'environnement que de l'individu).

Une quatrième conception de la relation entre valeur et attitude peut se dégager de la littérature spécialisée.

1.4.4 Les valeurs sont des attitudes

Certains chercheurs croient en effet que la seule différence entre les valeurs et les attitudes réside dans le fait que les valeurs sont des jugements abstraits (sur ce qui est important dans la vie), tandis les attitudes sont des jugements concrets sur la vie quotidienne. Ainsi, le changement de valeur est plus lent que le changement d'attitude. Bem, qui partage cette position, pense que dans les modèles de comportement de santé, les valeurs doivent être absorbées par les attitudes au lieu d'être le domaine d'une recherche indépendante (Bem, 1970). Williams a également conclu que les valeurs sont des structures cognitives qui peuvent s'allier aux émotions pour guider le comportement (Williams, 1979).

1.5 Influence des valeurs sur le comportement

Les relations entre les valeurs et le comportement font encore débat dans la littérature empirique. Deux positionnements scientifiques, que nous allons expliciter ici, émergent. Le premier fait l'hypothèse que les valeurs (y compris la valeur de santé) influent directement sur le comportement. Le deuxième postule que les valeurs influent sur le comportement au travers de facteurs médiateurs.

1.5.1 Valeurs influant directement sur le comportement

Les théories classiques des valeurs (la théorie de Rokeach et la théorie de Schwartz) supposent que les valeurs sont capables d'influer directement sur le comportement (Rokeach, 1973 ; Schwartz & Bilsky, 1987). Rokeach a montré que les valeurs, non seulement dirigent les actions, mais encore donnent le sens personnel de ces actions. Sa théorie était partagée par Kluckhohn, qui a lui aussi posé que les valeurs influaient directement sur les actions (Kluckhohn, 1951).

Schwartz a développé les idées de Rokeach sur l'influence directe des valeurs sur le comportement. Bardi et Schwartz (2003) ont mené une recherche sur plusieurs types de comportement chez les jeunes et ont trouvé que les valeurs influencent les décisions prises dans la vie réelle (et pas seulement les décisions qui concernent le futur abstrait). Les 10 types

de valeurs universelles découvertes par Schwartz sont tous liés au comportement qui leur correspond. L'analyse de la corrélation a montré des résultats significatifs entre ces valeurs et les types de comportement. Par exemple, la valeur de réussite (si elle est personnellement signifiante et importante) est associée au surmenage professionnel (*overwork*) ; la valeur d'hédonisme est quant à elle associée au comportement alimentaire déséquilibré et excessif. Les auteurs soulignent que les recherches sur l'influence des valeurs sur le comportement doivent prendre en compte la règle de cohérence entre la valeur et le comportement qui exprime cette valeur (*valued expressive behavior*) (Bardi & Schwartz, 2003).

L'influence de la valeur de santé sur le comportement est la plus étudiée dans le domaine de la recherche concernant le comportement à risque chez les adolescents. Goff et Goddard ont étudié le comportement à risque en association avec les valeurs (Goff & Goddard, 1999). Ils ont trouvé que la valeur de réussite est associée avec un faible niveau d'utilisation de substances, alors que la valeur d'hédonisme est associée à l'usage de cigarettes, d'alcool et de drogues. Dollinger et Kobayashi se sont inscrits dans cette même direction de recherche (Dollinger & Kobayashi, 2003). Ils ont montré que l'importance subjective des valeurs d'hédonisme et du dépassement de soi est positivement corrélée avec la consommation d'alcool et négativement corrélée avec les valeurs d'humanisme et les valeurs traditionnelles (l'universalisme et la bienveillance, selon la classification de Schwartz).

Par ailleurs, des études se sont concentrées non seulement sur la valeur de santé et son influence sur le comportement, mais aussi sur les autres valeurs liées à la valeur de santé. Ainsi, Schwartz et Bardi ont souligné le fait que le comportement est guidé conjointement par plusieurs valeurs (Bardi & Schwartz, 2003). L'hypothèse selon laquelle le conflit de valeurs influence le comportement a été partagée par Lau. Il a ainsi postulé que le conflit entre les valeurs influe directement sur le comportement de santé (Lau, Hartman & Ware, 1986).

1.5.2 Les valeurs influent sur le comportement à travers des médiateurs

Malgré toutes les recherches empiriques sur l'influence des valeurs sur le comportement, certains chercheurs ne partagent pas l'avis selon lequel les valeurs influent directement sur le comportement, et ils ont cherché les facteurs médiateurs de cette influence.

La valeur de santé est définie comme une motivation abstraite de maintien de la santé, elle n'est pas liée à une situation concrète. Ainsi, plusieurs chercheurs ont supposé que les valeurs prédisaient le comportement abstrait futur mieux que le comportement actuel. Eyal,

Sagristano, Trope, Liberman et Chaiken (2009) ont supposé que les valeurs prédisent les intentions du comportement futur mieux que le comportement actuel. Ils ont trouvé que la distance temporelle est un médiateur entre les valeurs et le comportement (Eyal, Sagristano, Trope, Liberman & Chaiken, 2009). Les auteurs postulent que les conflits de valeurs qui influent sur le comportement sont aussi médiatisés par le temps. Les valeurs qui sont les plus importantes pour la personne guident le comportement futur à long-terme, tandis que les valeurs moins importantes guident les intentions du comportement actuel. Par exemple, si la valeur de santé est plus importante, elle guidera le comportement de maintien de la santé, mais dans le futur. La valeur de plaisir, qui est moins importante personnellement, guidera le comportement actuel, et la personne sera susceptible d'adopter un comportement à risque (Eyal, Sagristano, Trope, Liberman & Chaiken, 2009).

L'idée que l'influence des valeurs sur le comportement est médiatisée par la distance temporelle est proche de la notion de niveau de spécificité proposé par Ajzen et Fishbein (1980). Ceux-ci font l'hypothèse que les attitudes prédisent le comportement seulement au même niveau de spécificité (c'est à dire les attitudes et le comportement doivent se correspondre au niveau du contexte, du temps et du but de l'action). Les attitudes abstraites prédisent ainsi le comportement en général (c'est-à-dire le comportement futur), alors que les attitudes concrètes prédisent les actions concrètes (le comportement actuel). Ajzen et Fishbein utilisent ainsi un exemple selon lequel l'attitude vis-à-vis de la religion prédit un comportement plus abstrait (aller à l'église en général) et non un comportement concret (aller à l'église à telle heure ou tel jour de la semaine).

D'autres études ne mettent pas en évidence le rôle du temps comme facteur médiateur entre les valeurs et le comportement. Cole et collaborateurs (2007) ont ainsi mené une recherche sur les valeurs et le comportement à risque chez les adolescents. Ils ont montré que les valeurs de la Tradition, l'Universalisme et la Sécurité sont associées négativement non seulement avec le comportement à risque actuel, mais aussi avec le comportement à risque futur (l'intention de s'engager dans le comportement à risque). Lewin s'interroge aussi sur la nécessité de médiateurs entre les valeurs et le comportement, car les valeurs sont trop abstraites (Lewin & Cartwright, 1951). Pour Lewin, les buts ou les objectifs sont ces médiateurs.

Selon la littérature, les valeurs sont capables d'influer directement sur le comportement de santé (Bardi & Schwartz, 2003 ; Kristiansen, 1986). Toutefois, d'autres chercheurs ont montré

que les valeurs, et la valeur de santé en particulier, influaient sur le comportement au travers de facteurs médiateurs (comme la distance temporelle, les buts et les objectifs de comportement). Ces résultats ne signifient pas nécessairement que la valeur de santé ne peut pas influencer le comportement directement. Il est important de comprendre dans quelles situations cette influence est directe, et dans quelles situations elle est médiatisée par d'autres facteurs.

1.6 Valeur de santé et adaptation à la maladie chronique

La littérature empirique a montré que les changements de système de valeurs jouent un rôle important dans le processus d'adaptation aux nouvelles conditions de vie causées par la maladie. En changeant les orientations axiologiques (certains types des valeurs deviennent plus ou moins importants), les individus montrent une adaptation plus importante à leurs nouvelles conditions de vie (Tarquinio & Spitz, 2012). La maladie peut entraîner non seulement un changement des conditions de vie, mais aussi des rôles et des attentes sociales, un bouleversement du système identitaire et des valeurs personnelles (Bartos & McDonald, 2000 ; Naus, Ishler, Parrott & Kovacs, 2009).

Les valeurs sont non seulement des buts que l'on désire atteindre dans la vie, mais elles influent aussi sur les croyances et les jugements sur soi et sur le monde extérieur. Le système de valeurs d'une personne est le système des activités et des buts les plus importants dans la vie de cette personne. Il est lié à la conception du « sens de l'existence ». Dans le cas de l'apparition d'une maladie grave, ce système peut changer et la personne malade peut reconsidérer ses valeurs. L'adaptation positive vis-à-vis de la maladie (obtenir la meilleure qualité de vie possible) peut dépendre de ce processus de « recherche du sens ». On peut supposer que les changements de valeurs d'une personne atteinte de maladie chronique ressemblent à l'état d'anomie décrit par Durkheim dans sa théorie sur le suicide (Durkheim, 1960). Le phénomène de l'anomie associée au suicide apparaît quand les valeurs personnelles de l'homme ne peuvent pas être réalisées dans la société. Dans ce cas, l'ancien système des valeurs est détruit et le nouveau système de valeurs n'est pas encore construit. Dans le cas d'une crise des valeurs anciennes, d'autres valeurs peuvent se substituer à elles : par exemple, les valeurs politiques, les valeurs de la religion ou de la sphère économique. Dans le cas où les valeurs de cette personne ne peuvent pas être satisfaites à cause de sa maladie (par exemple, les valeurs de succès, de carrière), un nouveau système de valeurs doit être construit. Des valeurs qui n'étaient pas importantes avant le développement de la maladie se mettent au

premier plan et se substituent aux valeurs qui ne peuvent pas être réalisées dans les nouvelles conditions de vie. Fischer et Tarquinio ont conduit une recherche qualitative et ainsi décrit les changements des représentations psychologiques chez des patients atteints de maladies graves (sida, cancer) après le diagnostic (Fischer & Tarquinio, 2002) ; ils ont ainsi identifié :

- Le changement de l'image du corps (à cause d'une prothèse, d'un handicap)

Avec le changement physique du corps induit par la maladie, peut apparaître une dissociation entre l'image du corps et l'image de soi. Le changement de valeurs peut amener à l'acceptation des modifications corporelles et à la réappropriation d'une image positive de soi.

- Le changement du rapport au temps

Les personnes malades changent leurs projets à plus ou moins long-terme. Ce futur est menacé à cause de la maladie, et le temps qui reste devient précieux. Les valeurs importantes pour la personne avant le développement de sa maladie et associées au futur (la carrière, l'éducation, le succès) peuvent devenir moins importantes que les valeurs du moment (les relations avec les autres, la proximité émotionnelle).

– Le changement de la philosophie de vie

Fischer et Tarquinio ont mis en évidence qu'il peut y avoir une inversion de l'importance des valeurs chez les patients. Les valeurs matérielles deviennent ainsi parfois moins importantes que les valeurs non matérielles. Les émotions, l'amitié et les relations avec les autres peuvent devenir les valeurs les plus importantes dans la vie de certains patients. Ce changement est associé à l'adaptation face à la maladie.

- La relation à la mort

Le changement de la philosophie de vie est souvent lié à la relation à la mort. Ainsi la personne malade peut avoir besoin de trouver un sens à sa vie pendant le temps qu'il lui reste à vivre (ce nouveau besoin de la personne ressemble à ce que Frankl a décrit dans ses travaux sur la psychologie du sens ; Frankl, 1992).

Fischer et Tarquinio (2002) ont conclu que le changement de valeurs est un indice de l'adaptation vis-à-vis de la maladie, et de la mobilisation des ressources psychiques chez les patients. Les auteurs ont également mené une recherche quantitative à propos des valeurs. Une analyse de corrélation a montré que les valeurs qui ont changé de position pour être au premier plan sont celles de l'affection, de la patience, de l'intimité, et concernent le fait d'être

centré sur soi, d'être réaliste, de faire confiance aux autres, de jouir de la vie, de prendre soin de soi. Les valeurs qui ont changé de position pour passer au second plan sont celles de la cohésion de la famille, de la compétence, de la compétition, de la réalisation des projets, de la réussite professionnelle et de la satisfaction sexuelle. Chez les patients atteints du sida, les valeurs qui ont pris de l'importance sont celles concernant l'accès à une bonne information, la fidélité, le réalisme, l'engagement social, l'harmonie intérieure, le confort de la vie, la joie et le soin de soi. Les valeurs qui ont cessé d'être prioritaires sont celles concernant la compétence, la compétitivité et le succès.

On peut ainsi constater que les changements de valeurs chez les groupes de patients atteints de maladies graves comme le sida et le cancer sont concentrés autour de la motivation interne (centralisation sur soi-même et relations avec les proches) et de la dévalorisation des valeurs externes (imposées socialement). Greszta et Siemińska (2011) ont aussi mené une recherche sur les valeurs chez les patients après le diagnostic de cancer et ont trouvé les mêmes résultats sur le changement des valeurs que Fischer et Tarquinio (2002).

Ce changement de valeurs après le diagnostic de la maladie grave n'apparaît pas tout de suite. Nous pouvons illustrer cette période spécifique de l'adaptation à la maladie grave (par exemple, le cancer) en examinant la littérature dédiée aux adolescents souffrant de maladie grave. Marioni a effectué une recherche qualitative auprès d'adolescents atteints de cancer en rémission (Marioni, 2014). Elle a souligné que pendant la période du traitement et avant la rémission, ces adolescents n'ont volontairement pas parlé avec le psychologue de leur expérience de maladie et de leurs émotions. Pendant la période de rémission, au contraire, ils ont volontairement discuté de leur vécu pendant le traitement, de leurs sentiments et de leur expérience. Marioni a montré que pendant la période du traitement, ces adolescents ne s'engageaient pas dans des activités qui n'étaient pas associées directement avec la guérison de leur cancer. Ainsi, cette recherche peut illustrer que, pendant la période du traitement d'une maladie grave comme le cancer, le système de valeurs et de buts de la vie change : seules les activités associées au traitement et au maintien de la vie restent valorisées.

Néanmoins, il est plus difficile de justifier que ces changements des valeurs apparaissent chez les patients atteints d'asthme et influent sur leur qualité de vie, si l'asthme est diagnostiqué pendant l'enfance et qu'il ne divise pas la vie en un « avant » et un « après » le diagnostic. Les relations entre les valeurs et la qualité de vie chez les patients atteints d'asthme peuvent être expliquées par la notion d'activités valorisées de la vie. La notion

d'activités valorisées de la vie (*Valued Life Activities*) a été développée pour étudier la capacité des patients à substituer à des activités personnellement importantes mais limitées à cause de la maladie, de nouvelles activités aussi importantes (Emmons, 1986). Cela signifie que sans ces activités, la vie perd son sens pour le patient. Pearlman, dans sa recherche sur les activités valorisées de la vie, a montré que certains patients déclarent qu'il est préférable de mourir que de vivre sans ces activités (Pearlman et al., 1993). Les activités valorisées de la vie sont un indicateur de la qualité de vie des patients. Plus l'état du patient l'empêche de réaliser ces activités, plus il évalue négativement sa qualité de vie.

Ditto et al. ont trouvé que les activités valorisées de la vie influencent les décisions liées à la santé dans le milieu médical (Ditto, Druley, Moore, Danks & Smucker, 1996). L'impossibilité de remplacer les activités valorisées de la vie par d'autres activités importantes peut provoquer le développement d'une dépression (Benyamini & Lomranz, 2004). Par ailleurs, la restriction des activités valorisées de la vie peut amener à un comportement à risque. Busch et Borrelli ont ainsi montré que, chez les personnes atteintes de problèmes de santé, les restrictions des activités valorisées et l'absence de leur substitution par d'autres activités peuvent conduire au tabagisme (Busch & Borrelli, 2012).

L'asthme est une maladie qui apporte beaucoup de limitations et restrictions dans la vie des adolescents. Ainsi, la notion des activités valorisées de la vie devient importante pour les adolescents atteints d'asthme. Si les activités limitées sont personnellement importantes, ces restrictions peuvent avoir un impact négatif sur le patient atteint d'asthme. Parmi celles-ci, on peut énumérer deux activités importantes pour les adolescents qui sont souvent limitées à cause de l'asthme. La première est l'activité scolaire. Pour les adolescents atteints d'asthme, l'absentéisme à l'école est l'un des problèmes majeurs. En effet les adolescents atteints d'asthme sont absents à l'école plus souvent que les adolescents en bonne santé (Anderson, Bailey, Cooper, Palmer & West, 1983). Leur absentéisme influe non seulement sur leurs études, mais aussi sur leur communication sociale (Lefèvre, Just & Grimfeld, 1993). On pourrait supposer que l'absentéisme impacte la réussite scolaire et influe négativement sur le développement cognitif, mais plusieurs recherches ont mis en relief le fait que la réussite scolaire de ces enfants et adolescents n'est pas mise à mal par leur absentéisme : leurs notes à l'école sont parfois même meilleures que celles des adolescents en bonne santé (Gutstadt et al., 1989). Si l'adolescent est capable de substituer une activité à l'activité qu'il a dû limiter, il réussit à compenser les conséquences négatives de sa maladie chronique. On peut considérer

ce phénomène comme une certaine compensation positive : la substitution d'activités autorisées à des activités interdites.

Le deuxième exemple de restriction concerne l'activité sportive. L'activité sportive est souvent limitée ou interdite si les efforts physiques provoquent des crises d'asthme chez les adolescents (Croft & Lloyd, 1989). L'activité sportive est importante non seulement comme une forme de loisir, mais aussi comme une communication avec les pairs et comme un comportement de santé. Selon des entretiens cliniques réalisés auprès d'adolescents souffrant d'asthme, les restrictions portant sur le sport sont l'une des conséquences les plus désagréables de leur maladie (Chadwick, 1996).

Chez les patients atteints d'asthme les valeurs peuvent influer sur la qualité de vie non seulement directement, mais aussi à travers les facteurs médiateurs, comme les stratégies de coping.

1.7 Relations entre les valeurs et le coping

L'un des premiers chercheurs à avoir commencé à étudier les liens entre la motivation et le choix de coping est Lazarus (1999). Celui-ci a développé sa théorie des relations entre les cognitions et les motivations (*Cognitive-Motivational-Relation Theory* ou CMRT).

Lazarus a placé les valeurs et la motivation au centre de son modèle. Dans ce modèle, les émotions négatives sont associées à l'éloignement des buts désirables, tandis que les émotions positives sont associées au rapprochement de ces buts. La personne évalue (selon ses valeurs et les buts de sa vie) l'impact des troubles de santé pendant le processus d'évaluation primaire (*primary appraisal*, selon Lazarus & Folkman, 1984). Selon cette évaluation, la situation peut être considérée comme une menace (dans le cas d'une perte potentielle de santé), une perte (quand la santé est déjà attaquée et la maladie diagnostiquée) ou un défi (le challenge). Dans ce modèle, la dernière évaluation (le défi) est la seule qui soit associée aux émotions positives. Lazarus mentionne que les trois types d'évaluation ne sont pas toujours indépendants et peuvent coexister.

L'idée que les stratégies de coping soient mises en place quand les valeurs de la personne sont menacées a été développée dans la théorie de la motivation de Bischof (*Zurich Model of Social Motivation ;* Bischof, 1975). Dans sa théorie, Bischof tente de lier la motivation, les valeurs et les stratégies de coping (Bischof, 1975). Bischof a fait l'hypothèse qu'il y a trois

systèmes majeurs de la motivation : la Sécurité, l'Autonomie et l'Excitation (les recherches empiriques ont justifié son hypothèse, Schönbrodt, Unkelbach & Spinath, 2009). Dans le cas où l'un de ces systèmes est bloqué, le quatrième système de motivation, le système des stratégies de coping, se déploie. Ce système inclut deux types de coping. Les stratégies de coping externes qui sont dirigées vers le changement de la situation stressante (éviter le problème, détruire le problème ou demander de l'aide pour résoudre le problème), tandis que les stratégies de coping internes sont dirigées vers le changement de soi et l'adaptation à la situation (modifier sa perception de la situation ou s'habituer à cette situation). Ainsi, Bischof a essayé de désigner les buts désirables majeurs (la sécurité, l'autonomie et l'excitation) qui, quand ils sont bloqués, entrainent la mise en place des stratégies de coping.

Deci et Ryan ont aussi évalué empiriquement le modèle CMRT de Lazarus. Ce modèle décrit la motivation seulement sous l'aspect du rapprochement et de l'éloignement des objectifs valorisés. En utilisant les conceptions de Lazarus relatives aux liens entre la motivation, les besoins, les valeurs et les coping, Deci et Ryan ont développé leur propre théorie : la théorie de l'autodétermination (*Self-determination theory*; Deci & Ryan, 1985). Selon ce modèle, il y a trois types de motivation : l'autonomie (qui dirige le comportement selon les besoins et les valeurs personnels), la compétence (qui dirige le comportement pour obtenir des interactions efficaces avec les autres) et la participation (qui dirige le comportement pour être accepté dans le milieu social).

L'évaluation primaire joue un rôle de médiateur entre les motivations, les besoins et le choix des stratégies de coping (Amiot, Gaudreau & Blanchard, 2004 ; Ryan & Connell, 1989 ; Skinner & Edge, 2002). Selon Deci et Ryan, le choix de ces stratégies dépend des demandes sociales vis-à-vis de la personne qui a des problèmes de santé, des ressources que cette personne possède et de l'environnement, qui soutient ou limite les besoins et valeurs fondamentaux de la personne (Ryan & Deci, 2000). Au terme de l'évaluation primaire, les objectifs valorisés par la personne sont considérés comme mis à mal, menacés ou remis en question.

Deci et Ryan décrivent plusieurs facteurs qui influent positivement sur l'évaluation primaire :

- le soutien des besoins et des valeurs de la personne, son droit à diriger son comportement selon ces besoins et valeurs ;

- la motivation autodéterminée (si la valeur de santé est autodéterminée et que la personne a pour objectif d'être en bonne santé, l'évaluation primaire de « défi » plutôt que « menace » apparaît) ;
- le locus du contrôle de la santé et le contrôle perçu (le locus de contrôle interne et le contrôle perçu sont associés à l'évaluation primaire de « défi »).

L'évaluation primaire de « défi » est associée aux stratégies de coping adaptatives et aux émotions positives, tandis que l'évaluation primaire de « blessure » est associée aux stratégies dysfonctionnelles et aux émotions négatives. Ryan et Deci (2000), comme Lazarus et Folkman, soulignent qu'il n'y a pas de stratégies de coping qui soient universellement positives ou négatives (Lazarus & Folkman, 1984). L'efficacité de la stratégie de coping dépend de la situation dans laquelle la personne se trouve et de sa personnalité particulière. L'évaluation primaire et la mise en place des stratégies de coping entraînent certains résultats. Les résultats de l'action des stratégies de coping changent la perception de la satisfaction de ses besoins chez la personne. La diminution de la frustration de ses besoins amène à la diminution du stress perçu.

Ainsi, la théorie de l'autodétermination étudie non seulement les relations entre le rapprochement/l'éloignement des objectifs personnels et des stratégies de coping, mais aussi le niveau d'autodétermination lors de la poursuite des objectifs (qu'ils soient fortement ou faiblement autodéterminés ; Ntoumanis, Edmunds & Duda, 2009).

Synthèse

La valeur de santé est une motivation abstraite de maintien de la santé (Schwartz, 2003), qui s'exprime dans les attitudes émotionnelles et cognitives vis-à-vis de la santé et dirige le comportement de santé (Perron, 1974). La valeur de santé n'est pas la seule valeur qui influe sur le comportement de santé ; l'influence de la valeur de la vie excitante sur le comportement de santé a été démontrée dans des études empiriques (Kristiansen, 1985).

Les résultats de plusieurs recherches montrent que les valeurs influent sur le comportement de santé directement et au travers de facteurs-médiateurs (Bardi & Schwartz, 2003). Les études empiriques sur les valeurs et les croyances sur le locus de contrôle de la santé et les attitudes cognitives valident la théorie sur les relations entre les valeurs et les attitudes (Abella & Heslin, 1984 ; Kristiansen & Zanna, 1991 ; Maio, Olson, Allen & Bernard, 2011). Néanmoins, les recherches empiriques sur les relations entre les valeurs et les

attitudes affectives ne sont pas encore assez nombreuses. Les attitudes affectives sont des concepts puissants qui prédisent le comportement de santé (Kiviniemi, Voss-Humke & Seifert, 2007 ; Ellis, Kiviniemi & Cook-Cottone, 2014). En rétablissant les liens entre les valeurs et les attitudes affectives, on peut élaborer de nouvelles propositions pour les programmes éducatifs qui influencent les attitudes affectives, afin de favoriser des comportements de santé chez les adolescents.

Chapitre 2 : Développement des valeurs chez les adolescents

Malgré le fait que le système de valeurs se développe tout au long de la vie (Gouveia, Vione, Milfont & Fischer, 2015), l'intérêt de la recherche dédiée à l'investigation des valeurs chez les adolescents réside dans le fait que les valeurs deviennent globalement plus stables et plus difficiles à changer après cette période et le début de l'âge adulte (Costa & McCrae, 2006).

Plusieurs auteurs ont soulevé la question du développement des valeurs. Lau fut l'un des premiers à s'interroger sur cette problématique en 1982. Cette valeur fait-elle l'objet d'un apprentissage ? Comment apprend-on la valeur de santé ? Lau a mis en évidence que la valeur de santé se développait par analogie avec les attitudes vis-à-vis de la santé (Lau, 1982). Les sources de ce développement sont d'une part les habitudes comportementales, qui se développent depuis l'enfance et d'autre part l'expérience de la maladie (la sienne propre et celle des proches). Mais les valeurs et les attitudes ne sont pas des conceptions identiques. La stabilité est une caractéristique des valeurs qui les distingue des attitudes (Kapes & Strickler, 1975 ; Rokeach, 1973).

La compréhension du processus de développement des valeurs nécessite des recherches longitudinales, qui demeurent rares, ou des recherches comparatives entre des groupes d'âges différents. Gouveia, Vione, Milfont et Fischer (2015) dans leur recherche transversale ont montré que l'importance de valeur de l'accomplissement personnel et des valeurs esthétiques, autant que les valeurs de l'attachement et du soutien, augmentent tout au long de la vie. Les valeurs de l'excitation et du plaisir sont importantes à l'âge jeune, y compris à l'adolescence, et deviennent moins importantes au long de la vie ; les valeurs de la tradition, au contraire, sont moins importantes pour les adolescents et deviennent plus importantes à l'âge adulte (ce qui correspond aux résultats de Robinson, 2013). Les résultats de recherche à propos de l'importance des valeurs de succès et prestige et des valeurs de la sécurité (y compris la santé) restent contradictoires. Certains chercheurs ont trouvé que les valeurs de succès et de prestige sont importantes pendant l'adolescence, moins importantes à l'âge adulte et redeviennent importantes chez les personnes âgées (Gouveia, Vione, Milfont & Fischer, 2015). Les auteurs expliquent que ces valeurs sont importantes pour les adolescents, car ils doivent prendre des décisions pour leur futur et ils choisissent leur future profession, ainsi les valeurs de succès sont importantes pour eux. Les jeunes adultes ne valorisent pas le succès, car les valeurs de

l'intimité sont plus importantes pour eux. Il est plus difficile d'expliquer pourquoi les valeurs du succès deviennent importantes pour les personnes âgées. De plus, ces résultats à propos de l'importance des valeurs de succès ne correspondent pas aux résultats des autres recherches. Robinson (2013) a trouvé que les valeurs de succès sont plus importantes pour les jeunes adultes, que pour les personnes âgées.

Un autre résultat contradictoire à propos de l'importance des valeurs concerne l'importance des valeurs de la sécurité (y compris la santé). Certains auteurs ont trouvé que les valeurs de santé, la stabilité et la survie sont plus importantes pour les adolescents et les jeunes adultes, que pour les adultes et les personnes âgées (Gouveia, Vione, Milfont & Fischer, 2015). Ce résultat ne correspond pas aux autres recherches qui ont montré que les valeurs de la sécurité et de la santé sont plus importantes pour les personnes âgées que pour les adolescents (Robinson, 2013 ; Kristiansen, 1986), car à cet âge la santé commence à se détériorer.

Les auteurs expliquent ces résultats contradictoires par l'influence des facteurs sociaux et culturels (Gouveia, Vione, Milfont & Fischer, 2015). C'est pendant la période de socialisation que se déroule le processus d'internalisation des valeurs : les valeurs importantes dans un certain environnement social et culturel deviennent les valeurs personnellement importantes. Quand une certaine valeur n'est pas internalisée, la personne peut se comporter en raison de cette valeur et les normes acceptées dans la société, parce qu'elle craint la blâme public (par exemple, se retenir de frauder à l'examen, car elle craint les conséquences si elle est découverte). Quand la valeur est internalisée et personnellement importante, la personne se comporte en raison de cette valeur en se fondant sur ses propres croyances (ne pas tricher pendant l'examen, car cela contredit à ses principes moraux). La notion d'internalisation des valeurs a été développée par plusieurs écoles scientifiques. Kelman, de l'université de Harvard, est le représentant de l'une de ces écoles. Il a postulé que l'influence des valeurs sur les attitudes et le comportement dépendait du niveau d'*internalisation* de ces valeurs (Kelman, 1958). Selon l'auteur, il y a trois niveaux d'internalisation des valeurs (Figure 4). Le premier est la conformité (*compliance*). Elle se développe dans le cas où l'individu n'internalise pas subjectivement la valeur (la valeur de santé ne devient pas une valeur personnellement importante pour lui), mais qu'il manifeste, dans l'environnement social, que cette valeur est importante pour lui afin d'atteindre des objectifs qui lui sont personnellement importants. Cette définition de conformité et de non-internalisation subjective de la valeur est

liée à la compréhension de la valeur de santé comme valeur instrumentale et non terminale, une valeur qui n'a de valeur qu'à travers les objectifs qu'elle peut aider à obtenir, et non par elle-même.

L'identification est le deuxième niveau d'internalisation des valeurs selon Kelman. Elle signifie que l'individu accepte l'importance d'une valeur parce qu'elle est importante dans son groupe social et qu'il a besoin de se sentir membre de ce groupe. Dans ce cas, la valeur devient une valeur d'appartenance. Partager les valeurs du groupe symbolise, pour l'individu, une part importante de son identité. Selon Kelman, même dans le cas de l'identification, la valeur en question n'est pas pleinement internalisée par l'individu, car hors du contexte social, elle perd de son importance (Kelman, 1958).

Figure 4. Schéma de l'internalisation selon H. Kelman.



L'internalisation est un processus au cours duquel la valeur acquiert une importance personnelle qui ne dépend pas du contexte social : elle est propre à la personnalité de l'individu et ne dépend pas des autres. Cette valeur est intégrée dans sa hiérarchie de valeurs. La valeur internalisée influe sur le comportement qui lui correspond. Si la valeur de santé est internalisée, cela veut dire que le comportement relatif à la santé sera adopté par la personne. C'est la valeur de santé qui guide son comportement de santé, et non les autres valeurs (par exemple, la valeur reconnaissance sociale). Si la valeur est internalisée, les attitudes sur lesquelles elle influe restent non modifiables et indépendantes de la situation externe et du contexte social, tandis que les attitudes qui sont associées à des valeurs non intériorisées (liées

au processus d'identification et de conformité) dépendent de la situation sociale et appartiennent plus au groupe qu'à l'individu lui-même.

L'école de psychologie historico-culturelle de Vygotsky a développé une notion similaire à l'internalisation de Kelman : l'*intériorisation*. L'intériorisation des valeurs est associée à l'assimilation des normes et des valeurs sociales par l'enfant (Vygotsky, 1994). L'enfant se comporte selon ces normes et ces valeurs, mais celles-ci ne sont pas encore intériorisées. C'est pendant l'adolescence que les valeurs et les normes sociales deviennent des valeurs personnellement importantes. Le système de valeurs développé est considéré comme l'une des caractéristiques clés de la personnalité. Ses actions ne sont pas guidées seulement par les attentes et le contexte social, mais aussi par ses propres décisions.

La distinction entre l'individu qui se comporte seulement selon les attentes sociales et l'individu qui se comporte seulement selon ses propres valeurs est artificielle. En réalité, le comportement est influencé aussi bien par les valeurs personnelles que par les normes et les attentes sociales. Mais l'idée de Vygotsky montre le vecteur du développement de la personnalité : des valeurs sociales (extrinsèques) aux valeurs personnelles (intrinsèques).

Perron (1974), qui n'a pas été lié à l'école de Vygotsky, a obtenu des résultats de recherche qui valident dans une certaine mesure la théorie de Vygotsky sur le développement des valeurs. Il a étudié le changement des valeurs en s'intéressant aux valeurs de l'éducation chez les étudiants et les personnes âgées. Il a montré que l'importance personnelle des valeurs extrinsèques (les valeurs qui ne sont pas importantes personnellement, mais qui permettent d'obtenir une reconnaissance et un statut social) diminue avec l'âge. Les valeurs intrinsèques (personnellement importantes), y compris la valeur de santé, deviennent plus importantes. Ce changement de valeurs peut apporter une autre explication au fait que la valeur de santé prend de l'importance chez les personnes plus âgées (Kristiansen, 1985).

Ainsi, l'intériorisation des valeurs se développe sous l'influence des facteurs sociaux et culturels. On peut énumérer deux groupes des facteurs qui influent sur l'intériorisation des valeurs :

2.1 Les relations familiales et le développement des valeurs

La famille est le premier contexte de socialisation de l'enfant ; elle transmet les valeurs et les normes sociales à l'enfant (Roberts & Bengston, 1999). Au contraire de ce qui se passe avec les enfants, les valeurs des adolescents se distinguent davantage de celles des parents, ce

qui peut complexifier la transmission des valeurs familiales aux adolescents. Les styles de relations entre les parents et les adolescents peuvent être décrits en terme d'équilibre entre l'autonomie et le contrôle, et en terme de théorie de l'attachement (Moretti & Peled, 2004). La période de l'adolescence se caractérise par le développement de l'indépendance et, en même temps, par la conservation de liens émotionnels avec la famille. Dans le cas où cet équilibre est obtenu, l'adolescent va probablement réussir à maîtriser ses stratégies de coping et sa gestion de la maladie (Garmezy, 1991). Alwin a mis en évidence que les parents américains, par rapport aux parents de culture collectiviste (la culture où les besoins groupaux sont primordiaux par rapport aux besoins individuels), renforcent l'autonomie de leurs enfants et ne les forcent pas à obéir (Alwin, 1990). L'autonomie, à son tour, influe sur le développement et le renforcement des valeurs intrinsèques (Mortimer & Lorence, 1979). Les parents qui soutiennent l'autonomie et le droit au choix de leurs enfants favoriseraient le développement de la motivation intrinsèque chez les adolescents (Grolnick, Deci & Ryan, 1997). D'autre part, il semble que les parents surprotecteurs provoquent un déséquilibre entre l'indépendance et l'autonomie de l'adolescent relativement à sa santé, en favorisant le développement d'une motivation extrinsèque chez les adolescents (Kasser, Ryan, Zax & Sameroff, 1995). Selon les données de Kasser, Ryan, Zax & Sameroff (1995), aussi bien les parents trop contrôlants que les parents distants sont associés au manque de développement de la motivation intrinsèque et à la vulnérabilité des adolescents. Ainsi, la perception du soutien des parents et le développement de l'autonomie prédisent tous deux un comportement de santé, guidé par une motivation intrinsèque ou extrinsèque.

La particularité de l'asthme en tant que maladie chronique est liée au fait que pour les parents, il est plus difficile de ne pas contrôler le quotidien et le comportement de leurs enfants, de ne pas interrompre le développement de leur autonomie. La famille qui réussit à trouver un équilibre entre le soutien et l'autonomisation de leur enfant assure le développement des valeurs intrinsèques de ce dernier (Williams, Hedberg, Cox & Deci, 2000).

Les règles familiales sont aussi importantes pour la transmission des valeurs, que les relations entre les adolescents et les parents (Hoge, Petrillo & Smith, 1982). Selon Hoge et collaborateurs, l'absence de règles et de rituels ou la rigidité des règles influent négativement sur la transmission des valeurs et le bien-être de l'adolescent, ainsi que sur son choix de

coping. Les relations flexibles (les règles qui existent mais qui sont flexibles en fonction de la personnalité de l'enfant) influent positivement sur la transmission des valeurs.

Certaines études ont fait l'hypothèse que la transmission des valeurs était liée au sexe des parents et des enfants. Les mères influeraient plus sur les filles, car les filles observent leur comportement comme celui d'un modèle, tandis que les garçons observent le comportement des pères. Les résultats des recherches sur les différences en fonction du sexe et la transmission des valeurs entre les enfants et les parents sont toutefois contradictoires. Plusieurs chercheurs ont en effet découvert que les mères, en général, influent sur les valeurs des enfants des deux sexes plus que les pères (Simons, Whitbeck, Conger & Wu, 1991), ou qu'il n'y a pas de différences liées au sexe des parents (Kohn, Slomczynski & Schoenbach, 1986).

2.2 Les facteurs culturels et le développement des valeurs

A notre connaissance, l'influence du facteur culturel sur le développement de la valeur de santé n'a pas été étudiée systématiquement. Plusieurs théoriciens des valeurs, comme Schwartz, ont contribué à montrer que les valeurs sont universelles, dans toutes les cultures. Selon Schwartz, les valeurs universelles sont partagées par 20 pays différents (Schwartz, 1992). D'après Oishi et collaborateurs, les valeurs intrinsèques sont personnellement importantes dans toutes les cultures, quel que soit le type de culture (collectiviste ou individualiste ; Oishi et al., 2005). De plus, Sheldon et collaborateurs (2004) ont découvert que les valeurs associées à la motivation intrinsèque sont associées à un meilleur état de santé aussi bien dans les cultures individualistes que dans les cultures collectivistes.

Néanmoins, d'autres auteurs ont montré des différences entre les valeurs dans les cultures individualistes et collectivistes. Boer et Fischer ont trouvé que dans les cultures collectivistes les valeurs de la sécurité (y compris la valeur de santé) sont plus enracinées que dans les cultures individualistes, ainsi ces valeurs influent plus sur les attitudes (Boer & Fischer, 2013). Magun et Rudnev (2012) ont montré que les Russes (de culture collectiviste) sont plus orientés vers les valeurs de la sécurité, tandis que les Français (de culture individualiste) sont plus orientés vers les valeurs de l'ouverture aux changements.

L'influence de la culture sur la valeur de santé a aussi été mise en lumière dans le processus de développement des valeurs dans le contexte familial. Ainsi, l'influence de la famille sur le développement des valeurs des adolescents dépendrait des facteurs culturels.

Kohn, Slomczynski & Schoenbach (1986) ont souligné qu'en Pologne, l'influence des mères sur les valeurs de leurs enfants était préalable par rapport à l'influence des pères, tandis que, aux Etats-Unis, les pères et les mères influencent les valeurs de leurs enfants dans la même mesure. Ainsi, le facteur culturel est important non seulement pour identifier les différences entre les valeurs et les attitudes liées à la santé dans des pays différents, mais aussi pour découvrir les relations systémiques entre le facteur culturel et les autres variables qui influent sur le comportement de santé.

Synthèse

L'adolescence est une période de développement des valeurs, exposée à l'influence des divers facteurs socio-culturels. A l'âge adulte, le système des valeurs et la place de la valeur de santé dans ce système devient plus stable. Ainsi, l'adolescence est une période cruciale pour les programmes éducatifs qui cherchent à prévenir le développement de comportements à risque et à favoriser un comportement bénéfique pour la santé.

Afin d'influer sur le comportement de santé à travers les valeurs, il est nécessaire de comprendre quel est le mécanisme de leur développement. Le processus de l'internalisation et intériorisation des valeurs, décrit dans les travaux de Kelman et Vygotsky, décrit ce développement (Kelman, 1958 ; Vygotsky, 1994). Pendant ce processus, les valeurs externes, déterminées par le contexte social et culturel, deviennent les valeurs personnelles et guident les attitudes et le comportement. Les relations familiales jouent un rôle important dans le processus de l'internalisation des valeurs. Le fait de favoriser le développement de la motivation intrinsèque dans le milieu familial conduit à conséquences positives quant à la santé des adolescents (Grolnick, Deci & Ryan, 1997).

Les facteurs culturels jouent aussi un rôle important dans le processus du développement des valeurs. Le contexte culturel favorise le développement des valeurs qui sont les valeurs-clefs de telle ou telle culture. Par exemple, les cultures collectivistes sont plus orientées vers les valeurs de la sécurité que les cultures individualistes (Magun & Rudnev, 2012 ; Boer & Fischer, 2013).

Chapitre 3 : Recherches sur la valeur de santé en anthropologie

La psychologie étudie l'aspect personnel de la valeur de santé, tandis que pour l'anthropologie, elle est un produit personnel, culturel, politique et social. Parsons a fait l'hypothèse que les valeurs sont l'un des trois éléments principaux de l'analyse de la culture (Parsons, 1951). Les valeurs, les croyances et les symboles assurent l'équilibre et l'organisation dans la société. Mais les valeurs sont des concepts particuliers parce qu'elles sont à la fois déterminées par la culture et l'expérience sociohistorique, ainsi que par les facteurs individuels (l'expérience personnelle).

Les valeurs culturelles sont transmises au niveau individuel à travers le niveau micro-individuel (les parents, les proches) et macro-individuel (les institutions sociales, les hôpitaux, les écoles). Les premières idées sur les origines de la valeur de santé et sa fonction dans la société ont été développées par Weber (1946) et Durkheim (1960). Selon eux, les normes sociales et les valeurs sont des modèles créés pendant le développement de la conscience sociale ; elles sont le résultat de l'expérience historico-culturelle. Elles servent à organiser le comportement des membres de la société au niveau individuel.

Le concept de valeur a été développé par Malinowski (1990). Ce dernier a conclu que les valeurs sont des constructions culturelles utilisées pour aider la personne à répondre à ses besoins. Ainsi, la valeur de santé est liée au besoin d'être en bonne santé.

3.1 Rôles des valeurs dans la construction de la nouvelle identité chez la personne malade

La maladie chronique est une maladie qui n'est pas curable et le patient atteint d'une maladie chronique dépend souvent d'une aide médicale. Il doit suivre plusieurs recommandations qui limitent ses activités (suivre un régime, mesurer sa tension, éviter le contact avec les allergènes, etc.). Ainsi, la maladie chronique change pour toujours les conditions de la vie des patients, leur vie professionnelle et familiale, leur statut social. La personne malade est souvent obligée de construire une nouvelle identité liée à ces changements (Parsons, 1951). Le facteur positif qui influe sur le processus de développement de la nouvelle identité de malade est lié à une fonction fondamentale de l'estime de soi (Rosenberg, 1979). Elle donne à la personnalité un sentiment de continuité, la certitude qu'au cours de la vie, les caractéristiques de base de la personnalité ne changent pas (y compris les valeurs). La maladie peut profondément changer l'image et l'estime de soi, ainsi que le sentiment de continuité de

la personnalité, car les conditions de vie modifiées par cette maladie peuvent entraver la satisfaction des motivations et des valeurs importantes pour la personne (par exemple, à cause de la maladie la personne qui valorise le succès, n'est plus capable de continuer son activité professionnelle). Les valeurs sont liées à l'estime de soi : l'estime de soi augmente quand la personne réussit à atteindre ces objectifs valorisés (Crocker & Wolfe, 2001). À son tour, l'estime de soi est à la base de l'identité, un système de représentations à l'aide duquel la personne se définit et se distingue des autres. La maladie chronique est considérée comme une menace pour soi, elle peut empêcher la satisfaction des besoins qui est essentielle pour la personne (comme parler, marcher), et, en même temps, les valeurs qui sont liées aux objectifs importants de la vie (le développement d'une carrière professionnelle, la vie familiale). Shapiro Angus et Davis (1997) font l'hypothèse que pour surmonter cette menace du soi, un « nouveau soi » va se développer. La valeur de santé joue son rôle dans le développement de cette nouvelle identité.

Dans sa recherche qualitative, Eugeni (2011) a décrit comment les patients atteints d'insuffisance rénale, qui sont obligés de changer leur mode de vie à cause de leur maladie (ils sont obligés de passer beaucoup de temps dans les hôpitaux), trouvent un sens dans leur maladie et leurs soins. Ces patients expliquent qu'avant leur diagnostic ils ont passé beaucoup du temps au travail pour leur carrière, alors qu'actuellement ils passent beaucoup de temps dans les hôpitaux pour prendre soin de leur santé (Eugeni, 2011). Ils expliquent que leur santé n'est pas moins importante que leur carrière.

3.2 Recherches sur les valeurs de santé dans le contexte socio-culturel

Les valeurs de santé sont étudiées non seulement dans le cadre de l'expérience personnelle, mais aussi dans le contexte socio-culturel. Le développement du système des valeurs n'est en effet pas uniquement lié à des facteurs personnels. Il évolue dans un contexte social et culturel. Les recherches sur les valeurs de santé en France et en Russie ont montré des différences entre ces deux cultures, différences que nous allons décrire dans les prochains paragraphes.

3.2.1 Recherches sur les valeurs de santé dans la culture russe

A l'époque soviétique, les recherches en sociologie et en anthropologie médicale étaient presque interdites. Ces sciences étaient considérées par l'état soviétique comme des "sciences bourgeoises". Les premières recherches majeures sur la valeur de santé furent menées dans les

années 1980 et se sont développées après la chute de l'URSS. Ces recherches ont été élaborées non seulement pour répondre à la nécessité du développement scientifique et théorique, mais aussi pour répondre à une demande sociale. Dans les années 1990, avec une crise majeure du système économique, 62% de la population russe a vécu sous la limite du seuil de la pauvreté (Kara-Murza, 1997). Les taux de mortalité ont alors augmenté davantage que ceux de natalité et de longévité. Dans ce contexte, la problématique de la santé et de sa valeur sont redevenues importantes.

Palosuo, Zhuravleva, Uutela, Lakomova & Shilova (1995) ont mené une recherche sur les données objectives de santé de la population russe. Ils ont montré que la perception de l'état de santé par les Russes est de meilleure qualité que leur état de santé objectif. Dans les années 1990, 50% des Russes qui ont estimé leur santé comme «bonne» avaient des maladies chroniques (Adametz, 1990).

Les conditions de vie difficiles pendant la «perestroïka» ont entrainé la manifestation de comportements à risque (consommation de l'alcool, tabagisme, utilisation de drogues, manque d'activité physique et mauvaise alimentation ; Manning & Tikhonova, 2009). Seuls 15% de la population russe pouvaient alors s'engager dans une activité physique régulière. Le tabagisme était considéré comme une stratégie de coping face au stress. Cette manifestation de comportements à risque liée aux conditions de vie a causé la détérioration de l'état de santé des Russes.

Les premières recherches sociologiques dans ce domaine ont étudié la perception de la santé et sa valeur parmi les Russes dans les années 1980-90. Elles ont montré que la valeur de santé n'était pas considérée comme une valeur importante pour le bien-être (Dmitrieva, 2001). Si la valeur de santé contredit la satisfaction des valeurs terminales (les valeurs importantes en soi, par exemple, le plaisir), le comportement sera guidé par la valeur du plaisir et non par la valeur de santé. Cela explique pourquoi, malgré le fait que la santé est déclarée valeur importante, elle n'est pas capable de diriger le comportement de santé. Ce comportement est guidé aussi par d'autres valeurs importantes pour les Russes.

La place particulière de la valeur de santé dans la culture russe peut être expliquée par les traditions liées à la santé en Russie. Historiquement, la valeur de santé n'était pas considérée comme une valeur en soi. A l'époque soviétique, la valeur de santé était liée à l'idéologie selon laquelle la vie de l'homme et sa santé appartiennent à l'Etat (comme dans les sociétés

religieuses, il est considéré que la vie de l'homme et sa santé appartiennent à Dieu). Ainsi, la valeur de santé en tant que la valeur personnelle était sous-estimée. Certains chercheurs mettent en relief que cette attitude de sous-estimation dans la culture russe est liée à l'absence de comportement d'autoprotection chez les Russes (Palosuo, Zhuravleva, Uutela, Lakomova & Shilova, 1995). Selon les recherches actuelles, la valeur de santé a commencé à être plus importante pour les Russes. Actuellement, elle est considérée comme l'une des trois-quatre valeurs les plus importantes pour obtenir le bonheur (parmi les valeurs de famille et le succès au travail ; Zhuravleva, 2006). Mais malgré cela, la valeur de santé reste une valeur instrumentale, importante non pour soi-même, mais parce qu'elle permet d'obtenir le succès et d'autres objectifs importants.

La littérature interculturelle a montré que la définition de la santé répandue en Russie correspond à la définition médicale : la santé est une absence de maladie et de problèmes de santé (Manning & Tikhonova, 2009). Malgré la diffusion de la définition de la santé comme un état de bien-être physique, social et mental (acceptée par l'OMS en 1945) la conception médicale de la santé reste la plus populaire parmi les Russes (Dmitrieva, 2001). 57,4% des Russes ont déclaré qu'ils allaient prendre soin de leur santé seulement si elle commençait à se détériorer (Dmitrieva, 2001).

Les Russes croient que les facteurs externes (la politique d'état, les conditions de vie, le système de santé publique) sont plus responsables de leur état de santé que les facteurs internes comme le mode de vie et le comportement de santé. D'autre part, la population russe ne fait pas confiance à ces facteurs externes. Par exemple, 62% de population rurale en Russie ne fait pas confiance aux hôpitaux publics et ne consulte pas le médecin même en cas de maladie (Dmitrieva, 2001).

Ainsi, la valeur de santé en tant que la valeur collective et non individuelle en Russie est liée à des croyances sur la responsabilité de facteurs externes sur la santé (et non à la responsabilité personnelle), à la définition de la santé comme une absence de maladie (et non comme l'état de bien-être), et enfin à la manifestation de comportements à risque.

3.2.2 Recherches sur les valeurs de santé dans la culture française

Malgré le fait que la France a beaucoup contribué au développement de l'anthropologie et de la sociologie, les recherches en sociologie et anthropologie médicale ont commencé à se développer seulement dans les années 1970-80 (Augé, 1986 ; Augé & Herzlich, 1984).

La majorité de la population française évalue son état de santé comme relativement satisfaisant. Les Français perçoivent la santé comme un état de bien-être, et non seulement comme l'absence de problèmes de santé et la longévité (Le Queau & Olm, 1998). De plus, la majorité de la population française (75%) accepte l'idée d'une responsabilité individuelle de la santé (le mode de vie, le comportement de santé) plus que l'importance des facteurs externes (l'écologie, le système de santé publique ; Orfali, 2001).

Malgré le fait que la valeur de santé soit l'une des valeurs les plus importantes pour les Français, les comportements à risque sont très fréquents parmi eux (Orfali, 2001). La consommation d'alcool, le tabagisme et le sexe non protégé sont spécialement répandus parmi les adolescents et les jeunes gens. Ce comportement a reçu plusieurs types d'explications, qui demeurent partielles. Par exemple, la consommation massive d'alcool («*binge drinking*») et le tabagisme en Russie sont souvent associés au statut socio-économique (l'alcool et le tabac sont utilisés comme des stratégies de coping parmi la population avec un statut socio-économique faible ; Dmitrieva, 2001) ; tandis qu'en France ces liens entre niveau socio-économique faible et comportement à risque n'ont pas toujours été retrouvés. Ainsi, la consommation d'alcool est liée au rôle spécifique du vin dans la culture française (la consommation de vin en France est liée non seulement au rôle du vin dans l'économie du pays, mais aux valeurs culturelles et à l'identité nationale dans ce pays ; Demossier, 2012).

Synthèse

En anthropologie, e construction personnelle mais aussi sociale et culturelle.

Les recherches sur l'aspect personnel de la la . La maladie chronique n'influe pas directement sur la perception de soi comme malade (Eugeni, 2011). Il est probable que les valeurs (qui donnent sens aux objectifs de la vie et aux activités) soient des médiateurs entre la maladie chronique et la perception de soi. La construction d'une nouvelle identité, avec le nouveau système de valeurs, médiatise l'influence d patient.

mis en évidence des différences entre ces deux cultures. Dans la culture russe, pas considérée comme une -

, importante car elle permet d'obtenir les autres buts désirés par la personne (le plaisir, le succès, l'acceptation sociale). La valeur influe sur les comportements prophylactiques seulement si ces comportements ne contreviennent pas aux buts désirés. Dans le cas d'une ,
d seront parfois adoptés. Les chercheurs
associée à la sous-estimation des valeurs intrinsèques de la personne pour les valeurs extrinsèques collectives (Dmitrieva, 2001).

Dans la culture française, est considérée comme l'une des plus importantes mais, ce fait
encés
, mais aussi par les autres valeurs importantes dans la culture française.

.

Troisième partie : Présentation des études empiriques

Chapitre 1 : Analyse des valeurs, des attitudes et du comportement de santé

Le premier chapitre de la troisième partie de notre travail est dédié à une recherche sur le rôle médiateur des attitudes cognitives et affectives, et le locus de contrôle de la santé dans les relations entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement de santé (à la fois le comportement de prévention et le comportement à risque) chez les adolescents atteints d'asthme.

1.1 Objectif de la recherche

L'objectif principal de la présente recherche est d'étudier les associations entre les valeurs et le comportement de santé chez les adolescents atteints d'asthme en France et en Russie. Les attitudes affectives (implicites et explicites), les attitudes cognitives et le locus de contrôle de santé sont les médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé.

1.2 Hypothèses de la recherche

1.2.1 Hypothèse générale

La valeur de santé et la valeur de la vie excitante sont associées avec le comportement de santé directement et à travers les attitudes et le locus de contrôle de santé, considéré comme médiateur.

1.2.2 Hypothèses opérationnelles

Dans son modèle de comportement de prévention, Kristiansen a montré que non seulement la valeur de santé influe sur le comportement, mais également la valeur de la vie excitante (Kristiansen, 1986). Dans la théorie des valeurs de Schwartz (1994) ces valeurs appartiennent à des types de valeurs opposées (l'ouverture aux changements et la sécurité). C'est dans ce cadre théorique que nous faisons notre première hypothèse :

(1) La valeur de santé est positivement associée au comportement de prévention et négativement associée au comportement à risque ; la valeur de la vie excitante est

positivement associée au comportement à risque et négativement associée au comportement de prévention.

Considérant que chez les malades atteints de maladies chroniques les préférences des valeurs changent (Fischer & Tarquinio, 2002), nous faisons l'hypothèse suivante :

(2) La valeur de santé est plus importante pour les adolescents atteints d'asthme que pour les adolescents en bonne santé.

En nous appuyant sur les données (Magun & Rudnev, 2012) indiquant que les valeurs dans les cultures collectivistes (comme en Russie) diffèrent des valeurs présentes dans les cultures individualistes (comme en France), nous faisons l'hypothèse suivante :

(3) La valeur de santé est plus importante pour les adolescents russes, tandis que la valeur de la vie excitante est plus importante pour les adolescents français.

Selon les théories des valeurs de Maio et Olson (1994), les valeurs influent sur le comportement non seulement directement, mais au travers des attitudes. Il a déjà été démontré que les attitudes cognitives peuvent fonctionner comme des médiateurs entre les valeurs et les comportements (Milfont, Duckitt & Wagner, 2010). Nous faisons l'hypothèse suivante :

(4) Les attitudes explicites (cognitives et affectives) et implicites vis-à-vis du comportement de prévention sont des médiateurs entre la valeur de santé et le comportement de santé ; les attitudes explicites (cognitives et affectives) et implicites vis-à-vis du comportement à risque sont des médiateurs entre la valeur de la vie excitante et le comportement de santé.

Selon la théorisation de Shelton Smith et Wallston (1992) et la recherche empirique d'Abella et Heslin (1984), la valeur de santé influe sur le comportement à travers le locus de contrôle de santé. Nous faisons l'hypothèse suivante :

(5) Le locus de contrôle de santé médiatise les relations non seulement entre la valeur de santé et le comportement de santé, mais aussi entre la valeur de la vie excitante et le comportement.

Les différences de genre ne sont pas au cœur de la recherche actuelle mais, car il y a des différences dans le comportement de santé entre les femmes et les hommes (les femmes s'engagent plus dans le comportement de prévention, tandis que les hommes s'engagent plus

dans le comportement à risque ; Deeks, Lombard, Michelmore & Teede, 2009 ; Pawlowski, Atwal & Dunbar, 2008), nous avons effectué une analyse comparative entre les filles et les garçons atteints d'asthme.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Les données sociodémographiques et médicales

Le questionnaire d'informations générales se compose des éléments concernant la date de naissance, le sexe, le pays de naissance, la langue maternelle et des informations médicales (l'état de santé, la présence de maladies chroniques ou d'autres problèmes de santé).

1.3.2 Valeur de santé / valeur de la vie excitante

Nous avons choisi l'échelle des valeurs de Rokeach car cette méthode classique a démontré sa capacité à mesurer non seulement l'importance personnelle de la valeur de santé, mais aussi ses relations avec les autres valeurs (Rokeach, 1973). L'échelle se compose de 18 valeurs terminales et la valeur de santé qui doivent être classées selon l'importance que le participant leur accorde personnellement, de la plus importante à la moins importante. Chaque valeur reçoit un classement de 1 à 19. Les indices de validité test-retest de l'échelle des valeurs terminales de Rokeach sont de bonne qualité : .62 (selon Braithwaite, 1985), .78 (après trois semaines), .69 (après 14-16 mois) selon Rokeach (Rokeach, 1973).

L'échelle des valeurs de Rokeach a été validée en Russie (Leontiev, 1992). L'adaptation française de ce questionnaire a été effectué sous la direction de Rokeach (Faase, 1982 ; Günther, 1975).

1.3.3 Locus de contrôle de la santé

Le locus de contrôle multidimensionnel de santé est utilisé pour investiguer les croyances par rapport à la régulation de la santé (*Multidimentional Health Locus of Control*, MHLC-Forme A, Wallston, 2005). Ce questionnaire se compose de 18 items mesurant le locus de contrôle perçu de santé. Il comprend trois échelles de régulation de la santé : le locus de contrôle interne, le locus de contrôle externe « les autres » et le locus de contrôle externe « la chance ». Chaque item est évalué au moyen d'une échelle de type Likert à 6 points (de 1 - « tout à fait d'accord », à 6 - « tout à fait en désaccord »).

Le locus de contrôle multidimensionnel est largement utilisé par les chercheurs étudiant le locus de contrôle de la santé. Cette méthode a montré une bonne fiabilité (α = .70 ; coefficient de stabilité test-retest = .70) et une validité concourante et discriminante (Wallston, 2005). Ce questionnaire a été validé en France (Moreau & Fortin, 1982). La version russe de ce questionnaire a été utilisée dans les travaux de Byrmikina (2000). Dans la présente recherche, les sous-échelles de ce questionnaire présentent les scores de fiabilité suivants : le locus de contrôle interne (.41 = α = .84), le locus de contrôle externe (les autres ; .51= α = .85), le locus de contrôle externe (la chance ; .31 = α = .79). Les sous-échelles de locus de contrôle présentant un coefficient alpha de Cronbach < .50 ont été exclues de l'analyse.

1.3.4 Comportement de santé

Le questionnaire de comportements lié à la santé (*Health Behaviors Questionnaire*) a été élaboré par Dayan pour mesurer le comportement de santé (Dayan, 1993). Il se compose de 15 items évalués sur une échelle à 6 points. Ce questionnaire mesure plusieurs types de comportement de prévention et de comportement à risque. Dans la présente recherche, l'échelle de comportement de prévention a montré de bons indices de fiabilité (.77 = α = .87), tout comme l'échelle de comportement à risque (.90 = α = .82).

Le questionnaire a été traduit en français et en russe en utilisant la méthode de la rétro-traduction (*back translation*).

1.3.5 Attitudes cognitives et affectives (explicites)

Les attitudes cognitives et affectives, explicites, ont été mesurées selon les recommandations d'Ajzen et Fishbein (1980). Le questionnaire des attitudes vis-à-vis de la santé (*Health Attitudes Questionnaire*) se compose de 12 items dédiés au comportement de santé (le comportement prophylactique et le comportement à risque) : bien dormir, manger dans un fast-food, se droguer, fumer, pratiquer régulièrement une activité physique, manger sainement, être à son poids de forme, consommer de l'alcool, s'éloigner des prescriptions de son médecin, aller régulièrement voir le médecin, parler de sa santé avec un membre de sa famille, parler de sa santé avec un(e) ami(e). Ces types de comportement représentent les types majeurs de comportement nuisibles et bénéfiques pour la santé, selon les recherches de Matarazzo (1984) et Belloc et Berslow (1972).

Chacun de ces items est évalué sur l'échelle des adjectifs bipolaires d'Osgood (Snider & Osgood, 1969). Deux sous-échelles sont liées à l'attitude cognitive : utile/inutile, bénéfique/dangereux. Deux sous-échelles sont associées à l'attitude émotionnelle : agréable/désagréable, intéressant/inintéressant. L'indice de l'attitude est déterminé à partir de la moyenne de ces items.

La validité discriminante et convergente du différentiel sémantique dans la mesure des attitudes (les attitudes non seulement vis-à-vis des objets et des facteurs de santé, mais également vis-à-vis du comportement) a été vérifiée dans les travaux de Trafimow et Sheeran (1998), Crites, Fabrigar et Petty (1994) et Kiviniemi, Voss-Humke et Seifert (2007). Les quatre sous-échelles de ce questionnaire des attitudes ont démontré de bons indices de fiabilité : les attitudes affectives vis-à-vis du comportement à risque (.89 = α = .93), les attitudes affectives vis-à-vis du comportement de prévention (.86 = α = .91), les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement à risque (.81 = α = .90), les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement de prévention (.84 = α = .93).

1.3.6 Attitudes implicites

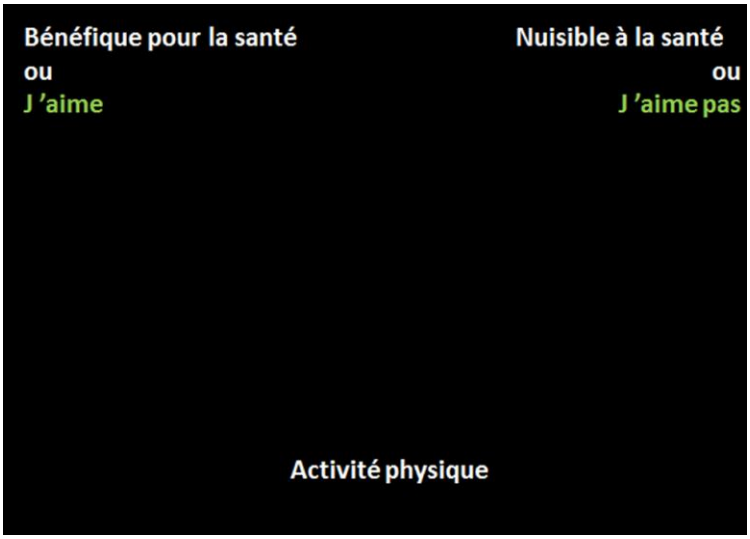
Le Test d'Associations Implicites (IAT – Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) a été choisi pour mesurer les attitudes émotionnelles implicites vis-à-vis du comportement de santé. Le Test d'Associations Implicites est l'une des méthodes les mieux validées dans la recherche des attitudes implicites. Les indices de validité, de fiabilité et de sensibilité de l'IAT ont été vérifiés dans les travaux suivants : Palfai et Ostafin (2003), Sherman, Chassin, Presson, Seo, & Macy (2009), Wiers, van Woerden, Smulders et de Jong (2002).

La version du Test d'Associations Implicites utilisé dans la présente recherche a été construite spécifiquement pour mesurer l'attitude vis-à-vis du comportement de santé. Ainsi, sept items associés au comportement à risque ont été sélectionnés : cigarette, alcool, manger au fast-food, cacher sa maladie, éviter le médecin, ne pas prendre les médicaments, cannabis. Sept items associés au comportement bénéfique pour la santé ont été choisis : bien dormir, avoir un poids idéal, pratiquer une activité physique, prendre les médicaments, manger sainement, parler de sa maladie, voir le médecin. Sept mots ont été utilisés comme noms positifs (joie, amour, paix, merveilleux, plaisir, magnifique, rires), et sept autres mots comme noms négatifs (douleur, horrible, méchant, mal, affreux, échec, blessure). Ce test a été proposé sur ordinateur ; en haut de l'écran, à droite et à gauche, les noms des catégories de

mots étaient présentés (« bénéfique pour la santé », « nuisible à la santé », « j'aime », « je n'aime pas »). Les items des quatre catégories étaient présentés au centre de l'écran, en blanc sur fond noir pour les adjectifs positifs, en vert pour les adjectifs négatifs (pour faciliter la procédure de test, selon les recommandations des auteurs du test des associations implicites). A chaque fois, le sujet devait cliquer sur les boutons « E » ou « I » du clavier pour catégoriser les mots qui apparaissaient au centre de l'écran. Pour faciliter la catégorisation, les expressions qui caractérisent les comportements sont de couleur blanche, et les noms positifs et négatifs sont de couleur verte.

Le Test d'Associations Implicites se compose de plusieurs épreuves. Les premières épreuves sont les épreuves de test et sont faites pour s'assurer que le participant a bien compris les instructions. Après ce test, il reste 4 épreuves. Pendant les deux premières épreuves, les noms et les expressions qui caractérisent les comportements apparaissent à l'écran ensemble (Figure 5). Le participant doit classer les noms et les comportements en même temps, selon les 4 catégories qui apparaissent en haut de l'écran. Pendant le troisième essai, les catégories sont : Nuisible à la santé + Je n'aime pas et Bénéfique pour la santé + J'aime. Il y a 20 essais dans chaque épreuve.

Figure 5. Exemple d'une épreuve du Test d'Associations Implicite (IAT).



Pendant les deux dernières épreuves, les noms et les expressions qui caractérisent les comportements apparaissent à l'écran ensemble. Ces catégories sont inversées : Nuisible à la santé + Bon et Bénéfique pour la santé + Mauvais.

Pour analyser les résultats de l'IAT, nous avons utilisé l'algorithme proposé par Greenwald, Nosek et Banaji (2003), le D-score algorithme. Le D-score positif, au-dessus de zéro, indique la préférence du comportement de prévention par rapport au comportement à risque. Le D-score négatif, au-dessous de zéro, signifie la préférence du comportement à risque par rapport au comportement de prévention.

1.3.7 Aspects éthiques

Les consentements libres et éclairés ont été recueillis chez les adolescents. Les consentements des parents ont aussi été recueillis pour les mineurs. Pour respecter l'anonymat et la confidentialité de l'information, chaque formulaire de recherche avec les questionnaires et les entretiens étaient codé par chiffrement : au lieu du nom de participant, un chiffre est attribué à chaque dossier (y compris les formulaires de consentement).

En France, ce projet a reçu un avis favorable du Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES), du Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm (CEEI / IRB) et de la CNIL. En Russie, ce projet a reçu un avis favorable du département de psychologie de l'Université de Moscou et des administrations des hôpitaux où le recrutement des adolescents a été effectué.

1.3.8 Procédure de recrutement des participants

Cinquante adolescents russes âgés de 14 à16 ans ($M_{âge}$ = 14.84, *SD* = 0.73; 28 garçons) et cinquante adolescents français de même âge ($M_{âge}$ = 14.58, *SD* = 0.72; 30 garçons) atteints d'asthme ont participé à la recherche. Les adolescents ont déclaré qu'ils sont atteints d'asthme modéré (67%) et d'asthme sévère (33%). Tous les adolescents utilisent les médicaments pour lutter contre l'asthme.

Un groupe contrôle composé d'adolescents russes en bonne santé ($M_{âge}$ = 14.64; *SD* = 0.68; 30 garçons) et d'adolescents français ($M_{âge}$ = 14.46, *SD* = 0.67 ; 15 garçons) a été inclus dans la recherche.

L'analyse de la puissance a montré que les corrélations $r = 0.38$ peuvent être détectées avec la puissance 0.8 dans un échantillon de 50 personnes. Les différences dans les 2 groupes d'adolescents peuvent être détectées avec la puissance 0.8 et une taille d'effet = 0.5. Le recrutement a donc été suspendu quand cinquante participants ont été recrutés dans chaque groupe d'adolescents.

En France, le recrutement des adolescents atteints d'asthme a été organisé dans les hôpitaux parisiens pour enfants et adolescents (les hôpitaux Armand-Trousseau, Necker et Robert-Debré). Des lettres d'information et formulaires de consentement (pour les adolescents et pour leurs parents) ont ensuite été présentés aux adolescents et aux parents qui venaient pour les consultations médicales. Après signature des formulaires, ceux-ci ont reçu une enveloppe avec des questionnaires qu'ils pouvaient remplir. Ils devaient aussi passer un Test d'Associations Implicites sur ordinateur à l'hôpital. Huit adolescents ont refusé de participer à la recherche, neuf adolescents n'ont pas rempli les questionnaires et ont été exclus de la recherche. En Russie, le recrutement des adolescents atteints d'asthme a été organisé au Centre Scientifique de Santé des enfants et à l'hôpital № 86 pour enfants de Moscou. Le médecin du centre de l'asthme et des allergies a expliqué aux adolescents qui venaient aux consultations qu'ils pouvaient participer à une recherche psychologique. Le recrutement s'est ensuite déroulé comme dans les hôpitaux parisiens. Six adolescents ont refusé à participer à la recherche.

Le recrutement des adolescents français en bonne santé a été organisé au collège-lycée Michelet de Vanves. Les questionnaires (avec lettres de consentement pour les adolescents et leurs parents) ont été distribués aux élèves. Les adolescents qui ont rempli les questionnaires ont passé le Test des Associations Implicites dans une salle d'informatique au lycée. Le recrutement des adolescents russes en bonne santé a été mis en place dans une colonie de vacances organisée par l'Université de Moscou pour les enfants et les adolescents dans une banlieue moscovite. Les questionnaires (avec lettres de consentement) ont été distribués aux adolescents. Le recrutement s'est ensuite déroulé comme au lycée Michelet.

Le tableau 1 illustre les critères d'inclusion et de non-inclusion.

Tableau 1
Critères de non-inclusion et d'inclusion

	Adolescents en bonne santé	Adolescents atteints d'asthme
Critères de non-inclusion	• Personnes souffrant de maladies chroniques ou d'autres problèmes de santé. • Personnes présentant des troubles psychiatriques majeurs.	• Personnes souffrant d'autres maladies chroniques que l'asthme bronchique. • Personnes présentant des troubles psychiatriques majeurs.
Critères d'inclusion	• Personnes ne souffrant pas de maladies chroniques. • Personnes habitant en France et maîtrisant la langue française (pour le recrutement en France) ; habitant en Russie et maîtrisant la langue russe (pour le recrutement en Russie).	• Personnes souffrant d'asthme bronchique. • Personnes habitant en France et maîtrisant la langue française (pour le recrutement en France) ; habitant en Russie et maîtrisant la langue russe (pour le recrutement en Russie).

1.3.9 Analyse statistique

Pour tester les différences dans les variables chez les adolescents russes et français atteints d'asthme, l'analyse MANOVA (sexe *vs* nationalité) a été effectuée. Pour analyser les différences dans les variables chez les adolescents atteints d'asthme et en bonne santé, l'analyse de MANOVA (sexe *vs* état de santé) a été effectuée d'abord chez les adolescents français, puis chez les adolescents russes. L'analyse de corrélation a été effectuée pour étudier les relations entre les variables chez les adolescents. L'analyse de la régression a été effectuée pour vérifier le rôle des valeurs, des attitudes et du locus de contrôle de santé dans le comportement de prévention et à risque. Finalement, l'analyse de la médiation a été effectuée pour tester les hypothèses sur le rôle médiateur des attitudes et du locus de contrôle de la santé. La méthode de bootstrapping a été utilisée pour vérifier la significativité des effets indirects des valeurs sur le comportement à travers les médiateurs. L'effet indirect est considéré significatif quand le zéro n'est pas inclut dans un intervalle de confiance. Cette méthode d'analyse de médiation est justifiée quant à ses avantages par rapport au modèle de médiation de Baron et Kenny et le test de Sobel (Hayes, 2009).

L'analyse statistique a été effectuée avec le programme SPSS 22.0. L'analyse de la médiation avec le programme INDIRECT (Preacher & Hayes, 2008).

1.4 Résultats

1.4.1 Statistique descriptive

Le tableau 2 illustre les moyennes et les écarts types des valeurs, des attitudes et des comportements de santé chez les adolescents russes (atteints d'asthme et en bonne santé). Le tableau 3 présente les moyennes et les écarts types de ces variables chez les adolescents français.

1.4.2 L'analyse MANOVA

L'analyse MANOVA (sexe *vs* état de santé) a montré des différences entre les valeurs, les attitudes et les comportements de santé chez les adolescents russes en bonne santé et atteints d'asthme.

Tableau 2
Moyennes et écarts types des valeurs, attitudes et des comportements de santé chez les adolescents russes

	Adolescents atteints d'asthme (n = 50)			Adolescents en bonne santé (n = 50)		
	Filles (22)	Garçons (28)	Total (50)	Filles (20)	Garçons (30)	Total (50)
Valeur de santé	13.59(5.31)	12.75(5.70)	13.12(5.49)	10.05(5.52)	11.33(6.22)	10.82(5.93)
Valeur de la vie excitante	12.04(5.23)	13.82(5.08)	13.04(5.17)	11.00(5.06)	10.90(4.89)	10.94(4.90)
AA (prévention)	4.20(1.07)	4.19(0.94)	4.19(0.99)	3.99(1.17)	3.76(1.19)	3.85(1.17)
AC (prévention)	4.96(1.24)	5.30(1.14)	5.15(1.19)	5.32(0.86)	4.92(1.38)	5.03(1.21)
AA (risque)	2.61(1.15)	2.82(1.30)	2.73(1.23)	3.54(1.71)	2.76(1.34)	3.07(1.53)
AC (risque)	1.94(0.73)	1.79(0.71)	1.86(0.71)	2.18(1.50)	1.82(0.97)	1.96(1.21)
AI	.8876(.67)	.8324(.48)	.8566(.57)	.8483(.45)	.7131(.34)	.7672(.39)
Locus interne	20.36(5.29)	20.32(5.16)	20.34(5.17)	19.60(4.82)	20.23(3.99)	19.98(4.31)
Locus externe (les autres)	20.14(5.60)	18.86(5.76)	19.42(5.67)	18.60(5.58)	17.90(5.46)	18.18(5.46)
Locus externe (la chance)	17.91(4.92)	16.82(3.31)	17.30(4.09)	18.00(5.16)	15.13(6.00)	16.28(5.80)
Comportement prévention	45.45(5.71)	45.21(6.74)	45.32(6.25)	43.05(8.16)	40.60(10.35)	41.58(9.52)
Comportement à risque	15.23(6.89)	16.89(7.55)	16.16(7.25)	18.20(9.32)	17.63(8.49)	17.86(8.74)

Note. AA = attitudes affectives ; AC = attitudes cognitives ; AI = attitudes implicites ; les écarts types sont entre parenthèses

Tableau 3
Moyennes et écarts types des valeurs, attitudes et des comportements de santé chez les adolescents français

	Adolescents atteints d'asthme (n=50)			Adolescents en bonne santé (n=50)		
	Filles (20)	Garçons (30)	Total (50)	Filles (35)	Garçons (15)	Total (50)
Valeur de santé	14.15(5.03)	12.27(5.19)	13.02(5.16)	14.88(3.71)	15.53(1.73)	15.08(3.24)
Valeur de la vie excitante	10.75(5.37)	10.37(5.44)	10.52(5.36)	9.60(4.73)	12.27(4.92)	10.40(4.89)
AA (prévention)	5.06(1.14)	5.47(0.68)	5.31(0.91)	5.12(0.90)	5.28(0.79)	5.17(0.86)
AC (prévention)	6.27(0.74)	6.40(0.64)	6.35(0.68)	6.12(0.81)	6.41(0.36)	6.21(0.71)
AA (risque)	3.42(1.65)	2.69(1.08)	2.99(1.37)	2.31(0.87)	3.50(1.06)	2.67(1.07)
AC (risque)	2.10(0.90)	1.83(0.62)	1.94(0.75)	1.72(0.44)	2.25(0.79)	1.88(0.61)
AI	.9976(.53)	1.0036(.56)	1.0012(.54)	.7861(.45)	.6820(.36)	.7549(.43)
Locus interne	17.75(1.52)	18.07(2.50)	17.94(2.15)	16.40(2.41)	17.40(2.87)	16.70(2.57)
Locus externe (les autres)	15.10(3.90)	16.83(3.05)	16.14(3.49)	15.43(2.57)	16.27(2.52)	15.68(2.56)
Locus externe (la chance)	14.35(3.76)	13.80(3.79)	14.02(3.75)	12.74(2.60)	12.20(1.69)	12.58(2.36)
Comportement prévention	49.35(8.78)	49.57(8.19)	49.48(8.35)	51.20(6.95)	49.07(7.51)	50.56(7.11)
Comportement à risque	18.85(9.44)	14.57(4.59)	16.28(7.18)	13.17(3.77)	16.13(6.57)	14.06(4.90)

Note. AA = attitudes affectives ; AC = attitudes cognitives ; AI = attitudes implicites ; les écarts types sont entre parenthèses

L'état de santé a un effet significatif sur la valeur de santé ($F(12,85) = 4.52$, $p = .036$, $\eta^2 = .045$). Ainsi, les adolescents atteints d'asthme évaluent cette valeur comme plus importante par rapport aux adolescents en bonne santé. L'état de santé a aussi un effet significatif sur le comportement de prévention ($F(12,85) = 4.57$, $p = .035$, $\eta^2 = .045$). Les adolescents atteints d'asthme s'engagent davantage dans un comportement de prévention par rapport aux adolescents en bonne santé.

L'analyse MANOVA (sexe *vs* état de santé) a également mis en évidence des différences entre les adolescents français atteints d'asthme et ceux en bonne santé. L'état de santé a ainsi un effet significatif sur les attitudes implicites ($F(12,85) = 6.57$, $p = .012$, $\eta^2 = .064$). Les adolescents atteints d'asthme ont des attitudes implicites plus positives vis-à-vis de comportement de prévention que les adolescents en bonne santé. L'état de santé a un effet significatif sur le locus de contrôle de santé interne ($F(12,85) = 4.05$, $p = .047$, $\eta^2 = .04$) et le locus de contrôle externe (la chance, $F(12,85) = 5.78$, $p = .018$, $\eta^2 = .057$). Les adolescents français ont un locus de contrôle de santé interne et externe (la chance) plus élevé que les adolescents en bonne santé.

Le sexe a un effet significatif sur le locus de contrôle de santé externe (les autres, $F(12,85) = 4.07$, $p = .046$, $\eta^2 = .041$). Les garçons ont en effet un locus de contrôle de santé externe (les autres) plus élevé que les filles. Le sexe et l'état de santé ont un effet significatif sur les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis du comportement à risque ($F(12,85) = 15.60$, $p < .001$, $\eta^2 = .140$; $F(12,85) = 8.34$, $p = .005$, $\eta^2 = .080$). Les filles atteintes d'asthme et les garçons en bonne santé ont des attitudes affectives et cognitives plus positives vis-à-vis du comportement à risque, par rapport aux filles en bonne santé et les garçons atteints d'asthme. Le sexe et l'état de santé ont aussi un effet significatif sur le comportement à risque ($F(12,85) = 8.31$, $p = .005$, $\eta^2 = .080$). Les filles atteintes d'asthme et les garçons en bonne santé s'engagent davantage dans un comportement à risque par rapport aux garçons atteints d'asthme et les filles en bonne santé.

Enfin, l'analyse MANOVA (nationalité *vs* sexe) a montré des différences significatives entre les adolescents russes et français atteints d'asthme. La nationalité a un effet significatif sur les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis des comportements de prévention ($F(12,85) = 30.83$, $p < .001$, $\eta^2 = .243$; $F(12,85) = 37.52$, $p < .001$, $\eta^2 = .281$). Les adolescents français ont des attitudes affectives et cognitives vis-à-vis du comportement de prévention plus positives que les adolescents russes. La nationalité a également un effet significatif sur les attitudes implicites ($F(12,85) = 37.52$, $p < .001$, $\eta^2 = .281$). Ainsi, les adolescents français ont des attitudes implicites plus positives vis-à-vis du comportement de prévention, par rapport aux adolescents russes.

La nationalité a un effet significatif sur le locus de contrôle de santé interne ($F(12,85) = 37.52$, $p < .001$, $\eta^2 = .281$) et externe (la chance, $F(12,85) = 16.97$, $p < .001$, $\eta^2 = .150$; les autres, $F(12,85) = 13.76$, $p < .001$, $\eta^2 = .125$). Les adolescents russes ont un locus de contrôle de santé interne et externe (la chance, les autres) plus élevé que les adolescents français. La nationalité a un effet significatif sur le comportement de prévention ($F(12,85) = 7.45$, $p = .008$, $\eta^2 = .072$). Les adolescents français s'engagent davantage dans un comportement de prévention que les adolescents russes.

Le sexe et la nationalité ont un effet significatif sur le comportement à risque ($F(12,85) = 4.26$, $p = .042$, $\eta^2 = .043$). Les filles françaises et les garçons russes s'engagent davantage dans un comportement à risque que garçons français et les filles russes.

1.4.3 Analyse de corrélation

Le tableau 4 illustre les corrélations entre les valeurs, les attitudes, le locus de contrôle de santé et les comportements de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme.

Le comportement de prévention est corrélé avec les attitudes cognitives vis-à-vis des comportements à risque et des comportements de prévention (r = -.48, r = .38, p < .01), les attitudes affectives vis-à-vis des comportements préventifs (r = .35, p < .05) et les attitudes implicites (r = .40, p < .01). Le comportement à risque est corrélé avec la valeur de santé (r = -.46, p < .01) et la valeur de la vie excitante (r = .39, p < .01), les attitudes affectives vis-à-vis des comportements à risque (r = .75, p < .01), les attitudes cognitives vis-à-vis des comportements à risque (r = .35, p < .05) et les attitudes affectives vis-à-vis des comportements de prévention (r = -.37, p < .01).

Le tableau 5 présente les corrélations entre les valeurs, les attitudes, le locus de contrôle de santé et les comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme. On peut constater que le comportement de prévention est corrélé avec la valeur de la vie excitante (r = .28, p < .05), les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis des comportements à risque (r = -.45, p < .01; r = -.42, p < .1), les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis des comportements de prévention (r = .64, p < .01; r = .75, p < .01), le locus de contrôle interne (r = .28, p < .05) et le locus de contrôle externe (r = -.33, p < .05).

Le comportement à risque est corrélé avec les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis des comportements à risque (r = .64, p < .01; r = .65, p < .01), les attitudes cognitives vis-à-vis des comportements de prévention (r = -.37, p < .01) et le locus de contrôle externe (r = -.30, p < .05).

Tableau 4
Corrélations entre les valeurs, les attitudes, et les comportements de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Valeur de santé	-											
2.Valeur de la vie excitante	-.26	-										
3.AA (risque)	-.34*	.32*	-									
4.AC (risque)	-.27	.27	.67**	-								
5.AA (prévention)	-.01	.16	-.13	-.06	-							
6.AC (prévention)	-.07	.13	.11	-.11	.73**	-						
7.AI	-.06	.00	-.07	.04	.43**	.29*	-					
8.Locus interne	.02	-.17	.02	-.02	.00	-.01	.03	-				
9.Locus externe (les autres)	.09	-.15	-.02	-.11	.23	.24	.12	.51**	-			
10.Locus externe (la chance)	-.32*	.03	.25	.23	.18	.19	.14	-.02	-.02	-		
11.Comportementprévention	-.17	-.08	-.20	-.48**	.35*	.38**	.40**	.14	.25	.19	-	
12.Comportement à risque	-.46**	.39**	.75**	.35*	-.37**	-.13	-.19	-.14	-.15	.19	-.14	-

Note. AA = attitudes affectives; AC = attitudes cognitives; AI = attitudes implicites*; n = 50, p* < .05, p** <.01*

Tableau 5
Corrélations entre les valeurs, les attitudes, et les comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1.Valeur de santé	-											
2.Valeur de la vie excitante	-.18	-										
3.AA (risque)	.04	.02	-									
4.AC (risque)	-.13	.08	.82**	-								
5.AA (prévention)	.13	.16	-.35*	-.31*	-							
6.AC (prévention)	.13	.28*	-.38**	-.39**	.66**	-						
7.AI	.08	-.05	.17	-.10	-.25	-.10	-					
8.Locus interne	.12	-.16	-.17	-.27	.22	.17	.09	-				
9.Locus externe (les autres)	.01	-.04	-.41**	-.26	.19	.24	-.23	-.07	-			
10.Locus externe (la chance)	-.07	-.27	.27	.46**	-.38**	-.50**	-.24	-.03	-.10	-		
11.Comportement prévention	.14	.28*	-.45**	-.42**	.64**	.75**	-.08	.28*	.08	-.33*	-	
12.Comportement à risque	.22	.00	.64**	.65**	-.24	-.37**	.08	-.18	-.30*	.22	-.29*	-

Note. AA = attitudes affectives; AC = attitudes cognitives; AI = attitudes implicites*; n = 50, p* < .05, p** <.01*

1.4.4 Analyse de régression

Chez les adolescents russes atteints d'asthme, le modèle de régression a significativement expliqué le comportement à risque ($F(10,49) = 15.69$, $p < .001.$, $R^2 = .80$) et le comportement de prévention ($F(10,49) = 5.52$, $p < .001$, $R^2 = .59$). La valeur de santé et la valeur de la vie excitante, les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis des comportements à risque ont été significativement associées au comportement à risque (Tableau 6). La valeur de santé, les attitudes cognitives vis-à-vis des comportements à risque et les attitudes implicites ont été significativement associées aux comportements de prévention.

Chez les adolescents français atteints d'asthme, le modèle a significativement expliqué le comportement à risque ($F(10,49) = 5.34$, $p < .001$, $R^2 = .58$) et le comportement de prévention ($F(10,49) = 9.00$, $p < .001$, $R^2 = .80$; $R^2 = .62$). La valeur de santé et les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement à risque ont été significativement associées au comportement à risque (Tableau 7). Les attitudes cognitives vis-à-vis des comportements de prévention ont significativement été associées aux comportements de prévention.

Tableau 6
Modèle de régression des comportements de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme (n = 50)

	Comportement à risque					Comportement de prévention				
	B	*SE*	*β*	*T*	*p*	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*
Valeur de santé	-.296	.106	-.224	-2.777	.008	-.270	.132	-.238	-2.041	.048
Valeur de la vie excitante	.285	.115	.203	2.481	.018	-.018	.143	-.015	-.126	.901
AA (prévention)	-1.737	.917	-.238	-1.895	.066	.690	1.140	.110	.605	.549
AC (prévention)	-.920	.738	-.151	-1.246	.220	.230	.919	.044	.250	.804
AA (risque)	4.798	.694	.813	6.916	.000	.849	.863	.167	.983	.332
AC (risque)	-3.498	1.087	-.345	-3.219	.003	-5.934	1.352	-.679	-4.390	.000
AI	.019	1.028	.001	.018	.986	3.649	1.278	.330	2.854	.007
Locus interne	-.204	.119	-.146	-1.716	.094	.097	.148	.080	.653	.517
Locus externe (les autres)	.063	.113	.050	.559	.579	.093	.141	.084	.656	.516
Locus externe (la chance)	.097	.141	.055	.688	.496	.235	.176	.154	1.339	.188

Note. AA = attitudes affectives; AC = attitudes cognitives; AI = attitudes implicites*; n = 50*

Tableau 7
Modèle de régression des comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme (n = 50)

	Comportement à risque					Comportement de prévention				
	B	*SE*	*β*	*t*	*p*	*B*	*SE*	*β*	*t*	*p*
Valeur de santé	.441	.157	.317	2.812	.008	.100	.154	.062	.646	.522
Valeur de la vie excitante	.023	.160	.017	.146	.885	.254	.157	.163	1.614	.115
AA (prévention)	.462	1.169	.059	.395	.695	2.231	1.150	.244	1.941	.060
AC (prévention)	-2.577	1.648	-.245	-1.564	.126	6.698	1.621	.547	4.132	.000
AA (risque)	.181	1.175	.034	.154	.878	-1.504	1.155	-.246	-1.302	.201
AC (risque)	6.007	2.226	.629	2.699	.010	-.219	2.189	-.020	-.100	.921
AI	.596	1.670	.045	.357	.723	1.113	1.643	.072	.677	.502
Locus interne	-.104	.385	-.031	-.269	.789	.378	.379	.097	.997	.325
Locus externe (les autres)	-.184	.245	-.089	-.752	.457	-.360	.241	-.151	-1.495	.143
Locus externe (la chance)	-.302	.281	-.158	-1.078	.288	.370	.276	.166	1.341	.188

Note. AA = attitudes affectives; AC = attitudes cognitives; AI = attitudes implicites*; n = 50*

1.4.5 Analyse de médiation

Nous avons testé le rôle des stratégies, des attitudes et du locus de contrôle de la santé en tant que médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé. Le tableau 8 illustre les effets indirects et directs des valeurs sur le comportement de prévention et le comportement à risque à travers les facteurs-médiateurs. L'effet est significatif quand le zéro n'est pas inclut dans l'intervalle de confiance.

Chez les adolescents russes atteints d'asthme, les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement à risque sont le médiateur entre la valeur de santé et le comportement à risque (coefficients de régression : b = -.03, $t(47)$ = -1.94, p = .050 (a-path) et b = .2.48, $t(47)$ = 1.89, p = .051 (b-path)) et le comportement de prévention (coefficients de régression : b = -.03, $t(47)$ = -1.94, p = .051 (a-path) et b = -4.99, $t(47)$ = -4.61, p < .001 (b-path) ; Figure 6).

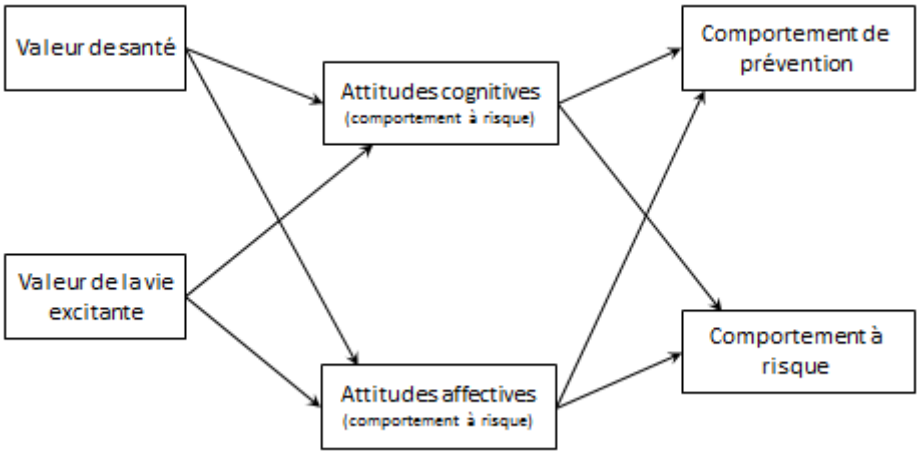
Les résultats indiquent également que les attitudes affectives sont les médiateurs entre la valeur de santé et les comportements de santé. Les attitudes affectives vis-à-vis du comportement à risque ont médiatisé les relations entre la valeur de santé et le comportement à risque (coefficients de régression : b = -.08, $t(47)$ = -2.53, p = .015 (a-path) et b = 3.93, $t(47)$ = 6.87, p < .001 (b-path) ; Figure 6).

Tableau 8
Les effets directs et indirects sur le comportement de prévention et le comportement à risque chez les adolescents français et russes atteints d'asthme

	Français			Russes		
	Effet	SE	95% CI	Effet	SE	95% CI
Valeur de Santé						
VS→Comportement de Prévention						
VS→ AA (prévention)→ CP	.133	.123	[-.14, .36]	-.005	.059	[-.16, .09]
VS→AC (prévention)→CP	.164	.201	[-.17, .61]	-.029	.062	[-.19, .06]
VS→AA (risque)→CP	-.027	.112	[-.31, 15]	.116	.091	[.00, .38]
VS→AC (risque)→CP	.088	.121	[-.12, 37]	**.175**	**.096**	**[.02, .41]**
VS→AI→CP	-.013	.043	[-.17, .03]	-.029	.072	[-.21, .06]
VS→Locus interne→CP	.051	.067	[-.04, .23]	.004	.029	[-.04, .09]
VS→Locus externe (les autres)→CP	.001	.053	[-.07, .13]	.029	.048	[-.04, .16]
VS→Locus externe (la chance)→CP	.037	.079	[-.09, .23]	-.054	.062	[-.24, .02]
VS→Comportement à Risque						
VS→ AA (prévention)→ CR	-.049	.067	[-.28, .02]	.007	.067	[-.11, .16]
VS→AC (prévention)→CR	-.077	.089	[-.31, .04]	.015	.037	[-.03, .13]
VS→AA (risque)→CR	.032	.127	[-.15, .36]	**-.301**	**.147**	**[-.59, -.01]**
VS→AC (risqué)→CR	-.126	.162	[-.39, .22]	**-.087**	**.068**	**[-.29, -.01]**
VS→AI→CR	.007	.040	[-.04, .16]	.018	.045	[-.04, .15]
VS→Locus interne→CR	-.034	.047	[-.16, .04]	-.004	.031	[-.08, .04]
VS→Locus externe (les autres)→CR	-.005	.080	[-.16, .14]	-.014	.030	[-.12, .02]
VS→Locus externe (la chance)→CR	-.023	.056	[-.19, .04]	-.018	.068	[-.23, .06]
Valeur de la Vie Excitante						
VVE→Comportement de Prévention						
VVE→ AA (prévention)→ CP	.156	.123	[-.07, 41]	.072	.061	[-.02, .24]
VVE→AC (prévention)→CP	**.323**	**.164**	**[.04, .69]**	.062	.078	[-.05, .27]
VVE→AA (risque)→CP	-.016	.107	[-.24, .19]	-.077	.060	[-.24, .01]
VVE→AC (risque)→CP	-.056	.100	[-.22, .17]	**-.161**	**.094**	**[-.41, -.03]**
VVE→AI→CP	.006	.036	[-.03, .14]	.001	.066	[-.16, .12]
VVE→Locus interne→CP	-.084	.079	[-.28, .05]	-.023	.036	[-.14, .02]
VVE→Locus externe (les autres)→CP	-.006	.038	[-.12, .03]	-.043	.052	[-.19, .03]
VVE→Locus externe (la chance)→CP	.114	.087	[-.00, .35]	.006	.049	[-.08, .13]
VVE→Comportement à Risque						
VVE→ AA (prévention)→ CR	-.054	.068	[-.29, .02]	-.101	.079	[-.28, .05]
VVE→AC (prévention)→CR	-.153	.118	[-.51, .01]	-.033	.049	[-.22, .02]
VVE→AA (risque)→CR	.019	.129	[-.24, .28]	**.311**	**.135**	**[.06, .59]**
VVE→AC (risque)→CR	.069	.136	[-.20, .35]	**.100**	**.074**	**[.01, .32]**
VVE→AI→CR	-.006	.038	[-.15, .04]	-.001	.035	[-.07, .07]
VVE→Locus interne→CR	.040	.073	[-.02 .27]	.018	.038	[-.03, .13]
VVE→Locus externe (les autres)→CR	.017	.063	[-.06, .22]	.019	.035	[-.02, .14]
VVE→Locus externe (la chance)→CR	-.084	.095	[-.41, .02]	.006	.053	[-.07, .15]

Note. VS = valeur de santé; VVE = valeur de la vie excitante; CP = comportement de prévention ; CR = comportement à risque ; SE = erreur standard; CI = intervalle de confiance.

Figure 6. Les attitudes en tant que médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé chez les adolescents russes atteints d'asthme.



D'autre part, les relations entre la valeur de la vie excitante et les comportements de santé sont médiatisées par les attitudes. Ainsi, les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement à risque sont le médiateur entre la valeur de la vie excitante et le comportement à risque (coefficients de régression : b = .04, $t(47)$ = 1.92, p = .053 (a-path) et b = 2.70, $t(47)$ = 1.99, p = .051 (b-path)) et le comportement de prévention (coefficients de régression : b = .04, $t(47)$ = 1.92, p = .051 (a-path) et b = -4.35, $t(47)$ = -3.76, p = .0005 (b-path) ; Figure 6).

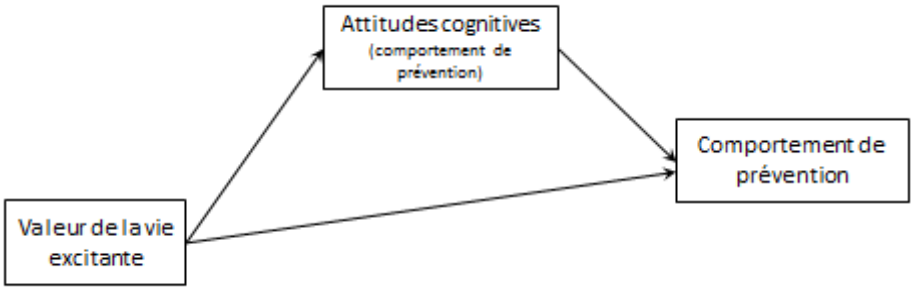
Les attitudes affectives sont également des médiateurs entre la valeur de la vie excitante et les comportements de santé. Les attitudes affectives vis-à-vis du comportement à risque médiatisent les relations entre la valeur de la vie excitante et le comportement à risque (coefficients de régression : b = .08, $t(47)$ = 2.34, p = .023 (a-path) et b = 4.09, $t(47)$ = 6.99, p < .001 (b-path) ; Figure 6).

Nous n'avons pas trouvé de résultats significatifs concernant le rôle médiateur du locus de contrôle de santé et des attitudes implicites entre les valeurs et les comportements de santé. Néanmoins, il apparaît que les attitudes implicites médiatisent la relation entre les attitudes affectives vis-à-vis du comportement de prévention et le comportement de prévention (coefficients de régression : b = .24, $t(47)$ = 3.29, p = .001 (a-path) et b = 3.41, $t(47)$ = 2.14, p = .037 (b-path)). Le bootstrapping a montré que l'effet indirect (.84) était significatif (95% CI [.12, .2.42]).

Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que l'état de santé avait un effet significatif sur le comportement de santé chez les adolescents russes, une analyse de médiation a été effectuée chez les adolescents russes en bonne santé. Cette analyse a montré que les attitudes affectives vis-à-vis du comportement de prévention médiatisent les liens entre la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention (coefficients de régression: b = -.08, $t(47)$ = -2.32, p = .024 (a-path) et b = 3.71, $t(57)$ = 3.32, p = .002 (b-path)).Le bootstrapping a montré que l'effet indirect (-.28) était significatif (95% CI [-.68, -.04]).

Chez les adolescents français atteints d'asthme, les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement de prévention médiatisent le lien entre la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention (coefficients de régression: b = .04, $t(47)$ = 2.04, p = .046 (a-path) et b = 8.97, $t(47)$ = 7.38, p < .001 (b-path), Figure 7).

Figure 7. Les attitudes cognitives en tant que médiateurs entre la valeur de la vie excitante et le comportement de préventif chez les adolescents français atteints d'asthme.



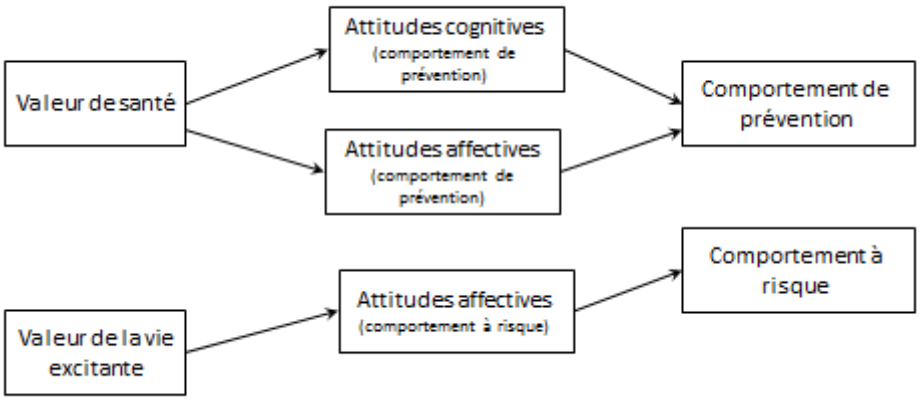
Nos analyses ne montrent pas de résultats significatifs quant au rôle médiateur du locus de contrôle de santé et des attitudes implicites entre les valeurs et les comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme.

Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que l'état de santé avait un effet significatif sur le comportement de santé chez les adolescents français, une analyse de médiation a été effectuée chez les adolescents français en bonne santé. Les attitudes affectives vis-à-vis du comportement de prévention médiatisent la relation entre la valeur de santé et le comportement de prévention (coefficients de régression : b = .08, $t(47)$ = 2.31, p = .025 (a-path) et b = 4.09, $t(47)$ = 3.93, p = .0003 (b-path) ; Figure 8). Le bootstrapping a mis en

évidence que l'effet indirect était significatif (l'effet indirect = .34, 95% CI [.12, .77]). Les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement de prévention médiatisent la relation entre la valeur de santé et le comportement de prévention aussi (l'effet indirect = 31, 95% CI [.07, .81]) avec les coefficients de régression suivants : b = .06, $t(47)$ = 2.03, p = .048 (a-path) et b = 5.09, $t(47)$ = 4.16, p = .0001 (b-path).

Les attitudes affectives vis-à-vis du comportement à risque médiatisent la relation entre la valeur de la vie excitante et le comportement à risque (coefficients de régression : b = .08, $t(47)$ = 2.61, p = .012 (a-path) et b = 2.76, $t(47)$ = 5.87, p < .001 (b-path) ; Figure 8). Le bootstrapping a montré un effet indirect significatif (= .21, 95% CI [.03, .51]). Les attitudes implicites n'ont pas médiatisé les relations entre les attitudes explicites, les valeurs et le comportement. Néanmoins, les attitudes implicites sont positivement corrélées avec la valeur de santé (r = .44, p < .01) et négativement corrélées avec la valeur de la vie excitante (r = -.43, p < .01). Cela veut dire que la préférence automatique d'un comportement à risque au comportement préventif, issue de l'expérience passée des adolescents, est associée à leur valorisation de la santé et de la vie excitante.

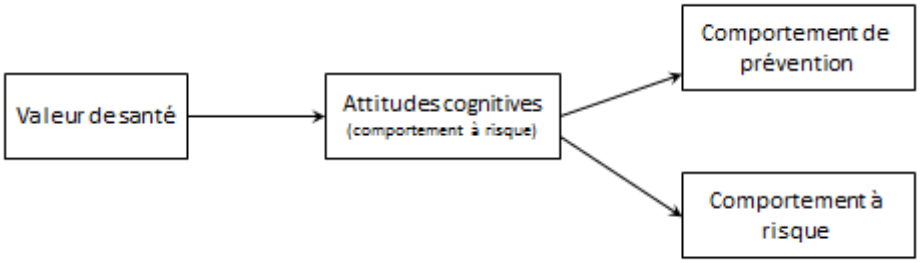
Figure 8. Les attitudes en tant que médiateurs entre la valeur de santé et le comportement de prévention chez les adolescents français en bonne santé.



Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que le sexe avait un effet significatif sur le comportement de santé chez les adolescents français et russes atteints d'asthme, une analyse de médiation a été effectuée chez les filles et les garçons. Chez les garçons, les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement à risque médiatisent le lien entre la valeur de

santé et le comportement à risque (coefficients de régression : b = -.03, $t(47)$ = -2.12, p = .038 (a-path) et b = 2.78, $t(47)$ = 2.20, p = .032 (b-path), Figure 9). Le bootstrapping a trouvé un effet indirect significatif (= -.09, 95% CI [-.26, -.01]). Ces attitudes médiatisent la relation entre la valeur de santé et le comportement de prévention aussi (coefficients de régression : b = -.03, $t(47)$ = -2.12, p = .038 (a-path) et b = -6.78, $t(47)$ = -4.99, p < .001 (b-path) ; l'effet indirect= .22, 95% CI [.03, .52]).

Figure 9. Les attitudes en tant que médiateurs entre la valeur de santé et le comportement de santé chez les garçons russes et français atteints d'asthme.



1.5 Discussion

Conformément à nos hypothèses, nos analyses ont montré que la valeur de santé était positivement associée au comportement de prévention et négativement associée au comportement à risque chez les adolescents russes atteints d'asthme. Les adolescents qui valorisent la santé s'engagent davantage dans des comportements de prévention et moins dans des comportements à risque. La valeur de la vie excitante a un effet inverse sur le comportement de santé ; en effet, les adolescents qui valorisent la vie excitante s'engagent davantage dans des comportements à risque et moins dans des comportements de prévention. Il apparaît ainsi que les valeurs de santé et de la vie excitante sont opposées dans leur influence sur le comportement à risque et le comportement de prévention.

Ce résultat quant au rôle de la valeur de la vie excitante dans le comportement à risque correspond aux données mises en évidence par Florenthal et Shoham (2000). De plus, ces résultats appuient la théorisation selon laquelle la valeur de santé est associée au comportement de prévention chez les adolescents ; ils contribuent ainsi à valider le modèle de

comportement de prévention de Kristiansen (« *two value model* » ; Kristiansen, 1986). On voit donc qu'il n'est pas suffisant de valoriser la valeur de santé chez les adolescents pour prévenir le comportement à risque, car ce comportement est également lié à la valeur de la vie excitante.

Les relations entre la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention ne sont pas spécifiques aux adolescents atteints d'asthme, elles se manifestent également chez les adolescents en bonne santé. Ces derniers, comme les adolescents atteints d'asthme, adoptent moins fréquemment un comportement de prévention, car ce comportement contredit, pour eux, la possibilité d'avoir une vie riche en événements et en émotions.

Toutefois, les relations entre la valeur de santé et le comportement sont spécifiques à la population des adolescents atteints d'asthme ; ces relations ne se manifestent pas chez les adolescents en bonne santé. Le fait que les adolescents russes atteints d'asthme valorisent davantage la santé que les adolescents en bonne santé peut peut-être expliquer ce résiltat.

Il est possible que la présence d'une maladie chronique amène une menace importante sur la santé et rende ainsi la valeur de santé plus cognitivement accessible (*cognitively available*) pour les adolescents atteints d'asthme. Souvent, la valeur de santé n'est pas accessible chez les jeunes qui n'ont pas de problèmes de santé (Kristiansen, 1985). Dans l'approche des valeurs comme truismes de Maio et Olsen, il semble qu'à cause de la menace sur la santé, les adolescents ont des argumentations cognitives expliquant pourquoi la santé est une valeur importante (Maio & Olsen, 1998). Le fait que la valeur de santé soit associée au comportement de santé seulement chez les adolescents atteints d'asthme va dans le même sens que les travaux de Fischer et Tarquinio, (2002), soulignant des particularités de valeurs chez les patients atteints de maladies chroniques. A cause de la maladie, ces personnes commencent à valoriser certaines valeurs (le confort de vie, le soin de soi) plus que les autres (la compétence, la compétitivité, le succès).

Néanmoins, cette analogie a certaines limites importantes. Les adolescents russes atteints d'asthme ne valorisent pas la santé plus que la valeur de la vie excitante ; ils les valorisent de manière équivalente. La spécificité des valeurs des adolescents russes atteints d'asthme est que la valeur de santé est autant cognitivement accessible pour eux que la valeur de la vie excitante (accessible pour les personnes en bonne santé de leur âge).

Chez les adolescents russes atteints d'asthme, la valeur de la vie excitante et la valeur de santé sont d'une part directement associées au comportement, et d'autre part par le biais des attitudes. Les attitudes explicites (affectives et cognitives) sont les médiateurs entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement. Les adolescents qui valorisent la santé évaluent le comportement à risque comme inutile, dangereux, inintéressant et désagréable. De la sorte, ils sont moins susceptibles de s'engager dans un comportement à risque et plus dans un comportement de prévention. A l'inverse, les adolescents qui valorisent la vie excitante, évaluent le comportement à risque comme utile, bénéfique, agréable et intéressant. Ainsi, ils s'engagent davantage dans des comportements à risque et moins dans un comportement de prévention.

Milfont, Duckitt & Wagner (2010) ont montré que les attitudes cognitives ont un rôle de médiateurs entre les valeurs et le comportement. Nos résultats montrent qu'il est probable que, non seulement les attitudes cognitives, mais aussi les attitudes affectives jouent ce rôle. Les valeurs de santé et de la vie excitante sont opposées non seulement quant à leur influence sur le comportement à risque et le comportement de prévention, mais aussi dans leur influence sur les attitudes affectives. La préférence accordée à la valeur de santé ou à la valeur de la vie excitante peut expliquer pourquoi les adolescents évaluent le comportement à risque comme attrayant ou non attrayant.

Chez les adolescents russes atteints d'asthme, les valeurs sont uniquement associées aux attitudes vis-à-vis du comportement à risque. Ainsi, dans la mesure où les attitudes vis-à-vis du comportement de prévention ne jouent pas le rôle de médiateurs, l'hypothèse sur la médiation des relations entre les valeurs et les comportements est juste partiellement justifiée chez les adolescents russes atteints d'asthme. En revanche, ces attitudes jouent un rôle de médiateur chez les adolescents russes en bonne santé. En valorisant la vie excitante, ces adolescents évaluent le comportement de prévention comme inintéressant et désagréable et ainsi s'engagent moins dans un comportement de prévention. La valeur de la vie excitante est associée à la diminution de l'engagement dans un comportement de prévention non seulement chez les adolescents atteints d'asthme, mais aussi chez les adolescents en bonne santé.

Dans l'ensemble, chez les adolescents russes atteints d'asthme il y a six médiations entre les valeurs, les attitudes et les comportements de santé. On remarque que chez les adolescents en bonne santé il n'y a seulement qu'une médiation. On peut expliquer ce résultat en faisant l'hypothèse que dans ce contexte de menace sur la santé la valeur de santé devient une valeur

personnelle, accessible pour les adolescents atteints d'asthme. Ainsi, elle influe davantage sur les attitudes et sur les comportements de santé chez les adolescents atteints d'asthme que chez les adolescents en bonne santé.

Ainsi, les attitudes explicites sont les médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé. Les attitudes implicites ne jouent pas ce rôle dans les relations entre les valeurs et les comportements chez les adolescents russes. Les attitudes implicites sont les médiateurs entre les attitudes affectives et le comportement de prévention. Les adolescents qui évaluent le comportement de prévention comme intéressant et agréable automatiquement préfèrent le comportement de prévention au comportement à risque. Il est probable que les attitudes implicites soient associées avec d'autres valeurs que la valeur de santé et la valeur de la vie excitante. Les valeurs de l'expression de soi, du plaisir, les valeurs familiales sont aussi associées avec le comportement de santé (Mackenbach, 2014 ; Jallinoja, Niva, Helakorpi & Kahma, 2014). De plus, les attitudes implicites peuvent être associées avec les valeurs implicites et non seulement les valeurs explicites. Les valeurs explicites sont liées à la compatibilité avec ses valeurs à soi (par exemple, si la personne croit que la bienveillance n'est pas compatible avec la réussite, elle n'évaluera pas ces valeurs comme également importantes pour elle), alors que les valeurs implicites reflètent plus l'expérience personnelle que les idées sur la compatibilité des valeurs (Pakizeh, Gebauer & Maio, 2007).

La recherche actuelle n'a pas confirmé l'hypothèse sur les relations entre le locus de contrôle de santé, les valeurs et les comportements de santé chez les adolescents russes. Le locus de contrôle de santé n'est pas associé au comportement de prévention et au comportement à risque et ne joue pas le rôle de médiateur entre les valeurs et les comportements.

Les résultats de notre recherche chez les adolescents français atteints d'asthme vont à l'encontre de notre hypothèse sur les relations entre la valeur de la vie excitante et le comportement de santé. Chez ces adolescents, la valeur de la vie excitante est positivement associée au comportement de prévention. Les adolescents qui valorisent la vie excitante s'engagent davantage dans un comportement de prévention. De plus, les adolescents français atteints d'asthme valorisent moins la santé que les adolescents en bonne santé. Ces résultats peuvent paraître paradoxaux, car dans le cas d'une menace sur la santé on s'attend assez intuitivement à ce que la valeur de santé soit plus importante pour les adolescents. Néanmoins, ces résultats peuvent être expliqués. Dans leur méta-analyse, Boer et Fischer

(2013) ont montré que dans le cas d'une menace sur la santé dans les cultures individualistes, les valeurs de la sécurité (y compris la valeur de santé) ne sont pas perçues comme des valeurs personnelles. Ces valeurs sont perçues comme des valeurs externes plutôt qu'internes ; prendre soin de son état de santé n'est pas considéré comme un choix personnel. Ce fait peut expliquer pourquoi les adolescents français atteints d'asthme évaluent la santé comme moins importante que les adolescents en bonne santé. Il est probable que la valorisation de la vie excitante, contrairement à la valorisation de la santé, est considérée comme un choix personnel des adolescents français atteints d'asthme. C'est probablement la raison pour laquelle la valeur de la vie excitante stimule le comportement de prévention au lieu de la valeur de santé.

Ces relations entre les valeurs et les comportements de santé sont spécifiques aux adolescents français atteints d'asthme et n'apparaissent pas chez les adolescents en bonne santé. Les adolescents français en bonne santé, qui valorisent la santé, s'engagent plus dans un comportement de prévention ; les adolescents qui valorisent la vie excitante s'engagent plus dans un comportement à risque. Ces résultats confirment notre hypothèse sur les relations entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement de santé. Ainsi, dans le cas d'une absence de menace sur la santé, la valeur de santé est perçue comme une valeur personnelle et influe sur le comportement de prévention.

Conformément à notre hypothèse, les attitudes sont les médiateurs entre les valeurs et le comportement de santé chez les adolescents français atteints d'asthme. Les attitudes cognitives vis-à-vis du comportement de prévention sont les médiateurs entre la valeur de la vie excitante et le comportement de prévention. Les adolescents français atteints d'asthme qui valorisent la vie excitante évaluent le comportement de prévention comme utile et bénéfique et s'engagent davantage dans ce type de comportement. Ces relations entre la valeur de la vie excitante, les attitudes cognitives et le comportement de prévention sont spécifiques aux adolescents atteints d'asthme. Chez les adolescents en bonne santé, les attitudes vis-à-vis du comportement de prévention ne sont pas associées avec la valeur de la vie excitante. Chez ces adolescents, les attitudes affectives vis-à-vis du comportement à risque et les attitudes implicites sont associées à la valeur de la vie excitante. Les adolescents en bonne santé qui valorisent la vie excitante évaluent le comportement à risque comme agréable et intéressant ; ils préfèrent automatiquement le comportement à risque au comportement de prévention et s'engagent ainsi plus dans un comportement à risque.

Chez les adolescents français en bonne santé, les attitudes explicites sont associées non seulement à la valeur de la vie excitante, mais aussi à la valeur de santé. Les attitudes affectives et cognitives vis-à-vis du comportement de prévention et les attitudes implicites sont associées à la valeur de santé. Les adolescents français en bonne santé qui valorisent la santé évaluent le comportement de prévention comme utile, agréable, et préfèrent automatiquement le comportement de prévention au comportement à risque et s'engagent plus dans ce type de comportement. Dans la mesure où les attitudes implicites sont associées à la valeur de santé et à la valeur de la vie excitante, ces résultats confirment que les attitudes implicites peuvent être associées aux valeurs explicites et jouent le rôle de médiateur entre les valeurs et les comportements liés à la santé.

Notre étude a montré qu'il existait chez les adolescents français en bonne santé cinq médiations entre les valeurs, les attitudes et les comportements, tandis que chez les adolescents atteints d'asthme il n'y avait qu'une médiation. Ces résultats confirment la recherche de Boer et Fischer (2013) qui soulignent que dans les cultures individualistes, dans le cas de menace sur la santé, les valeurs de la sécurité sont moins associées aux attitudes car ces valeurs ne sont pas perçues comme les valeurs personnelles.

Comme chez les adolescents russes, chez les adolescents français, le locus de contrôle de santé ne joue pas de rôle médiateur entre les valeurs et le comportement de santé et n'influe pas significativement sur le comportement de santé. Ainsi, notre hypothèse sur la médiation des relations entre les valeurs et le comportement de santé par le locus de contrôle de santé n'a pas été confirmée.

Concernant l'analyse interculturelle des valeurs, notre hypothèse sur la différence des préférences des valeurs chez les adolescents russes et français atteints d'asthme n'a pas été confirmée ; en effet, ces deux sous-groupes d'adolescents évaluent la santé de manière similaire. Ce résultat est probablement lié au fait qu'ils sont dans le même état de santé. Malgré le fait que tous les adolescents atteints d'asthme évaluent la santé d'une manière similaire, on peut observer des différences entre les adolescents russes et français concernant le lien entre cette valeur et les attitudes. Il existe en effet une seule médiation entre les valeurs, les attitudes et les comportements de santé chez les adolescents français atteints d'asthme et six médiations chez les adolescents russes. Selon Boer et Fischer (2013), dans les cultures collectivistes les valeurs de sécurité sont davantage associées aux attitudes, car ces valeurs sont répandues dans ces cultures, alors que dans les cultures individualistes les valeurs de

sécurité sont moins associées aux attitudes. De plus, dans les cultures individualistes, les valeurs de la sécurité ne sont pas associées aux attitudes dans le cas de menace sur la santé (Boer & Fischer, 2013). Notre recherche montre que dans les cultures collectivistes, les valeurs de sécurité sont davantage associées aux attitudes dans le cas de menace sur la santé, par rapport à un contexte dépourvu de cette menace. La culture russe, en tant que culture collectiviste, est plus orientée vers les valeurs de la sécurité (Magun & Rudnev, 2012) et il est plus facile pour les adolescents d'adopter cette valeur dans le cas d'une menace sur la santé.

Malgré le fait qu'il existe des différences dans les relations entre les valeurs, les attitudes et le comportement de santé entre les adolescents russes et français atteints d'asthme, il existe également des similitudes parmi ces adolescents. Les garçons français et russes atteints d'asthme qui valorisent la santé évaluent le comportement à risque comme inutile et dangereux, s'engagent moins dans le comportement à risque et plus dans un comportement de prévention. Ce résultat n'est pas confirmé chez les filles, mais on peut conclure que la valeur de santé est associée à l'évaluation négative des comportements à risque et aux conséquences positives pour le comportement de santé.

Ces résultats peuvent contribuer au développement de programmes éducatifs pour les adolescents atteints d'asthme. Conner, Rhodes, Morris, McEachan et Lawton (2011) ont montré que les changements dans les attitudes cognitives et affectives vis-à-vis de la santé induisaient des changements dans le comportement de santé. Ils ont trouvé que le comportement est adapté non seulement car il est considéré utile et efficace, mais aussi parce qu'il est associé aux émotions positives. Il faut remarquer que le spectre des attitudes affectives que nous avons étudié est limité par la dimension « agréable-désagréable ». Des recherches futures peuvent étudier les autres types d'évaluations affectives liées au comportement («heureux-malheureux », « méchant-gentil », « sale-propre », « puissant-faible », « actif-passif », etc.) et leurs associations avec les valeurs.

Lawton, Conner et McEachan (2009) ont proposé de prendre en compte les attitudes affectives en développant des programmes de santé publique, mais il reste moins évident de savoir comment changer ces attitudes pour stimuler le comportement de prévention et décourager le comportement à risque. Dans la présente recherche, nous avons montré que les émotions que les adolescents ont vis-à-vis du comportement à risque et du comportement de prévention sont liées à la valorisation de santé et de la vie excitante. Si les valeurs sont associées aux attitudes, on peut favoriser des changements dans les attitudes à travers ces

valeurs. En favorisant la valeur de santé il est possible d'inciter les adolescents à évaluer les comportements à risque comme désagréables et inutiles et de diminuer l'engagement dans ce type de comportements. Dans le cadre de psychothérapies, il est possible de stimuler la conscience de telle ou telle valeur (l'identification des valeurs personnelles dans le cadre de la psychothérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie d'acceptation et d'engagement, Ngô, 2013 ; Kangasniemi et al., 2013), mais il reste moins évident de le faire dans le cadre de programmes publics de santé.

La présente recherche est une étude transversale ; de ce fait nous ne pouvons pas conclure sur le caractère prédicteur des valeurs et des attitudes quant au comportement de santé. Néanmoins, les résultats de l'analyse de médiation confirment les données de recherches antérieures. Milfont, Duckitt et Wagner (2010) indiquent en effet que les attitudes cognitives sont les médiateurs entre les valeurs et le comportement. Le rôle prédicteur des attitudes affectives (explicites et implicites) vis-à-vis du comportement a également été démontré dans les recherches de Kiviniemi, Voss-Humke et Seifert (2007) et Ellis, Kiviniemi et Cook-Cottone (2014).

De plus, certains aspects méthodologiques limitent les résultats de la recherche actuelle. Le questionnaire des comportements liés à la santé (*Health Behaviors Questionnaire*) était traduit en français et en russe, mais non validé.

Conclusion

La valeur de santé et la valeur de la vie excitante sont associées au comportement de santé directement et à travers les attitudes explicites et implicites.

Le contexte culturel et la présence de la maladie chronique influent sur les relations entre les valeurs, les attitudes et le comportement de santé. Dans la culture russe, en cas de présence de l'asthme, la valeur de la santé est plus accessible aux adolescents. Cette valeur influe sur les attitudes vis-à-vis du comportement à risque et diminue l'engagement en comportement à risque en favorisant le comportement de prévention. La valeur de la vie excitante influe aussi sur les attitudes vis-à-vis du comportement à risque, mais cette influence est inverse à l'influence de la valeur de santé. La valeur de la vie excitante favorise l'engagement en comportement à risque et diminue l'engagement en comportement de prévention.

L'influence négative de cette valeur sur les attitudes et le comportement de santé est répandue chez tous les adolescents, sauf les adolescents français atteints d'asthme. Chez les

adolescents français, en cas de présence de l'asthme, la valeur de santé n'est pas accessible aux adolescents. Au lieu de la valeur de santé, la valeur de la vie excitante influe positivement sur les attitudes vis-à-vis du comportement de prévention et augmente l'engagement en comportement de prévention.

Malgré ces différences culturelles, il existe des similarités dans les relations entre les valeurs et les attitudes, découvertes chez les adolescents russes et français. La valeur de santé influe sur les attitudes en diminuant le comportement à risque et en favorisant le comportent de prévention.

Le rôle des valeurs dans l'adaptation à l'asthme n'est pas limité à l'influence des valeurs sur le comportement de santé. Les valeurs sont aussi associées à la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme. Les valeurs jouent un rôle important dans l'adaptation à la maladie chronique (Fischer & Tarquinio, 2002). Dans notre deuxième étude quantitative, nous étudions l'influence des valeurs de santé et de la vie excitante sur les symptômes dépressifs et anxieux à travers les stratégies de coping spécifique à l'asthme. Les valeurs influent sur le choix des stratégies de coping (Lazarus, 1999 ; Bardi & Guerra, 2011) et ainsi sur la qualité de vie des patients. La majorité des recherches étudient les relations entre les valeurs et les stratégies de coping en général et non les stratégies de coping spécifiques à une maladie. De plus, la majorité des recherches étudient les stratégies de coping spécifiques à l'asthme chez les adolescents dans les pays occidentaux et pas dans les pays non-occidentaux. Dans notre recherche nous nous proposons de faire une analyse comparative entre les adolescents français et russes.

Chapitre 2 : Analyse des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents

2.1 Objectif de la recherche

La littérature empirique a montré que les valeurs jouent un rôle important dans l'adaptation face à des maladies chroniques comme le sida et le cancer (Fischer & Tarquinio, 2002). Néanmoins, le rôle des valeurs dans la qualité de vie des patients atteints d'asthme reste moins clair. Des études théoriques ont postulé que les valeurs influent sur la qualité de vie à travers le choix des stratégies de coping, mais peu de recherches empiriques ont été dédiées à ce sujet (Lazarus & Folkman, 1984 ; Israelashvili, Taubman-Ben-Ari & Hochdorf, 2011). L'objectif de la présente recherche est d'étudier les relations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et français atteints d'asthme.

La majorité des recherches existantes dans le domaine de l'asthme étudient le rôle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme et la qualité de vie des patients dans les pays occidentaux (Aalto, Härkäpää, Aro & Rissanen, 2002 ; Lahaye, Fantini-Hauwel, Van Broeck, Bodart & Luminet, 2011; Van De Ven & Engels, 2011). Les résultats de notre recherche peuvent clarifier le rôle des valeurs et des stratégies de coping dans la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme non seulement dans la culture occidentale (la France), mais aussi dans la culture non-occidentale (la Russie).

2.2 Hypothèses de la recherche

2.2.1 Hypothèse générale

Les stratégies de coping jouent le rôle de médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et français atteints d'asthme.

2.2.1 Hypothèses opérationnelles

(1) Les stratégies de coping spécifiques à l'asthme sont les médiateurs entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et les symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents atteints d'asthme.

(2) Les stratégies de coping non-spécifiques à l'asthme sont les médiateurs entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et les symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents en bonne santé.

L'utilisation des stratégies de coping comportementales pour lutter contre l'asthme peut influer sur les valeurs des adolescents. On fait donc l'hypothèse suivante :

(3) Les valeurs de santé et de la vie excitante jouent le rôle de médiateur entre les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et les symptômes anxieux et dépressifs.

Dans la mesure où dans les cultures non-occidentales les stratégies de coping évitant et centré sur l'émotion sont utilisées plus fréquemment, tandis que dans les pays occidentaux ce sont les stratégies de recherche de soutien social qui sont privilégiées (Bardi & Guerra, 2011), nous faisons les hypothèses suivantes :

(4) Les adolescents russes utilisent plus fréquemment les stratégies de coping, l'ignorance de leur propre asthme, l'inquiétude à propos de l'asthme et la restriction des activités, que les adolescents français. Chez les adolescents russes, ces stratégies de coping sont associées à des scores inférieurs de dépression et d'anxiété.

(5) Les adolescents français utilisent la stratégie de coping dissimulation de l'asthme moins fréquemment que les adolescents russes. Chez les adolescents français la stratégie de coping dissimulation de l'asthme est associée à des scores élevés de dépression et d'anxiété.

Dans la mesure où il n'y a pas de différences interculturelles dans les stratégies de coping actif (Bardi & Guerra, 2011), nous faisons l'hypothèse suivante :

(6) Les adolescents russes et français utilisent les stratégies de coping reformulation positive et recherche de l'information de manière similaire. Ces stratégies de coping sont associées à des scores inférieurs de dépression et d'anxiété chez les adolescents dans deux pays.

L'étude des différences de genre n'est pas un objectif majeur de la recherche actuelle, mais ces différences doivent être prises en compte, car elles influent sur les symptômes dépressifs et anxieux. Les femmes ressentent ces symptômes psychopathologiques plus que les hommes (Tang & Pinsky, 2015). Les stratégies de coping utilisées par les femmes et les hommes sont associées aux symptômes qu'ils ressentent (Kelly, Tyrka, Price & Carpenter, 2008). Les femmes utilisent davantage le coping centré sur l'émotion, tandis que les hommes utilisent davantage le coping centré sur le problème (Matud, 2004). Ainsi, dans la recherche

actuelle, nous avons effectué une analyse comparative entre les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les filles et les garçons atteints d'asthme.

2.3 Méthodologie de la recherche

2.3.1 Les données sociodémographiques et médicales

Le questionnaire d'informations générales se compose des éléments concernant la date de naissance, le sexe, le pays de naissance, la langue maternelle et les informations médicales (l'état de santé, la présence de maladies chroniques ou d'autres problèmes de santé).

2.3.2 Valeur de santé / valeur de la vie excitante

L'échelle des valeurs de Rokeach (1973) a été utilisée pour mesurer la valeur de la vie excitante et la valeur de santé.

2.3.3 Stratégies de coping

Le Brief-COPE (Carver, 1997) a été utilisée pour investiguer les stratégies de coping. Le Brief-COPE se compose de 28 items. Chaque item est mesuré sur une échelle de Likert à 5 points. Le Brief-COPE étudie plusieurs stratégies de coping, correspondant à 14 sous-échelles : le coping actif, le déni, l'utilisation de substances, l'utilisation d'un soutien émotionnel, l'utilisation d'un soutien instrumental, le désengagement comportemental, la ventilation émotionnelle, la reformulation positive, la planification, l'humour, l'acceptation, la religion, la distraction, l'accusation de soi.

La validation du Brief-COPE a été mise en évidence dans les travaux de Carver (1997). Dans la présente recherche, les sous-échelles du Brief-COPE présentent les scores de fiabilité suivants : le coping actif (.58 = α = .77), le déni (.36 = α = .85), l'utilisation de substances (.10 = α = .96), l'utilisation d'un soutien émotionnel (.54 = α = .82), l'utilisation d'un soutien instrumental (.68 = α = .91), le désengagement comportemental (.54 = α = .85), la ventilation émotionnelle (.55= α = .77), la reformulation positive (.60 = α = .76), la planification (.79 = α = .55), l'humour (.70 = α = .87), l'acceptation (.56 = α = .86), la religion (.69 = α = .95), la distraction (.27 = α = .70), l'accusation de soi (.67 = α = .83). Les sous-échelles de stratégies de coping présentant un coefficient alpha de Cronbach < .50 ont été exclues de l'analyse.

L'adaptation de la COPE et du Brief-COPE en français a été réalisée dans les travaux de Muller et Spitz (2003). L'adaptation russe de la COPE a été effectuée dans les travaux de

Rasskazova et Gordeeva (2011). Auprès de la population russe, nous avons utilisé pour notre étude une échelle non validée du Brief-COPE.

2.3.4 Stratégies de coping spécifiques à l'asthme

L'échelle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme (*The Asthma-Specific Coping Scale ;* Aalto, Härkäpää, Aro & Rissanen, 2002) a mesuré les stratégies de coping. Cette échelle comprend 30 items ; chacun étant mesuré sur une échelle de Likert à 4 points. L'échelle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme mesure six stratégies : la restriction des activités, la reformulation positive, la dissimulation de l'asthme, l'inquiétude à propos de l'asthme, la recherche d'information, l'ignorance de son propre asthme. La stratégie de coping 'restriction des activités' consiste en une limitation des activités pour éviter une crise d'asthme. La stratégie de coping 'reformulation positive' consiste dans le fait que l'adolescent reconsidère son expérience de l'asthme d'une manière positive. En utilisant la stratégie de coping 'dissimulation de l'asthme', l'adolescent ne parle pas de son asthme avec les autres et préfère cacher sa maladie. La stratégie de coping 'inquiétude à propos de l'asthme' correspond au craintes de l'adolescent que son asthme s'aggrave. La stratégie 'recherche de l'information' est une stratégie active qui consiste en une recherche d'informations sur l'asthme. Enfin, la stratégie de coping 'ignorance de son propre asthme' est une stratégie évitante ; l'adolescent essaye d'oublier qu'il\elle a de l'asthme.

L'échelle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme a été traduite en français dans les travaux de Lahaye, Fantini-Hauwel, Van Broeck, Bodart et Luminet (2011). L'échelle a été traduite en russe en utilisant la méthode de la rétro-traduction. L'échelle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme a été adaptée dans les travaux de Aalto, Härkäpää, Aro et Rissanen (2002). Dans notre recherche, chaque sous-échelle de stratégie de coping a reçu les scores de fiabilité suivants : la restriction des activités ($\alpha = .84$), la reformulation positive ($.66 = \alpha = .77$), la dissimulation de l'asthme ($.68 = \alpha = .83$), l'inquiétude à propos de l'asthme ($.58 = \alpha = .76$), la recherche d'information ($.67 = \alpha = .77$), l'ignorance de son propre asthme ($.63 = \alpha = .88$).

2.3.5 Symptômes anxieux

L'inventaire d'autoévaluation de l'anxiété état/trait (STAI, Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) a été utilisé pour mesurer l'anxiété. Le questionnaire a été validé en français (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993) et en russe (Hanin, 1985). Ce

questionnaire se compose de 20 items qui mesurent l'anxiété trait et de 20 items qui mesurent l'anxiété état. Chaque item est évalué sur une échelle de Likert à 4 points. L'inventaire d'autoévaluation de l'anxiété état/trait a été validé dans les travaux de Spielberger (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

Les adolescents atteints d'asthme ont participé à la recherche à l'hôpital, tandis que les adolescents en bonne santé étaient recrutés au lycée. Par rapport au lycée, l'hôpital est un lieu mal connu qui peut provoquer l'anxiété-état élevé chez les adolescents, ainsi seule l'échelle de l'anxiété-trait a été utilisée dans la recherche actuelle. Cette échelle a montré de bons indices de fiabilité (.83 = α = .92).

2.3.6 Symptômes dépressifs

Le *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) a été utilisé pour mesurer l'intensité des symptômes dépressifs. Ce questionnaire a été validé dans les travaux de Beck et Beck (1972) et adapté en français (Bouvard & Cottraux,1996) et en russe (Bodalev & Stolin, 1987).

Dans la présente recherche la version courte du BDI a été utilisée (BDI-SF). Ce questionnaire se compose de 13 items, chacun d'entre eux étant évalué sur une échelle de Likert à 4 points. Dans notre étude, le BDI-SF a montré de bons indices de fiabilité de .77 - .83 (Cronbach's alpha).

2.3.7 Analyse statistique

Afin d'identifier des différences dans les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et français atteints d'asthme, nous avons effectué une analyse MANOVA (sexe *vs* nationalité). Pour mettre en évidence des différences dans le choix des stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques entre les adolescents russes et français en bonne santé d'une part, et les adolescents atteints d'asthme d'autre part, nous avons effectué une analyse MANOVA (sexe *vs* état de santé). Une analyse de corrélation a été menée pour étudier les relations entre les valeurs les stratégies de coping et les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Pour tester les hypothèses de médiation, une analyse de médiation a été effectuée. La méthode de Bootstrapping a été utilisée pour vérifier la significativité de l'effet indirect.

2.4 Résultats

2.4.1 Statistiques descriptives

Le tableau 9 illustre les moyennes et les écarts types des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes (atteints d'asthme et en bonne santé). Le tableau 10 présente les moyens et les écarts types de ces variables chez les adolescents français.

Selon les résultats de la BDI, 74% des adolescents russes atteints d'asthme (49% des filles, 51% des garçons) n'ont pas de symptômes de dépression. 26% des adolescents (31% des filles, 69% des garçons) ont des symptômes de dépression modérée. Parmi les adolescents français atteints d'asthme, 48% (33% des filles, 67% des garçons) n'ont pas de symptômes de dépression. 24% des adolescents (42% des filles, 58% des garçons) ont des symptômes de dépression légère. 24% des adolescents (42% des filles, 58% des garçons) ont des symptômes de dépression modérée. Seulement 4% des adolescents français ont des symptômes de dépression sévère (filles).

Selon les résultats de la STAI, seulement 10% des adolescents russes atteints d'asthme (20% des filles, 80% des garçons) n'ont pas de symptômes anxieux. 60% des adolescents (30% des filles, 70% des garçons) présentent une anxiété modérée. 30% des adolescents (80% des filles, 20% des garçons) ont un niveau d'anxiété élevé. Parmi les adolescents français, 20% (40% des filles, 60% des garçons) n'ont pas de symptômes anxieux. 40% des adolescents (25% des filles, 75% des garçons) présentent une anxiété modérée. 40% des adolescents (55% des filles, 45% des garçons) présentent une anxiété élevée.

Tableau 9
Moyennes et écarts types des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes

	Adolescents atteints d'asthme (n = 50)			Adolescents en bonne santé (n = 50)		
	Filles (22)	Garçons (28)	Total (50)	Filles (20)	Garçons (30)	Total (50)
Valeur de santé	13.59(5.31)	12.75(5.70)	13.12(5.49)	10.05(5.52)	11.33(6.22)	10.82(5.93)
Valeur de la vie excitante	12.04(5.23)	13.82(5.08)	13.04(5.17)	11.00(5.06)	10.90(4.89)	10.94(4.90)
Distraction	4.09(1.23)	4.28(1.43)	4.20(1.34)	4.90(1.37)	4.27(1.53)	4.52(1.49)
Actif	5.86(1.67)	5.00(1.80)	5.38(1.78)	6.05(1.76)	6.20(1.79)	6.14(1.76)
Déni	3.91(1.57)	3.93(1.27)	3.92(1.39)	4.45(1.93)	4.17(2.23)	4.28(2.09)
Utilisation de substances	2.41(1.05)	2.14(0.36)	2.26(0.75)	2.55(0.89)	2.60(0.93)	2.58(0.90)
Utilisation d'un soutien émotionnel	4.27(1.48)	3.93(1.12)	4.08(1.29)	5.05(1.98)	4.67(1.49)	4.82(1.69)
Désengagement comportemental	3.23(1.69)	3.61(1.42)	3.44(1.54)	3.40(1.57)	3.63(1.52)	3.54(1.53)
Ventilation émotionnelle	4.50(1.84)	3.96(1.29)	4.20(1.56)	5.15(1.89)	4.17(1.59)	4.56(1.77)
Reformulation positive	5.45(1.53)	5.39(1.68)	5.42(1.60)	5.65(1.87)	5.70(1.66)	5.68(1.73)
Planification	6.32(1.29)	6.32(1.85)	6.32(1.61)	6.70(1.87)	6.37(1.96)	6.50(1.91)
Humour	5.09(2.04)	5.03(2.18)	5.06(2.10)	5.40(2.14)	5.73(2.09)	5.60(2.09)
Acceptation	5.41(1.40)	5.39(1.52)	5.40(1.45)	4.20(1.88)	4.60(1.71)	4.44(1.77)
Religion	3.59(1.50)	2.53(0.99)	3.00(1.34)	2.95(1.35)	3.63(1.79)	3.36(1.65)
Accusation de soi	4.41(2.08)	4.14(1.55)	4.26(1.79)	4.75(2.12)	4.30(1.88)	4.48(1.97)
Utilisation d'un soutien instrumental	4.91(1.79)	4.46(1.59)	4.66(1.68)	5.60(1.98)	5.20(2.02)	5.36(1.99)
Dépression	3.36(4.47)	5.64(5.02)	4.64(4.87)	3.60(4.28)	3.03(2.85)	3.26(3.47)
Anxiété	44.82(6.51)	37.36(6.59)	40.64(7.49)	41.10(6.66)	44.20(7.57)	42.96(7.31)
Restriction des activités	8.73(2.57)	9.21(3.27)	9.00(2.96)	-	-	-
Dissimulation de l'asthme	3.45(1.65)	4.28(2.24)	3.92(2.03)	-	-	-
Reformulation positive à propos de l'asthme	9.95(2.57)	10.71(2.47)	10.38(2.52)	-	-	-
Recherche de l'information	8.86(2.47)	9.03(1.93)	8.96(2.17)	-	-	-
Ignorance de l'asthme	8.18(2.13)	8.75(2.38)	8.50(2.27)	-	-	-
Inquiétude à propos de l'asthme	9.27(3.01)	9.17(2.76)	9.22(2.84)	-	-	-

Note. Les écarts types sont entre parenthèses

Tableau 10
Moyennes et écarts types des valeurs, des stratégies de coping et des symptômes psychopathologiques chez les adolescents français

	Adolescents atteints d'asthme (n = 50)			Adolescents en bonne santé (n = 50)		
	Filles (20)	Garçons (30)	Total (50)	Filles (35)	Garçons (15)	Total (50)
Valeur de santé	14.15(5.03)	12.27(5.19)	13.02(5.16)	14.88(3.71)	15.53(1.73)	15.08(3.24)
Valeur de la vie excitante	10.75(5.37)	10.37(5.44)	10.52(5.36)	9.60(4.72)	12.27(4.92)	10.40(4.89)
Distraction	5.65(1.63)	6.30(1.46)	6.04(1.55)	5.20(1.32)	5.07(1.53)	5.16(1.37)
Actif	4.10(1.83)	4.27(1.85)	4.20(1.83)	4.71(1.47)	5.13(1.73)	4.84(1.54)
Déni	3.15(1.35)	3.47(1.89)	3.34(1.68)	3.23(1.39)	2.73(0.96)	3.08(1.29)
Utilisation de substances	2.85(1.93)	2.20(0.66)	2.46(1.34)	2.03(0.17)	2.00(00)	2.02(0.14)
Utilisation d'un soutien émotionnel	4.05(1.99)	4.20(1.97)	4.14(1.96)	4.26(1.63)	3.93(1.33)	4.16(1.54)
Désengagement comportemental	3.75(1.77)	3.07(1.26)	3.34(1.51)	3.60(1.67)	2.73(1.03)	3.34(1.55)
Ventilation émotionnelle	4.55(2.06)	4.47(1.87)	4.50(1.93)	4.11(1.64)	3.80(1.32)	4.02(1.54)
Reformulation positive	4.60(1.63)	4.93(2.02)	4.80(1.86)	4.66(1.55)	5.23(1.16)	4.84(1.46)
Planification	3.80(1.47)	4.00(1.51)	3.92(1.48)	4.51(1.56)	5.07(1.22)	4.68(1.48)
Humour	3.25(1.55)	4.07(1.91)	3.74(1.80)	3.40(1.48)	4.72(1.33)	3.80(1.55)
Acceptation	4.85(1.81)	5.77(2.04)	5.40(1.99)	5.23(1.88)	5.20(1.97)	5.22(1.89)
Religion	3.20(2.24)	3.70(2.19)	3.50(2.21)	3.26(1.93)	2.53(0.91)	3.04(1.71)
Accusation de soi	4.45(2.04)	4.03(1.75)	4.20(1.86)	4.37(1.66)	3.60(1.18)	4.14(1.56)
Utilisation d'un soutien instrumental	4.20(2.33)	4.57(2.01)	4.42(2.13)	4.34(1.78)	4.27(1.67)	4.32(1.73)
Dépression	6.60(5.72)	4.70(4.29)	5.46(4.94)	5.91(4.91)	3.27(2.68)	5.12(4.51)
Anxiété	44.05(11.66)	39.47(9.58)	41.30(10.59)	42.91(8.22)	40.27(4.88)	42.12(7.43)
Restriction des activités	7.90(3.43)	6.73(2.97)	7.20(3.18)	-	-	-
Dissimulation de l'asthme	5.20(3.74)	4.00(2.85)	4.48(3.25)	-	-	-
Reformulation positive à propos de l'asthme	11.95(2.66)	12.47(2.27)	12.26(2.42)	-	-	-
Recherche de l'information	7.15(2.56)	7.80(2.52)	7.54(2.53)	-	-	-
Ignorance de l'asthme	11.40(3.47)	10.03(3.76)	10.58(3.68)	-	-	-
Inquiétude à propos de l'asthme	7.65(2.37)	7.73(2.61)	7.70(2.49)	-	-	-

Note. Les écarts types sont entre parenthèses

2.4.2 Analyse MANOVA

2.4.1.1 Analyse MANOVA chez les adolescents russes et français atteints d'asthme

Stratégies de coping

Nos résultats montrent que la nationalité a un effet significatif sur les stratégies de coping générales suivantes : le coping actif ($F(24,73) = 11.73$, $p = .001$, $\eta^2 = .109$), la planification ($F(24,73) = 58.39$, $p < .001$, $\eta^2 = .378$) et l'humour ($F(24,73) = 12.51$, $p = .001$, $\eta^2 = .115$). En effet, les adolescents russes utilisent davantage la stratégie de coping actif, la planification et l'humour que les adolescents français. Par ailleurs, la nationalité et le sexe ont un effet significatif sur la stratégie de coping 'religion' ($F(24,73) = 4.56$, $p = .035$, $\eta^2 = .045$). Les filles russes et les garçons français utilisent davantage cette stratégie de coping que les garçons russes et les filles françaises.

La nationalité a un effet significatif sur les stratégies de coping spécifiques à l'asthme suivantes : la restriction des activités ($F(24,73) = 7.04$, $p = .009$, $\eta^2 = .068$), la reformulation positive ($F(24,73) = 13.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .127$), la recherche d'information ($F(24,73) = 9.42$, $p = .003$, $\eta^2 = .089$), l'ignorance de l'asthme ($F(24,73) = 13.31$, $p < .001$, $\eta^2 = .122$) et l'inquiétude à propos de l'asthme ($F(24,73) = 7.84$, $p = .006$, $\eta^2 = .075$). Les adolescents russes utilisent davantage les stratégies de coping : la restriction des activités, la recherche d'information et l'inquiétude à propos de l'asthme, que les adolescents français. Les adolescents français utilisent quant à eux davantage la reformulation positive et l'ignorance de l'asthme par rapport aux adolescents russes.

Symptômes psychopathologiques

Le sexe a un effet significatif sur les symptômes anxieux ($F(24,73) = 11.58$, $p = .001$, $\eta^2 = .108$). Les filles ont ainsi plus de symptômes de l'anxiété intense que les garçons. La nationalité et le sexe ont un effet significatif sur les symptômes dépressifs ($F(24,73) = 4.52$, $p = .036$, $\eta^2 = .045$). Les garçons russes et les filles françaises ont des symptômes dépressifs plus élevés que les filles russes et les garçons français.

2.4.1.2 Analyse MANOVA chez les adolescents russes en bonne santé et atteints d'asthme

Stratégies de coping

Il apparaît que l'état de santé a un effet significatif sur l'emploi de la stratégie 'utilisation d'un soutien émotionnel' ($F(18,79) = 6.09$, $p = .015$, $\eta^2 = .060$). Les adolescents en bonne santé utilisent davantage cette stratégie que les adolescents atteints d'asthme. L'état de santé a également un effet significatif sur l'acceptation ($F(18,79) = 9.12$, $p = .003$, $\eta^2 = .087$) ; en effet les adolescents atteints d'asthme utilisent davantage cette stratégie que les adolescents en bonne santé.

Le sexe a un effet significatif sur la stratégie de coping 'ventilation émotionnelle' ($F(18,79) = 5.19$, $p = .025$, $\eta^2 = .051$). Les filles utilisent davantage cette stratégie de coping que les garçons. Le sexe et l'état de santé ont un effet significatif sur la stratégie de coping 'religion' ($F(18,79) = 8.72$, $p = .004$, $\eta^2 = .083$). Les filles atteintes d'asthme et les garçons en bonne santé utilisent davantage cette stratégie de coping que les filles en bonne santé et les garçons atteints d'asthme.

Symptômes psychopathologiques

Nos résultats montrent que le sexe et l'état de santé ont un effet significatif sur les symptômes anxieux ($F(18,79) = 14.24$, $p < .001$, $\eta^2 = .129$). Les filles atteintes d'asthme et les garçons en bonne santé ont des symptômes anxieux plus élevés que les garçons atteints d'asthme et les filles en bonne santé.

2.4.1.3 Analyse MANOVA chez les adolescents français en bonne santé et atteints d'asthme

Stratégies de coping

L'état de santé a un effet significatif sur les stratégies 'distraction' ($F(18,79) = .7.42$, $p = .008$, $\eta^2 = .072$), 'coping actif' ($F(18,79) = 4.23$, $p = .042$, $\eta^2 = .042$) et 'planification' ($F(18,79) = 8.09$, $p = .005$, $\eta^2 = .078$). Les adolescents atteints d'asthme utilisent davantage la distraction que les adolescents en bonne santé. Ces derniers utilisent davantage le coping actif et la panification que les adolescents atteints d'asthme.

Le sexe a un effet significatif sur le désengagement comportemental ($F(18,79) = 6.01$, $p = .016$, $\eta^2 = .059$). En effet les filles utilisent cette stratégie de coping davantage que les garçons. Le sexe a également un effet significatif sur l'utilisation de l'humour ($F(18,79) = 9.90$, $p = .002$, $\eta^2 = .094$). Les garçons utilisent davantage cette stratégie de coping que les filles.

Symptômes psychopathologiques

Le sexe a un effet significatif sur les symptômes dépressifs ($F(18,79) = 5.35$, $p = .023$, $\eta^2 = .053$). Les filles ont des symptômes dépressifs plus intenses que les garçons.

2.4.2 Analyse de corrélation

Le tableau 11 illustre les corrélations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes atteints d'asthme. La valeur de santé est corrélée avec la stratégie de coping spécifique à l'asthme : la dissimulation de l'asthme (r -.32= , $p < .05$).

Le tableau 12 présente les corrélations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents français atteints d'asthme. La valeur de santé est corrélée avec les stratégies de coping : la restriction des activités ($r = -.31$, $p < .05$), l'inquiétude à propos de l'asthme ($r = .31$, $p < .05$), le déni ($r = .29$, $p < .05$), la reformulation positive ($r = .30$, $p < .05$) et l'acceptation ($r = .29$, $p < .05$). La valeur de santé est également corrélée avec les symptômes anxieux ($r = -.32$, $p < .05$). La valeur de la vie excitante est corrélée avec les stratégies de coping 'restriction des activités' ($r = .28$, $p < .05$), 'ignorance de l'asthme' ($r = .38$, $p < .01$), 'inquiétude à propos de l'asthme' ($r = -.37$, $p < .01$), 'déni' ($r = -.39$, $p < .01$) et 'désengagement comportemental' ($r = -.28$, $p < .05$).

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	*24*
-.26	-.07	-.32*	-.13	-.02	-.24	.06	.07	-.16	.21	.21	-.16	-.03	-.16	.18	-.01	.04	.10	-.14	.03	.07	-.26	.16
-	-.12	.15	-.07	.12	-.21	-.16	-.01	-.22	.15	-.11	.03	.07	-.05	-.14	.03	-.04	.02	.01	-.08	.07	.19	-.27
	-	.01	.44**	.56**	.35*	.74**	-.17	-.05	-.19	-.05	-.34*	.16	-.12	-.37**	-.09	-.36*	-.18	-.21	-.37**	-.25	-.06	-.08
		-	.20	-.08	.33*	-.20	.15	.34*	.13	-.17	.13	-.11	.07	.16	.09	.23	-.04	-.09	-.09	.02	-.19	-.14
			-	.48**	.46**	.45**	-.05	-.07	-.34*	-.09	-.17	-.12	-.19	-.29*	-.32*	-.29*	-.08	-.02	-.51**	-.23	.05	-.22
				-	.16	.68**	-.19	-.11	-.09	.16	-.41**	-.05	-.28*	-.32*	-.17	-.25	-.26	-.34*	-.32*	-.05	-.02	-.07
					-	.42**	.01	.14	.00	-.15	.08	-.08	.12	-.11	-.04	.01	-.02	.07	-.12	-.27	-.16	-.00
						-	-.20	-.08	-.12	.13	-.26	-.04	-.08	-.29*	-.17	-.22	-.27	-.12	-.29*	-.09	-.07	.04
							-	.18	.04	.01	.11	-.13	.02	.34*	-.17	.60**	.42**	.11	.19	.08	-.06	.04
								-	.24	-.14	.29*	-.31*	.25	.29*	.39**	.47**	.09	.31*	.13	.29*	-.03	.24
									-	.19	.37**	.32*	.29*	.35*	.28*	.39**	.32*	.18	.38**	.45**	-.19	.23
										-	.041	.076	.024	.077	-.239	-.126	.015	.020	.19	.29*	-.25	.19
											-	.14	.69**	.51**	.41**	.40**	.00	.52**	.42**	.52**	-.11	.32*
												-	.28*	-.29*	-.15	-.20	.22	.11	.13	.08	.18	-.11
													-	.24	.21	.34*	.12	.39**	.31*	.51**	.00	.28
														-	.35*	.68**	.00	-.01	.37**	.48**	-.17	.32*
															-	.18	-.33*	.07	.34*	.06	-.14	.14
																-	.38**	.11	.45**	.56**	-.07	.26
																	-	.30*	.26	.16	.19	.11
																		-	.29*	.19	.01	.31*
																			-	.37**	-.06	.32*
																				-	-.00	.35*
																					-	-.36*
																						-

Note. n = 50, p* < .05, p** < .01,
p*** < .001

Tableau 11

	1
1.Valeur de santé	-
2.Valeur de la vie excitante	
3.Restriction des activités	
4.Dissimulation de l'asthme	
5.Reformulation positive à propos de l'asthme	
6.Recherche de l'information	
7.Ignorance de l'asthme	
8.Inquiétude à propos de l'asthme	
9.Distraction	
10.Actif	
11.Déni	
12.Utilisation de substances	
13.Utilisation d'un soutien émotionnel	
14.Désengagement comportemental	
15.Ventilation émotionnelle	
16.Reformulation positive	
17.Planification	
18.Humour	
19.Acceptation	
20.Réligion	
21.Accusation de soi	
22.Utilisation d'un soutien instrumental	
23.Dépression	
24.Anxiété	

Tableau 12

Corrélations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents français atteints d'asthme

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.Valeur de santé	-	-.18	-.31*	-.10	.01	-.01	-.26	.31*	.11	.22	.29*	-.01	.04	-.15	.16	.30*	.09	.14	.29*	.09	-.21	-.02	-.24	-.32*
2.Valeur de la vie excitante		-	.28*	-.07	.19	.12	.38**	-.37**	-.25	.13	-.39**	.11	-.07	-.28*	.02	-.03	.27	-.04	.20	-.09	.24	-.01	.04	-.08
3.Restriction des activités			-	.03	-.15	-.06	.29*	-.29*	-.13	-.25	-.19	.29*	-.18	.25	-.05	-.08	-.04	-.38**	-.20	.29*	.13	-.15	.31*	.21
4.Dissimulation de l'asthme				-	-.18	-.43**	.53**	.01	-.06	-.32*	.14	.32*	-.31*	.39**	-.37**	-.14	-.02	-.18	-.23	-.33*	.22	-.45**	.50**	.43**
5.Reformulation positive à propos de l'asthme					-	.24	.09	.23	.17	.31*	-.01	-.49**	-.02	-.33*	-.10	.35*	.38**	.18	.39**	.15	-.16	.17	-.49**	-.29*
6.Recherche de l'information						-	-.24	.41**	-.09	.43**	.04	-.19	.01	-.49**	.03	.19	.19	-.09	.16	.03	-.36*	.29*	-.31*	-.38**
7.Ignorance de l'asthme							-	-.22	-.28*	-.2	-.07	.08	-.06	.24	.02	-.25	.06	-.58**	.02	-.31*	.49**	-.02	.31*	.34*
8.Inquiétude à propos de l'asthme								-	.16	-.02	.49**	-.21	-.11	-.04	-.15	.11	-.00	.05	.10	.29*	-.18	-.11	-.07	-.02
9.Distraction									-	-.29*	.15	-.39**	-.04	.12	-.27	.42**	-.08	.32*	.42**	.27	-.29*	-.18	-.16	-.04
10.Actif											-.25	-.18	.05	-.42**	.12	.25	.55**	.16	.13	-.24	-.40**	.34*	-.45**	-.53**
11.Déni											-	-.06	.02	.03	-.12	.00	-.02	-.09	-.08	.18	-.08	-.19	-.00	.11
12.Utilisation de substances												-	-.17	.19	.16	-.31*	-.19	-.04	-.28*	-.01	.37**	-.38**	.61**	.35*
13.Utilisation d'un soutien émotionnel													-	-.02	.61**	-.03	-.21	.04	-.02	-.15	.14	.65**	.03	.22
14.Désengagement comportemental														-	-.12	-.25	-.42**	-.12	-.15	.17	.39**	-.24	.60**	.65**
15.Ventilation émotionnelle															-	-.17	-.12	-.03	.04	-.07	.26	.66**	.07	.04
16.Reformulation positive																-	.31*	.23	.46**	.07	-.38**	-.09	-.31*	-.39**
17.Planification																	-	.19	.29*	-.04	-.43**	-.08	-.44**	-.57**
18.Humour																		-	.32*	.33*	-.28*	-.13	-.14	-.24
19.Acceptation																			-	.30*	-.09	-.02	-.35*	-.39**
20.Réligion																				-	-.08	-.33*	-.09	-.08
21.Accusation de soi																					-	-.09	.58**	.67**
22.Utilisation d'un soutien instrumental																						-	-.24	-.13
23.Dépression																							-	.79**
24.Anxiété																								-

Note. $n = 50$, $p^* < .05$, $p^{**} < .01$, $p^{***} < .001$

Marina Iosifyan - Thèse de doctorat - 2015

2.4.3 Analyse de médiation

Nous avons testé le rôle des stratégies de coping en tant que médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques. Le tableau 13 illustre les effets indirects et directs des valeurs sur les symptômes de dépression et d'anxiété à travers les facteurs-médiateurs. L'effet est significatif quand le zéro n'est pas inclu dans l'intervalle de confiance.

Tableau 13
Les effets directs et indirects sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents français et russes atteints d'asthme

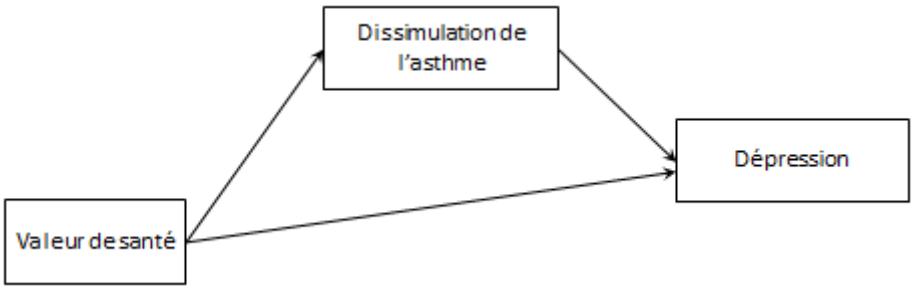
	Français			Russes		
	Effet	SE	95% CI	Effet	SE	95% CI
Valeur de santé						
VS→anxiété	-.651	.281	[-1.22, -.08]	.213	.194	[-.18, .60]
VS→ Restriction des activités→ A	-.091	.096	[-.36, .04]	.007	.032	[-.03, .12]
VS→ Reformulation positive →A	-.008	.107	[-.23, .20]	.037	.052	[-.02, .22]
VS→ Recherche de l'information →A	.009	.082	[-.13, .21]	.002	.032	[-.04, .09]
VS→ Inquiétude à propos de l'asthme →A	.055	.101	[-.12, .29]	.002	.029	[-.04, .09]
VS→ Ignorance de l'asthme →A	-.150	.121	[-.51, .00]	-.012	.053	[-.18, .06]
VS→ Dissimulation de l'asthme →A	-.090	.113	[-.39, .08]	.044	.082	[-.08, .26]
	-.234	.134	[-.50, .04]	-.232	.124	[-.48, .02]
VS→dépression						
VS→ Restriction des activités→ D	**-.078**	**.051**	**[-.24, -.01]**	.005	.025	[-.02, .09]
VS→ Reformulation positive →D	-.006	.077	[-.14, .17]	-.002	.022	[-.06, .03]
VS→ Recherche de l'information →D	.003	.033	[-.04, .09]	.001	.017	[-.01, .06]
VS→ Inquiétude à propos de l'asthme →D	.001	.045	[-.10, .08]	-.003	.021	[-.07, .02]
VS→ Ignorance de l'asthme →D	-.067	.049	[-.21, .00]	.050	.043	[.00, .17]
VS→ Dissimulation de l'asthme →D	-.051	.057	[-.19, .04]	**.087**	**.057**	**[.01, .25]**
Valeur de la vie excitante						
VVE→anxiété	-.153	.284	[-.72, .42]	-.397	.201	[-.80, .01]
VVE→ Restriction des activités→ A	**.164**	**.115**	**[.02, .50]**	.021	.052	[-.03, .21]
VVE→ Reformulation positive →A	-.114	.109	[-.44, .01]	.025	.061	[-.07, .18]
VVE→ Recherche de l'information →A	-.091	.095	[-.35, .04]	-.006	.041	[-.15, .04]
VVE→ Inquiétude à propos de l'asthme →A	.045	.125	[-.15, .36]	.001	.046	[-.09, .11]
VVE→ Ignorance de l'asthme →A	**.321**	**.149**	**[.09, .71]**	.019	.055	[-.06, .17]
VVE→ Dissimulation de l'asthme →A	-.056	.121	[-.37, .14]	-.022	.050	[-.19, .03]
VVE→dépression	.041	.133	[-.23, .31]	.184	.133	[-.08, .45]
VVE→ Restriction des activités → D	**.094**	**.059**	**[.01, .26]**	.004	.031	[-.04, .11]
VVE→ Reformulation positive →D	-.094	.077	[-.30, .01]	-.004	.023	[-.09, .02]
VVE→ Recherche de l'information →D	-.036	.042	[-.15, .01]	-.005	.028	[-.10, .03]
VVE→ Inquiétude à propos de l'asthme →D	.022	.054	[-.05, .17]	.006	.032	[-.04, .11]
VVE→ Ignorance de l'asthme →D	**.119**	**.061**	**[.03, .28]**	.025	.039	[-.02, .15]
VVE→ Dissimulation de l'asthme →D	-.031	.067	[-.19, .08]	-.032	.042	[-.16, .01]

Note. VS = valeur de santé ; VVE = valeur de la vie excitante ; D = symptômes de la dépression ; A = symptômes de l'anxiété ; SE = erreur standard ; CI = intervalle de confiance.

Chez les adolescents russes atteints d'asthme, la stratégie de coping spécifique à l'asthme, 'dissimulation de l'asthme', est le médiateur entre la valeur de santé et les symptômes

dépressifs (coefficients de régression suivants : *b* = -.12, *t*(47) = -2.31, *p* = .025 (a-path) et *b* = -.74, *t*(47) = -2.20, *p* = .033 (b-path) ; Figure 10). Nos analyses n'ont pas montré que les stratégies de coping générales étaient les médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes atteints d'asthme.

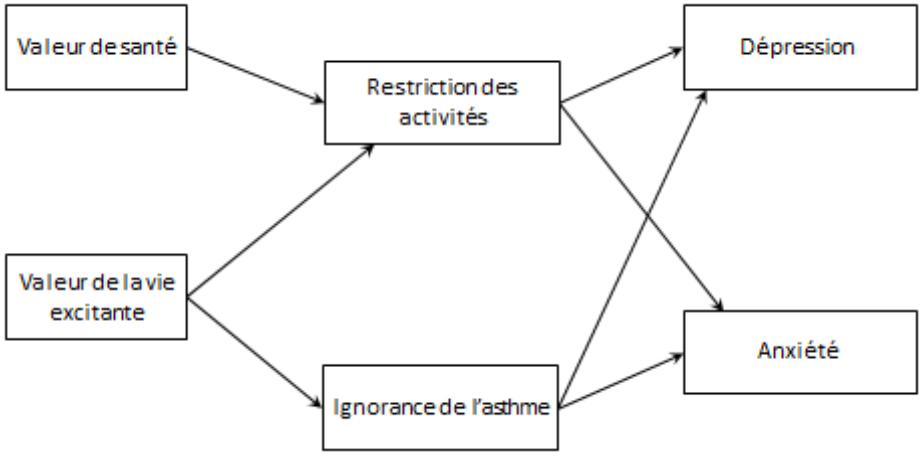
Figure 10. La stratégie de coping spécifique à l'asthme en tant que médiateur entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs chez les adolescents russes atteints d'asthme.



Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que le sexe avait un effet significatif sur les symptômes anxieux chez les adolescents russes, l'analyse des valeurs, des stratégies de coping et de l'anxiété a été effectuée chez les filles et les garçons dans nos deux sous-groupes (les adolescents russes en bonne santé et atteints d'asthme). Aucun effet significatif de la médiation n'a été retrouvé dans ces deux sous-groupes.

Nos résultats montrent que chez les adolescents français atteints d'asthme, la stratégie de coping 'restriction des activités' médiatise la relation entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : *b* = -.17, *t*(47) = -2.13, *p* = .038 (a-path) et *b* = .44, *t*(47) = 1.94, *p* = .054 (b-path) ; Figure 11). Cette stratégie de coping médiatise la relation entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxieux (coefficients de régression : *b* = .17, *t(47)* = 2.17, *p* = .035 (a-path) et *b* = .95, *t*(47) = 1.89, *p* = .055 (b-path)) et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : *b* = .17, *t*(47) = 2.16, *p* = .035 (a-path) et *b* = .55, *t*(47) = 2.36, *p* = .022 (b-path) ; Figure 11). La stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' médiatise la relation entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxieux (coefficients de régression : *b* = .26, *t*(47) = 2.82, *p* = .001 (a-path) et *b* = 1.24, *t*(47) = 2.99, *p* = .004 (b-path)) et les symptômes dépressifs aussi (coefficients de régression : *b* = .26, *t(47) = 2.82*, *p* = .007 (a-path) et *b* = .46, *t*(47) = 2.30, *p* = .026 (b-path) ; Figure 11).

Figure 11. Les stratégies de coping en tant que médiateurs entre les valeurs et les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents français atteints d'asthme.



Les stratégies de coping générales constituent également des médiateurs entre les valeurs et les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents français atteints d'asthme. Ainsi, 'la reformulation positive' médiatise les relations entre la valeur de santé et les symptômes anxieux (coefficients de régression : b = .11, $t(47)$ = 2.19, p = .033 (a-path) et b = -1.84, $t(47)$ = -2.36, p = .022 (b-path)). L'effet indirect de la valeur de santé sur ces symptômes est significatif (= -.20, 95% CI [-.54, -.02]). La stratégie de coping 'désengagement comportemental' médiatise les relations entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxieux (coefficients de régression : b = -.08, $t(47)$ = -2.06, p = .045 (a-path) et b = 4.82, $t(47)$ = 6.01, p < .001 (b-path)) et dépressifs (coefficients de régression : b = -.08, $t(47)$ = -2.06, p = .045 (a-path) et b = -2.21, $t(47)$ = 5.79, p < .001 (b-path)). L'effet indirect de la valeur de la vie excitante sur ces symptômes est significatif (= -.38, CI [-.81, -.04] ; = -.17, 95% CI [-.36, -.02]).

Les valeurs ont également un rôle de médiation entre les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et les symptômes psychopathologiques. En effet, la valeur de santé médiatise les relations entre la stratégie de coping 'inquiétude à propos de l'asthme' et les symptômes anxieux (coefficients de régression : b = .65, $t(47)$ = 2.29, p = .026 (a-path) et b = -.70, $t(47)$ = -2.37, p = .022 (b-path)). L'effet indirect de cette stratégie de coping sur ces symptômes est significatif (= -.46, 95% CI [-1.13, -.08]).

Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que le sexe avait un effet significatif sur les symptômes dépressif, nous avons effectué une analyse des valeurs, des stratégies de coping et de la dépression chez les filles et les garçons dans deux sous-groupes (les adolescents français en bonne santé et atteints d'asthme). Notre étude indique que chez les filles, la stratégie de coping 'reformulation positive' médiatise les relations entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : b = .10, t(52) = 2.02, p = .048 (a-path) et b = -1.71, t(52) = -4.35, p = .0001 (b-path)). L'effet indirect est significatif (= -.17, 95% CI [-.35, -.05]).

Chez les garçons, la stratégie de coping 'désengagement comportemental' médiatise les relations entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : b = -.10, t(42) = -2.69, p = .009 (a-path) et b = 1.59, t(42) = 3.63, p = .001 (b-path) ; effet indirect = -.16, 95% CI [-.39, -.03]). La stratégie de coping 'accusation de soi' médiatise les relations entre la valeur de la vie excitante et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : b = .11, t(42) = 2.51, p = .016 (a-path) et b = 1.49, t(42) = 4.55, p < .001 (b-path) ; effet indirect = .16, 95% *CI* [.05, .34], Figure 15).

Dans la mesure où l'analyse MANOVA a montré que le sexe avait un effet significatif sur les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents russes et français atteints d'asthme, nous avons mené une analyse des valeurs, des stratégies de coping et de l'anxiété chez les filles et les garçons dans deux sous-groupes (les adolescents russes et français atteints d'asthme). Il apparaît que chez les filles, la stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' médiatise les relations entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs (coefficients de régression: b = -.19, t(39) = -2.05, p = .046 (a-path) et b = .69, t(39) = 2.87, p = .006 (b-path) ; effet indirect = -.14, 95% CI [-.33, -.03]) et anxieux (coefficients de régression: b = -.19, t(39) =- 2.05, p = .046 (a-path) et b = 1.26, t(39) = 2.94, p = .005 (b-path) ; effet indirect = -.25, 95% CI [-.71, -.03], Figure 12).

Chez les garçons russes et français atteints d'asthme, la stratégie de coping 'accusation de soi' médiatise les relations entre la valeur de la vie excitante et les symptômes de la dépression (coefficients de régression: b = .11, t(55) =- 3.14, p = .003 (a-path) et b = .82, t(55) = 2.12, p = .038 (b-path) ; effet indirect = .09, 95% CI [.01, .24];) et de l'anxiété (coefficients de régression : b = .11, t(55) = 3.14, p = .003 (a-path) et b = 2.67, t(55) = 4.24, p = .0001 (b-path) ; = .31, 95% CI [.11, .65] ; Figure 13).

Figure 12. La stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' en tant que médiateur entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs et anxieux chez les filles russes et françaises atteintes d'asthme.

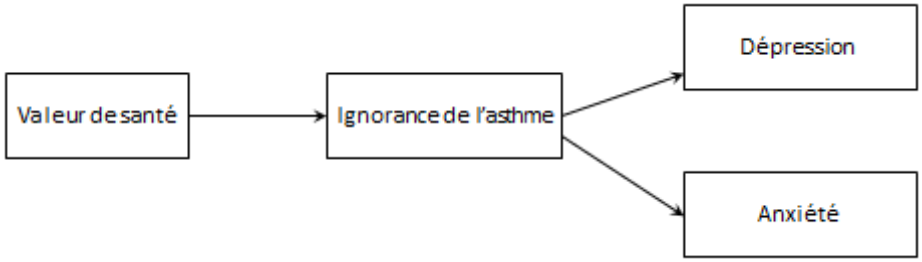


Figure 13. La stratégie de coping 'accusation de soi' en tant que médiateur entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxio-dépressifs chez les garçons russes et françaises atteints d'asthme.



La valeur de santé a joué le rôle de médiateur entre la stratégie de coping 'restriction des activités' et les symptômes dépressifs (coefficients de régression : b = -.48, t(55) =- 2.26, p = .027 (a-path) et b = -.26, t(55) = -2.25, p = .028 (b-path) ; effet indirect = .13, 95% CI [.01, .38]).

2.5 Discussion

Nous avons montré que les stratégies de coping sont les médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents atteints d'asthme.

La stratégie de coping spécifique à l'asthme 'dissimulation de l'asthme' joue le rôle de médiateur entre la valeur de santé et les symptômes dépressifs chez les adolescents russes atteints d'asthme. Plus les adolescents russes valorisent la santé, et moins ils utilisent la stratégie de coping 'dissimulation de l'asthme'. Autrement dit, ils ne cachent pas leur asthme et préfèrent en discuter avec les autres. Selon Lazarus et Folkman (1984), si la santé est considérée comme une valeur importante et est menacée, cette valeur active seulement celles des stratégies de coping qui permettent de neutraliser la menace sur la santé. Puisque dissimuler l'asthme peut endommager la santé, les adolescents qui valorisent la santé utilisent moins cette stratégie de coping évitant.

La littérature antérieure a souligné que la stratégie de coping ‘dissimulation de l’asthme’ est associée à une mauvaise qualité de vie chez les patients atteints d’asthme (Van De Ven & Engels, 2011). Cependant, notre étude montre que moins les adolescents russes utilisent cette stratégie, plus ils présentent des symptômes dépressifs intenses, comme si la dissimulation de l’asthme avait un effet protecteur par rapport à la dépression. Ce résultat peut être expliqué par des éléments culturels : dans la culture russe, culture non-occidentale et collectiviste, partager ses problèmes est considéré comme les faire peser sur les autres (Bardi & Guerra, 2011). Dans les cultures non-occidentales et collectivistes, la valeur du bien commun est considérée comme plus importante que la valeur du bien individuel. En discutant de son asthme avec les autres, les adolescents russes peuvent ressentir des émotions négatives car ils présentent un comportement non-encouragé dans leur milieu culturel. Cette spécificité culturelle peut expliquer l’émergence de symptômes dépressifs quand les adolescents russes partagent leurs soucis à propos d’asthme avec d’autres personnes.

Cependant certains résultats de notre recherche ont montré que la distinction stricte entre les cultures collectivistes et individualistes n’est pas toujours pertinente. Dans une recherche récente, Magun et Rudnev (2012) ont mis en évidence que les Russes sont plus orientés vers des valeurs d’affirmation de soi (comme le pouvoir et la réussite, les valeurs individuelles), tandis que les Français sont plus orientés vers des valeurs de dépassement de soi (comme la bienveillance et l’universalisme, les valeurs collectivistes). La valeur de santé est une valeur individuelle plutôt que collectiviste. Son importance pour les adolescents russes peut signifier que la culture russe n’est pas purement collectiviste. D’une part, l’importance accordée à la valeur de santé stimule les adolescents à moins utiliser la stratégie de coping qui pourrait être nuisible à leur asthme, d’autre part l’utilisation de cette stratégie de coping dans le contexte socio-culturel russe provoque le développement de symptômes dépressifs.

Chez les adolescents français, les stratégies de coping sont aussi des médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques. Les stratégies de coping spécifiques à l’asthme ‘ignorance de l’asthme’ et ‘restriction des activités’ sont les médiateurs entre la valeur de la vie excitante et les symptômes anxieux et dépressifs. Plus les adolescents français valorisent la vie excitante, plus ils utilisent les stratégies de coping évitant (ignorent leur asthme et évitent les activités pour ne pas avoir une crise d’asthme). Il est probable que l’asthme soit perçu comme une barrière à la possibilité d’avoir une vie riche en événements et en émotions. De plus, le fait de s’engager dans une vie excitante, avec beaucoup de sensations

et d'événements, peut constituer une forme de coping évitant. Ainsi la valeur de la vie excitante active le déploiement de la stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' et 'restriction des activités'. Parallèlement, en activant ces stratégies, les adolescents français présentent des symptômes anxieux et dépressifs plus intenses. Ce résultat correspond aux données des recherches qui ont montré que les stratégies de coping 'ignorance de l'asthme' et 'restriction des activités' étaient associées à une mauvaise qualité de vie chez les patients français (Lahaye, Fantini-Hauwel, Van Broeck, Bodart & Luminet, 2011). Ces stratégies appartiennent au coping évitant et sont souvent associées dans la culture occidentale à des conséquences délétères pour la qualité de vie (Bardi & Guerra, 2011). Si l'asthme menace la possibilité de mener une vie excitante, importante pour les adolescents, cela entraine l'adoption d'une stratégie de coping qui augmente les symptômes psychopathologiques. Les liens entre la valeur de la vie excitante et les symptômes psychopathologiques peuvent être également expliqués à travers le terme des *activités de la vie valorisées*. La limitation des activités valorisées à cause de la maladie ou de son traitement détermine la mauvaise qualité de vie et la dépression chez les patients (Katz, Yelin, Eisner, Earnest & Blanc, 2004).

Notre hypothèse selon laquelle l'adoption de stratégies de coping pour lutter contre l'asthme pouvait influencer les valeurs des patients a été partiellement justifiée. En effet, plus les adolescents français s'inquiètent à propos de leur asthme, plus ils valorisent la santé. Les problèmes de santé stimulent la valorisation de la santé ; l'importance de la santé devient reconnue et cognitivement accessible (Kristiansen, 1986 ; Fischer & Tarquinio, 2002). En valorisant la santé, les adolescents français présentent des symptômes psychopathologiques moins intenses. Cela peut expliquer le résultat quelque peu paradoxal concernant l'association entre la stratégie de coping 'inquiétude à propos de l'asthme' et des scores d'anxiété inférieurs. Ainsi dans le cas où l'inquiétude à propos de l'asthme favorise l'importance de la valeur de santé, cette stratégie de coping n'est pas toujours associée à une mauvaise qualité de vie chez les adolescents.

Il apparaît que non seulement les stratégies de coping spécifiques à l'asthme mais aussi les stratégies de coping générales sont associées aux valeurs. Plus les adolescents français atteints d'asthme valorisent la santé, plus ils utilisent la stratégie de coping 'reformulation positive'. Autrement dit, la valorisation de la santé favorise chez les adolescents l'utilisation de cette stratégie de coping. Il n'est pas nécessaire que la santé soit menacée pour que la valeur de santé favorise l'adoption de cette stratégie. Les jeunes filles françaises en bonne santé, comme

celles atteintes d'asthme, rapportent les mêmes associations entre la valeur de santé, la reformulation positive et les symptômes dépressifs. Ce schéma de médiation n'est pas spécifique aux adolescents souffrant d'asthme.

La valorisation de son bien-être psychologique et physique stimule les adolescents à reconsidérer les événements stressants comme utiles et ayant un sens. En utilisant la reformulation positive, les adolescents présentent des symptômes dépressifs moins intenses. Cela confirme des travaux antérieurs comme ceux de Wrosch et Scheier (2003), qui ont montré que les stratégies de coping positif jouent un rôle important afin d'obtenir une meilleure qualité de vie.

Le fait que la valeur de santé ait un effet protecteur par rapport aux symptômes de dépression à travers la stratégie de coping 'reformulation positive' peut être important pour la pratique clinique. A travers la technique de la clarification des valeurs qui stimule les personnes à reconnaître les valeurs individuelles (comme la valeur de santé) à l'opposé des valeurs imposées, il est possible de favoriser l'utilisation de la reformulation positive. Certains chercheurs supposent que la clarification des valeurs est associée à des stratégies de coping positif, la pleine-conscience et une meilleure qualité de vie (Garland, Gaylord & Park, 2009).

Notre étude a montré que la valeur de santé était associée aux stratégies de coping, mais également la valeur de la vie excitante. Les adolescents français atteints d'asthme qui valorisent la vie excitante sont moins enclins à utiliser la stratégie de coping 'désengagement comportemental'. Cette stratégie de coping est positivement associée aux symptômes anxieux et dépressifs, ce qui correspond aux résultats de la recherche de Bardi et Guerra (2011). L'influence de la valeur de la vie excitante sur les symptômes psychopathologiques est ambiguë. D'un côté cette valeur favorise l'utilisation de la stratégie de coping 'ignorance de l'asthme' qui est associée à la dépression et à l'anxiété. D'un autre côté, elle incite les adolescents à ne pas utiliser la stratégie de coping 'désengagement comportemental'. Ces deux stratégies de coping sont considérées comme des stratégies de coping évitant.

Cela peut sembler paradoxal que la valeur de la vie excitante stimule l'utilisation d'une stratégie de coping évitant (l'ignorance de l'asthme, la restriction des activités) et décourage l'utilisation d'une autre stratégie de coping évitant (le désengagement comportemental). Ce fait peut être expliqué d'une part car les stratégies de coping 'ignorance de l'asthme' et

‘restriction des activités’ sont spécifiques à cette maladie, tandis que la stratégie de coping ‘désengagement comportemental’ est une stratégie de coping générale. De plus, la stratégie de coping ‘ignorance de l’asthme’ est une stratégie cognitive et non comportementale liée à la distraction, tandis que la stratégie de désengagement est une stratégie comportementale. La distraction cognitive n’est pas nécessairement liée au désengagement comportemental. Connor-Smith et Flachsbart (2007) soulignent que l’analyse factorielle a montré que ces deux stratégies de coping (la distraction et le désengagement) appartiennent à des facteurs différents. En valorisant la vie excitante, les adolescents peuvent se distraire de leur asthme, mais ils n’adoptent pas pour autant une stratégie de désengagement comportemental. Il est probable que la valorisation de la vie excitante, chargée en émotions et en événements, conduit les adolescents à ne pas utiliser de stratégie de coping ‘désengagement comportemental’.

La valorisation de santé a le même effet sur cette stratégie de coping. En valorisant la santé, les adolescents s’engagent moins au désengagement comportemental et à la restriction des activités et ressentent les symptômes dépressifs moins intenses. Ce schéma de médiation n’est pas spécifique aux adolescents atteints d’asthme et apparait aussi chez les garçons français en bonne santé. Il n’est pas nécessaire que la santé soit menacée par l’asthme pour que les adolescents qui valorisent la santé utilisent moins cette stratégie de coping évitant.

Nos résultats ont mis en évidence des différences au niveau des associations entre les valeurs et les stratégies de coping chez les adolescents atteints d’asthme en fonction de la culture d’origine. Néanmoins, il existe des similarités chez les filles et les garçons atteints d’asthme en Russie comme en France. Les jeunes-filles qui valorisent la santé utilisent moins la stratégie de coping ‘ignorance de l’asthme’ et ressentent ainsi moins de symptômes anxieux. Contrairement à notre hypothèse, la stratégie de coping évitant ‘ignorance de l’asthme’, entraine des symptômes anxieux chez les jeunes filles russes autant que chez les françaises. On peut faire l’hypothèse que même dans une culture non-occidentale, où le coping évitant est plus répandu, l’ignorance d’une telle maladie chronique comme l’asthme augmente le niveau d’anxiété chez les adolescents.

Le schéma similaire des valeurs et des stratégies de coping a également été mis en lumière chez les garçons atteints d’asthme dans les deux pays. Les jeunes garçons qui valorisent la vie excitante utilisent davantage la stratégie de coping ‘accusation de soi’ et rapportent plus des symptômes anxieux et dépressifs plus intenses. Il est probable que le désir d’avoir une vie

excitante, associée à des risques comportementaux, soit moins encouragé socialement. La valeur de la vie excitante est associée au comportement à risque (Chernoff & Davison, 1999) De plus, il a été montré que l'ennui (qui se développe à cause du manque de stimulation ; Iso-Ahola & Weissinger, 1990) influe sur le comportement à risque : fumer, consommer de l'alcool et des drogues (Wegner & Flisher, 2009). Prendre soin de sa santé, par contre, est largement encouragé chez les adolescents dans les deux pays. Cela peut expliquer pourquoi la valeur de la vie excitante est associée à l'accusation de soi chez les garçons français et russes atteints d'asthme. En utilisant la stratégie de coping 'accusation de soi', les garçons ressentent des symptômes dépressifs plus marqués. Ce pattern de médiation n'est pas spécifique aux adolescents atteints d'asthme. Les garçons français en bonne santé qui valorisent la vie excitante utilisent également la stratégie de coping 'accusation de soi' et rapportent des symptômes dépressifs en lien avec l'adoption de cette stratégie de coping.

Chez les garçons atteints d'asthme dans les deux cultures, la stratégie comportementale 'restriction des activités' influe sur les symptômes dépressifs à travers la valorisation de santé. Les garçons qui adoptent cette stratégie comportementale ont tendance à évaluer leur santé comme moins importante. Le traitement de l'asthme est souvent associé à des limitations des activités. Même si les adolescents malades ne suivent pas toujours les prescriptions médicales, ils ne sont parfois pas capables de mener certaines activités (par exemple sportives, ou de loisirs) à cause des crises d'asthme et ils sont contraints de les limiter voire de les abandonner. Il est possible qu'à cause de ces contraintes et limitations de certaines activités, la valeur de santé soit dépréciée par les adolescents. La dévalorisation de la santé est à son tour associée aux symptômes dépressifs.

On peut conclure que les valeurs et les stratégies de coping jouent un rôle important dans les symptômes de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents atteints d'asthme en France et en Russie. Ces résultats peuvent contribuer à la pratique clinique. La valorisation de la santé est associée aux symptômes dépressifs et anxieux moins intenses par l'intermédiaire des stratégies de coping utilisées. On peut encourager la valorisation de la santé pour stimuler les adolescents atteints d'asthme à utiliser davantage des stratégies de coping comme la 'reformulation positive', et utiliser moins les stratégies de coping comme l''ignorance de l'asthme', la 'dissimulation de l'asthme' et le 'désengagement comportemental' qui amènent à une mauvaise qualité de vie. Nous avons déjà remarqué que la technique de la clarification des valeurs (Santrock, 2007) peut être utilisée pour stimuler les adolescents à reconnaître la

valeur de bien-être psychologique et physique. La clarification des valeurs est actuellement incluse dans le modèle de pleine conscience (Carmody, Baer, Lykins & Olendzki, 2009). La clarification des valeurs permet à la personne de reconnaitre les valeurs qui sont importantes pour elle personnellement et non imposées dans le contexte socio-culturel.

Il est nécessaire de prendre en compte le fait que la valorisation de la santé est associée à des symptômes dépressifs plus intenses chez les adolescents russes et que ceci est médié par la stratégie de 'dissimulation de l'asthme'. Pour éviter le développement des symptômes dépressifs chez les adolescents russes qui n'utilisent pas la stratégie de coping 'dissimulation de l'asthme' et partagent leurs soucis à propos de leur maladie, il est possible de développer des programmes de soutien social. Ces programmes ont déjà montré leur influence positive sur la qualité de vie chez les adolescents atteints d'asthme dans les pays occidentaux (Rhee, Belyea, Hunt & Brasch, 2011).

Il est aussi possible de diminuer l'influence négative de la valeur de la vie excitante sur les symptômes dépressifs et anxieux à travers les stratégies de coping. Les programmes éducatifs et les psychothérapies qui soutiennent les adolescents dans leur adaptation à l'asthme peuvent les stimuler à ne pas percevoir leur asthme en tant que barrière pour accéder à une vie riche en événements et en émotions. Les psychothérapies basées sur la stimulation des patients à continuer à exercer les activités valorisées malgré la maladie chronique (par exemple remplacer les activités valorisées limitées à cause d'une maladie chronique par d'autres activités valorisées) ont déjà montré leur efficacité non seulement dans la lutte contre la dépression, mais aussi dans la lutte contre le comportement à risque qui consiste à fumer (Busch, Fani Srour, Arrighi, Kahler & Borrelli, 2014).

Nous avions souligné dans la conclusion de la première étude le caractère transversal de celle-ci. De même, cette deuxième recherche a adopté un design similaire ce qui limite les conclusions à propos des liens causaux entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes anxieux et dépressifs. On peut remarquer que les résultats de l'analyse de médiation correspondent aux données de la littérature antérieure dans ce domaine. Bardi et Guerra (2011) ont ainsi montré que les valeurs culturelles influaient sur la qualité de vie à travers les stratégies de coping. Néanmoins, pour justifier rigoureusement que l'adoption de certaines stratégies de coping spécifiques à l'asthme amènent à une dévalorisation de la santé et à une valorisation de la vie excitante, il est nécessaire de conduire une recherche longitudinale.

Certains biais méthodologiques limitent les résultats de la recherche actuelle. Le questionnaire Brief-COPE n'a pas été validé en Russie. L'échelle des stratégies de coping spécifiques à l'asthme (*The Asthma-Specific Coping Scale)* a été seulement traduite en russe et français, mais non validée. De plus, nous n'avons pas contrôlé la durée de l'asthme chez les adolescents et utilisé des auto-évaluations pour mesurer le niveau de la sévérité de l'asthme alors que Colice (2004) a montré que les patients ne sont pas toujours capables de définir correctement ce niveau de sévérité et qu'il est préférable de catégoriser l'asthme à travers le niveau de la maîtrise de son contrôle plutôt que le niveau de sa sévérité.

Conclusion

Il existe des différences et des similitudes dans les relations entre les valeurs, le coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et français atteints d'asthme. La valeur de santé est associée aux stratégies de coping positivement liées à la qualité de vie chez les adolescents russes et français. En valorisant la santé, les adolescents utilisent plus la stratégie de coping 'reformulation positive' et utilisent moins les stratégies de coping évitant ('restriction des activités', 'ignorance de l'asthme' et 'dissimulation de l'asthme').

La valorisation de la vie excitante influe différemment sur les symptômes psychopathologiques chez les adolescents russes et chez les adolescents français atteints d'asthme. Chez les premiers, cette valeur est associée à la stratégie de coping 'accusation de soi', qui est liée à des scores élevés de dépression. Chez les adolescents français, la valeur de la vie excitante est à la fois liée négativement aux stratégies de coping et positivement associée à la qualité de vie. Par le biais des stratégies de coping 'accusation de soi' et le coping évitant ('ignorance de l'asthme' et 'restriction des activités'), la valeur de santé est liée à des scores élevés d'anxiété et de dépression. En désactivant l'utilisation de la stratégie de coping 'désengagement comportemental', la valeur de la vie excitante est associée à des scores inférieurs de dépression.

Les stratégies de coping jouent également le rôle de médiateurs entre les valeurs et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents en bonne santé. Il existe en effet certaines similitudes dans les relations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques chez les adolescents français atteints d'asthme et chez les adolescents en bonne santé. Certains schémas de médiation des stratégies de coping, des valeurs et des symptômes psychopathologiques ne sont pas spécifiques aux adolescents

atteints d'asthme, mais apparaissent également chez les jeunes filles et les jeunes garçons en bonne santé. La valeur de santé est associée à la mise en place d'un coping positif, à la désactivation du coping évitant (le désengagement comportemental) et à la diminution des symptômes psychopathologiques. La valeur de la vie excitante est associée à l'activation de la stratégie de coping 'accusation de soi' et à des symptômes psychopathologiques plus intenses.

Si les valeurs sont associées à l'adoption des stratégies de coping qui influent sur l'anxiété et la dépression chez les adolescents, on peut travailler sur les valeurs des patients pour encourager l'utilisation de stratégies de coping ayant une fonction adaptative dans le contexte personnel et socio-culturel et amenant à une meilleure qualité de vie. La technique de clarification des valeurs, liée à une thérapie de la pleine conscience, est l'une des méthodes qui peuvent être utilisées pour stimuler la valorisation de la santé.

Il est également possible que l'adoption de certaines stratégies de coping qui accompagnent le traitement de l'asthme modifie les préférences des valeurs chez les adolescents. Certaines valeurs deviennent plus importantes (la vie excitante), tandis que d'autres deviennent moins importantes (la valeur de santé).

Nos études quantitatives ont montré que les valeurs sont liées au comportement et aux symptômes anxieux et dépressifs par la médiation des attitudes et des stratégies de coping chez les adolescents russes et français. Néanmoins, il demeure complexe de savoir comment ces adolescents interprètent le rôle de l'asthme dans leur vie et la valeur qu'ils accordent à la santé. Notre recherche qualitative anthropologique vise décrire l'expérience de la santé et de la maladie de ces adolescents russes et français.

Chapitre 3 : Etude qualitative anthropologique

3.1 Objectif de l'étude

Cette étude qualitative vise à étudier la phénoménologie du vécu de l'asthme, l'interprétation de la santé et de la maladie chez les adolescents russes et français selon une méthodologie et un référentiel anthropologique. En effet, plusieurs études anthropologiques ont montré que l'interprétation de la maladie (ses causes, son fonctionnement) expliquaient les stratégies pour faire face à la maladie chez les patients (Eugeni, 2011, Rich, Patashnick & Chalfen, 2002 ; Fainzang, 2001). Ainsi, la présente recherche a pour objectif l'étude de l'interprétation de l'asthme par les adolescents, le sens qu'ils attachent à leur maladie, leur attitude vis-à-vis du traitement de l'asthme (les restrictions des activités, le mode d'utilisation des médicaments).

L'étude n'est pas concentrée uniquement sur le phénomène de la maladie. Elle étudie également la perception de la santé : les attitudes vis-à-vis de la santé, la perception de soi comme personne en bonne santé ou malade.

3.2 Méthodologie de l'étude qualitative anthropologique

L'entretien semi-directif a été choisi comme méthode de recherche, car il permet de diriger la conversation selon les thématiques majeures de l'étude et de recueillir l'information supplémentaire concernant l'expérience de la santé et de la maladie. Le guide d'entretien inclut cinq thématiques majeures, qui reflètent les dimensions des modèles explicatifs de la maladie chronique (la définition de la maladie, ses causes, son développement et les stratégies de lutte contre cette maladie, l'identité personnelle, la communication avec les autres ; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978).

1. *Les données biographiques.* Ces données permettent de contextualiser les résultats de la recherche qualitative. En anthropologie, l'interprétation de la maladie et le choix des stratégies de lutte contre cette maladie sont analysés à travers le contexte de la vie des personnes.

2. *Les attitudes par rapport à l'asthme et à son traitement.* Cette thématique se compose de plusieurs sous-thématiques qui étudient la définition que les adolescents attachent à l'asthme, la définition des facteurs qui provoquent les crises d'asthme, les émotions

associées à cette maladie, les stratégies de lutte contre l'asthme et la volonté d'accepter le traitement prescrit.

3. *Les activités limitées à cause de l'asthme*. Cette thématique étudie les attitudes des adolescents vis-à-vis des restrictions des activités valorisées (la volonté de remplacer les activités valorisées par d'autres activités ou la volonté de continuer à exercer les activités interdites malgré les risques de santé). Elle étudie également les limitations que l'asthme peut entrainer à l'égard de l'avenir et du choix professionnel chez les adolescents.

4. *Les attitudes de l'entourage vis-à-vis de l'asthme*. Cette thématique se compose de plusieurs sous-thématiques qui étudient les interprétations des adolescents quant aux attitudes de leurs parents et d'autres personnes de leur entourage (les amis, les camarades de classe, les professeurs, les médecins, etc.) vis-à-vis de l'asthme.

5. *Les attitudes vis-à-vis de la santé et de la maladie*. Cette thématique a trait aux interprétations des adolescents quant au phénomène de la santé et des facteurs qui influent sur celle-ci. Dans cette thématique, nous nous intéressons également aux modalités identificatoires (en tant que personnes malades ou que personnes en bonne santé) des adolescents.

3.2.1 Procédure

Dix entretiens avec des adolescents russes et dix entretiens avec des adolescents français ont été effectués. Nous avons proposé aux adolescents qui ont participé à la recherche quantitative de participer à l'entretien. Huit entretiens avec des adolescents français ont été menés avec des adolescents qui n'avaient pas participé à la recherche quantitative. La procédure de recrutement des adolescents est la même que celle de la recherche quantitative.

Chaque entretien a duré 50-70 minutes. Les entretiens avec Maria, Fedor et Sonia ont été réalisés au domicile de ces adolescents. Les entretiens avec les autres adolescents russes ont été réalisés à l'hôpital. Tous les entretiens avec les adolescents français ont été réalisés à l'hôpital.

3.2.2 Méthode d'analyse : analyse de contenu

Une méthode d'analyse des entretiens utilisée en anthropologie a été utilisée (Spradley, 1979). Les verbatim de chaque entretien ont été analysés séparément. L'analyse comparative

entre les 20 entretiens a été effectuée en utilisant les thématiques et les sous-thématiques, identifiées lors de l'analyse de chaque entretien. Les thématiques et les sous-thématiques qui sont apparues dans plusieurs entretiens ont été relevées, des tableaux avec les réponses selon les sous-thématiques furent créés. Les résultats de cette analyse incluent non seulement les adolescents français et russes qui partagent la même interprétation de la maladie et de la santé, mais la signification de cette maladie pour chaque adolescent. Les réactions affectives des participants qu'ils ont exprimées pendant les entretiens ont été relevées et analysées.

3.3 Résultats

3.3.1 Thématique « Les données biographiques »

Les données biographiques des adolescents russes

Entretien 1. Andrey[1], 14 ans, souffre d'un asthme sévère. Il habite avec ses parents dans leur appartement au sud de Moscou et n'a jamais déménagé depuis son enfance. Andrey évoque des relations proches avec ses parents. Ceux-ci l'aident à se préparer aux examens qu'il aura en 9ème et 11ème année à l'école (l'examen d'Etat Unifié). Le choix de ces examens influe sur son choix professionnel (Andrey veut devenir journaliste). Il est actuellement en 8ème année[2] à l'école. Il remarque qu'il est bien intégré à l'école, il a des amis parmi ses camarades de classe et aime bien étudier. Andrey a des amis non seulement à l'école, mais aussi dans un club sportif qu'il fréquente depuis plusieurs années. Il passe ses vacances scolaires avec des amis dans des colonies de vacances en Russie ou avec ses parents en voyageant à l'étranger.

Entretien 2. Petya, 14 ans, habite dans un logement communautaire[3] dans la banlieue moscovite. Il a été diagnostiqué comme souffrant d'un asthme sévère, tout comme sa mère. Petya habite seul avec cette dernière, ses parents sont divorcés et il n'a jamais connu son père. Petya est en 8ème année à l'école et pense que sa scolarité ne se passe pas bien: il n'a pas de bonnes notes car étudier est difficile pour lui et les cours à l'école ne l'intéressent pas. Petya remarque qu'il n'a pas d'amis parmi ses camarades de classe ; il souligne que les enfants à l'école se moquent de lui car il est en surpoids. Petya a noué des relations avec les enfants qui habitent non loin de chez lui et préfère passer son temps libre avec eux plutôt qu'avec ses

[1] Tous les entretiens sont anonymisés, les prénoms des adolescents sont changés

[2] Le collège, selon le système français.

[3] Un appartement partagé qui existe en Russie depuis l'époque soviétique. Chaque famille loue une chambre (ou plusieurs chambres) dans cet appartement.

camarades de classe. En été, Petya part dans une colonie de vacances scolaires avec ses amis ou voyage avec sa mère au sud de la Russie, à Sotchi.

Entretien 3. Natacha, 14 ans, habite avec sa mère et sa grand-mère dans une banlieue moscovite. Natacha est atteinte d'un asthme modéré. L'appartement où Natacha habite avec sa famille se trouve dans un vieux bâtiment avec de la moisissure et sa famille n'a pas les moyens de déménager. Ses parents sont divorcés et elle voit rarement son père. Sa mère travaille beaucoup dans une entreprise et sa grand-mère qui est à la retraite s'occupe des traitements de Natacha et l'accompagne à l'hôpital. Natacha est en 8ème année à l'école et évoque ses difficultés pour étudier à l'école ; elle n'a pas de bonnes notes. Elle dit qu'elle a des amis parmi ses camarades de classe mais pas beaucoup ; quand elle est à l'école elle préfère communiquer avec les autres, mais quand elle a du temps libre elle préfère rester toute seule. Pendant les vacances scolaires elle part avec sa famille dans une *datcha* (maison de campagne) qui se trouve dans une petite ville à côté de Moscou.

Entretien 4. Hélène, 14 ans, habite avec sa mère, son père et son frère aîné à l'ouest de Moscou. Hélène est atteinte d'un asthme sévère. Elle est en 8ème année à l'école et estime que sa scolarité se passe bien ; elle est bonne élève et a des amis parmi ses camarades de classe. Hélène est proche de sa famille ; ses parents l'aident à choisir sa future profession (ils sont juristes et elle a décidé de choisir également cette profession). Pendant les vacances scolaires Hélène part rendre visite à ses grands-parents ou voyage avec sa famille.

Entretien 5. Anatoly, 14 ans, habite avec ses deux parents dans la banlieue moscovite. Il souffre d'un asthme modéré. Anatoly est lui aussi en 8ème année à l'école et remarque que les cours ne l'intéressent pas et qu'il aimerait quitter l'école pour étudier dans un institut d'éducation spécialisée (l'équivalent de l'enseignement secondaire spécialisé), comme ses amis. Il a des amis parmi ses camarades de classe mais aussi en dehors son école avec lesquels il passe son temps libre. A une occasion il a failli être exclu de l'école pour avoir plusieurs fois manqué les cours ; il a également été arrêté par la police pour avoir dessiné des graffiti avec ses amis. Anatoly remarque qu'il est proche de ses parents et n'a pas de conflits familiaux, malgré le fait qu'ils ne soient pas d'accord avec sa décision de quitter l'école.

Entretien 6. Vasily, 15 ans, habite avec ses parents au sud de Moscou. Il est atteint d'un asthme modéré. Vasily est en 9ème année[4] à l'école. Malgré le fait qu'il n'aime pas étudier et n'a pas des bonnes notes, il aime bien passer du temps avec ses camarades de classe avec lesquels il passe également son temps libre. Ses amis partagent ses intérêts : ensemble ils vont dans des clubs de sport. Vasily décrit des relations proches avec ses deux parents, mais sa mère s'occupe plus de lui, car son père travaille beaucoup. Pendant les vacances scolaires Vasily rend visite à ses grands-parents qui habitent au bord de la Volga. Néanmoins, il mentionne que si pendant son enfance il a bien aimé leur rendre visite, cela ne l'intéresse plus à présent ; il préfère passer ses vacances avec ses amis.

Entretien 7. Fedor, 16 ans, a toujours vécu à Moscou avec ses parents. Il souffre d'un asthme modéré. Sa mère a reçu un diagnostic d'asthme sévère. Fedor est en 10ème année [5] à l'école. Il y a un an, Fedor a quitté son école pour étudier dans une école spécialisée en biologie, car à l'époque il voulait devenir biologiste. Fedor garde toujours des relations amicales avec ses camarades de classe de son ancienne école et s'adapte bien dans sa nouvelle école. Il en aime l'atmosphère : malgré la difficulté des cours, il remarque que ses professeurs et ses camarades de classe sont des personnes ouvertes, intelligentes et intéressantes. Actuellement Fedor a changé son choix professionnel et a décidé de devenir architecte ; ses parents l'aident à se préparer aux examens futurs. Fedor remarque qu'il est très proche de ses parents et de ses amis. Le fait d'entretenir des relations proches avec les autres sont importantes à ses yeux. Il essaie de mener une vie active et de passer les vacances scolaires en voyageant avec ses amis dans les montagnes et avec ses parents à l'étranger, en Europe et aux Etats Unis.

Entretien 8. Denis, 14 ans, habite avec ses parents dans la banlieue moscovite. Il souffre d'un asthme modéré. A cause de son diagnostic, sa famille a déménagé quand Denis avait 3 ans, car il y avait de la moisissure dans leur appartement. Il y a un an, Denis a choisi d'être militaire et a changé d'école pour étudier dans un établissement militaire. Dans son ancienne école, il était membre d'un club patriotique qui a influé sur son choix professionnel et sur son changement d'école. Denis est en 8ème année ; il remarque qu'il n'a pas eu de problèmes d'adaptation dans sa nouvelle école, car il a rapidement eu des amis. Lors de sa première année dans son nouvel établissement, Denis a dû davantage étudier que dans son ancienne école et n'a pas eu beaucoup de temps libre. A la fin de l'année, il s'est adapté à la situation et

[4] Le lycée, selon le système français d'éducation
[5] Le lycée, selon le système français d'éducation

a continué ses activités en dehors de l'école. Les amis de Denis partagent ses intérêts, il fréquente un club sportif avec eux. Denis considère qu'il a des relations proches avec ses parents et avec ses amis. Ses parents le soutiennent dans son choix professionnel. Pendant les vacances scolaires Denis part dans des colonies de vacances sportives avec ses amis.

Entretien 9. Sonia, 14 ans, habite avec ses parents à Moscou. Sonia est atteinte d'asthme sévère. Il y a plusieurs antécédents familiaux d'asthme, son frère et sa grand-mère en étant également atteints. Sonia est en 8ème année à l'école. Il y a un an, la jeune-fille a décidé qu'elle voulait devenir biologiste. Elle a demandé à ses parents de l'aider et a changé d'école pour étudier dans une école spécialisée en biologie. Sonia apprécie cette nouvelle école malgré les difficultés scolaires qu'elle éprouve parfois. Sonia se décrit comme une personne introvertie et aime bien passer du temps seule ; elle a cependant facilement trouvé des amis parmi ses nouveaux camarades de classe. Elle garde des relations amicales avec les amis de son ancienne école. Pendant les vacances scolaires, Sonia séjourne dans des colonies de vacances avec ses amis et part en Europe avec sa famille. Elle remarque qu'elle a toujours été proche de ses parents et passe beaucoup de temps avec eux.

Entretien 10. Maria, 15 ans, habite avec sa mère et sa sœur aînée à l'ouest de Moscou. Sa mère travaille à l'école et sa sœur est étudiante. Maria est atteinte d'un asthme modéré.
Maria est en 9ème année à l'école, et souhaiterait devenir illustratrice. Elle a essayé d'étudier dans une école spécialisée en dessin, mais elle préfère étudier seule avec un professeur particulier plutôt qu'avec les autres enfants. Elle entretient des relations proches avec sa famille, et évoque des difficultés de communication avec les personnes de son âge. Maria remarque qu'elle n'a pas d'amis proches dans son école ; elle essaye de communiquer avec les autres adolescents, mais a l'impression qu'ils ne veulent pas avoir de relations amicales avec elle.

Les données biographiques des adolescents français

Entretien 1. Chloé, 15 ans, habite avec sa mère, son père et son petit frère à Paris. Son frère souffre également d'asthme. Les deux ont été diagnostiqués comme atteints d'un asthme sévère. Chloé se rend à l'hôpital avec sa mère qui s'occupe de ses hospitalisations et de ses visites médicales. Chloé étudie au lycée où elle se sent bien : elle est bonne élève et a de bonnes relations avec ses camarades de classe. Lorsqu'elle était enfant, Chloé a pratiqué un

sport ; actuellement pendant son temps libre elle assiste à des cours de théâtre, mais le sport reste son loisir préféré.

Entretien 2. Anne, 15 ans, vit avec sa mère à Paris. Anne est atteinte d'un asthme modéré. Ses parents sont divorcés. Son père est français et sa mère est polonaise. Après le divorce, les relations avec son père sont devenues difficiles pour Anne ; elle a souvent des conflits avec lui. Depuis son plus jeune âge, Anne vit à Paris, mais pendant les vacances scolaires d'été elle rend visite à sa grand-mère en Pologne. Anne est au lycée ; elle souligne qu'elle s'y sent bien : elle est bonne élève et elle a beaucoup d'amis. En dehors du lycée, Anne étudie au conservatoire de musique. Pendant son temps libre elle assiste également à des cours de danse.

Entretien 3. Alise, 14 ans, vit avec ses parents dans la banlieue parisienne. Alise est atteinte d'un asthme modéré. Alise a des relations proches avec sa famille. Sa mère s'occupe de ses rendez-vous médicaux quand son père travaille. Alise est au collège. Elle remarque qu'elle a des bonnes notes surtout si les cours au collège l'intéressent. Elle se sent bien au collège, car elle a beaucoup d'amies parmi ses camarades en classe. Celles-ci partagent ses intérêts. Alise voudrait travailler dans la mode. Elle a des relations proches à la fois avec ses amis et avec sa famille ; elle aime passer son temps libre avec ses amis et sa famille. Pendant les vacances scolaires Alise voyage en Europe avec sa famille.

Entretien 4. Colin, 16 ans, habite avec ses parents dans une banlieue parisienne. Colin est atteint d'un asthme modéré. Depuis qu'il est enfant, Colin aimerait devenir pompier, mais actuellement il pense que ce n'est pas possible à cause de son asthme. Quand Colin était au collège, il a joué dans un club de football, mais à cause de son asthme il a arrêté d'assister régulièrement aux entrainements. Actuellement Colin est au lycée où il se sent bien. Il a des amis qui partagent ses intérêts ; pendant son temps libre ils sortent ensemble et parfois ils jouent au football ensemble.

Entretien 5. Lil, 14 ans, habite avec ses parents et ses deux frères à Paris. Lil souffre d'un asthme sévère. Ses frères ont également été diagnostiqués avec un asthme sévère. Lil étudie au lycée ; pendant son temps libre elle fait de la danse. Lil dit se sentir bien au lycée. Elle a de bonnes notes et a des amis parmi ses camarades de classe. Elle passe du temps avec ses amis après les cours. Lorsqu'elle était enfant, Lil a passé ses vacances scolaires avec ses parents, mais actuellement elle aimerait plutôt passer du temps avec ses amis, car cela l'intéresse plus.

Lil remarque qu'elle a de bonnes relations avec ses parents, mais sa mère n'est pas toujours contente quand elle passe son temps libre seulement avec ses amis et pas avec sa famille.

Entretien 6. Noémie, 16 ans, est atteinte d'un asthme modéré. Elle habite avec la famille de sa tante à Paris. Sa mère est morte il y a 3 ans. Son père s'est remarié et il a un enfant. Malgré le fait que Noémie n'habite pas avec son père, il l'accompagne à l'hôpital pour ses visites médicales. Noémie est au lycée. Certains camarades de classe sont des amis proches, elle préfère passer son temps libre avec eux. Noémie voyage souvent pendant ses vacances scolaires chez ses grands-parents maternels.

Entretien 7. Nicolas, 14 ans, est atteint d'un asthme sévère. Depuis qu'il est enfant il habite avec ses parents à la campagne en Ile-de-France. Nicolas est au collège. Il est bon élève, mais il est difficile pour lui de s'adapter au collège car il ne communique guère avec les autres enfants, malgré le fait qu'il aimerait bien avoir plus d'amis. Il a quelques amis parmi ses camarades de classe, mais il ne croit pas que ce soit des amis proches. Vivant dans un milieu rural, sa maison est loin du collège et du centre-ville ; il sort donc rarement quand il a du temps libre et ne communique pas avec les autres enfants en dehors du collège. Lire et jouer aux jeux vidéo sont les loisirs préférés de Nicolas.

Entretien 8. Luce, 14 ans, vit avec sa mère, sa tante et sa petite sœur dans une banlieue parisienne. Elle est atteinte d'un asthme modéré. Sa petite sœur et ses deux cousins souffrent également d'asthme. Les parents de Luce sont divorcés, elle ne connait pas son père. Luce étudie au collège, où elle se sent bien. Elle a de bonnes notes si les cours l'intéressent et a beaucoup d'amis parmi ses camarades de classe. Luce a des relations proches avec sa famille et ses amis. Elle remarque qu'elle préfère passer son temps libre avec les enfants de son âge ou les enfants qui sont plus jeunes qu'elle. Elle aimerait bien choisir une profession liée à l'accompagnement des enfants. Pendant les vacances scolaires, Luce voyage avec sa famille dans la campagne française ou à l'étranger pour rendre visite à des proches.

Entretien 9. Leni, 16 ans, est atteinte d'asthme léger. Leni habite dans une petite ville à côté de Paris. Ses parents sont divorcés, elle partage son temps entre son père et sa mère. Leni étudie au lycée. Elle est bonne élève et a beaucoup d'amis parmi ses camarades de classe. Leni passe son temps libre soit dans des clubs du sport soit en sortant avec ses amis. Depuis qu'elle est enfant, le sport est son loisir préféré ; elle a essayé beaucoup d'activités sportives et actuellement elle pratique la course. Leni assiste rarement aux cours de sport avec ses amis, elle fait du sport car cette activité est importante pour elle.

Entretien 10. Florence, 15 ans, est atteinte d'un asthme sévère. Elle habite dans une petite ville dans l'Est de la France. Les parents de Florence sont divorcés, son père s'est remarié et a un enfant. Depuis deux ans, Florence n'habitait pas avec ses parents, mais dans un centre spécialisé pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme. En raison de la gravité de l'asthme de Florence et des difficultés à le contrôler, ses parents et ses médecins ont décidé pour sa santé qu'il était préférable de vivre dans un centre spécialisé. Florence s'est bien adaptée dans ce centre, elle remarque que cela lui rappelle la vie dans une colonie de vacances. Les parents de Florence (sa mère, son père et sa belle-mère) habitent dans une grande ville à 4 heures du centre où vit Florence. Elle revient chez ses parents seulement pendant les vacances scolaires. Ses parents étant divorcés, Florence passe la moitié du temps chez sa mère et l'autre moitié chez son père. Florence étudie dans un collège situé dans la petite ville où elle habite. Quand elle a quitté le domicile de ses parents pour le centre il y 2 ans, elle a dû changer de collège. Florence s'y adapte bien ; elle a des amis non seulement dans le centre où elle habite, mais également au collège.

3.3.2 Thématique « Les attitudes à propos de l'asthme et de son traitement »

Sous-thématique « La définition de l'asthme »

Les adolescents russes définissent l'asthme à travers ses symptômes (plus particulièrement les troubles respiratoires) et à travers les facteurs qui causent le développement de ces symptômes. La majorité des adolescents définissent l'asthme à travers les facteurs externes et internes qui causent les troubles respiratoires : l'allergie (Natacha, Hélène, Anatoly, Sonia, Maria), les dimensions des poumons (Andrey, Petya), l'effet du froid (Maria) et le stress (Hélène). Quant au développement de l'asthme, trois adolescents remarquent que l'asthme est une maladie chronique (Fedor, Denis et Sonia) liée à un facteur génétique (Fedor, Sonia) mais qui peut aussi se développer au cours de la vie comme une réaction aux injections (Sonia). Seul un adolescent, Vasily, définit l'asthme comme une difficulté respiratoire et ne précise pas quels facteurs causent cette difficulté.

La définition que les adolescents donnent de l'asthme ne correspond pas pleinement à la définition médicale de cette maladie. En effet certains adolescents expliquent que les crises d'asthme apparaissent quand les bronches sont faibles et petites (Andrey, Petya) ou quand les cellules commencent à croitre dans les bronches (Fedor). Seule une adolescente donne une définition de l'asthme qui reflète la définition médicale :

« *L'asthme, c'est un diagnostic flou. Il y a plusieurs symptômes. L'asthme peut être différent– l'asthme du cœur et l'asthme bronchique. L'asthme peut être de fonctionnement différent – léger, modéré et sévère. Il peut s'accompagner de toux ou non, il peut être allergique et non allergique.* »[6] (Sonia)

Les adolescents ont mentionné l'origine de l'information qu'ils ont reçue à propos de l'asthme (mis à part les informations qu'ils ont tirées de leur expérience personnelle) : explication venant des parents (Andrey, Fedor), des médecins (Hélène, Fedor), de manuels de biologie (Sonia) et de Wikipedia (Maria). Les autres adolescents forment leur image de l'asthme uniquement à partir de leur expérience personnelle (Petya, Natacha, Anatoly, Vasily, Denis).

Tout comme les adolescents russes, les adolescents français définissent l'asthme à travers ses symptômes (les troubles respiratoires, la toux), mais aussi à travers les facteurs qui causent ces symptômes. Parmi ces facteurs figurent des causes externes et internes : la fermeture des alvéoles et des bronches à cause de facteurs déclenchants comme l'effort ou les allergènes (Chloé, Luce), la pollution (Anne), le raccourcissement de la gorge (Colin), la fermeture et l'inflammation des bronches (Leni, Lil, Florence), le tabagisme (Nicolas). Seules deux adolescentes, Alise et Noémie, ne pouvaient pas expliquer pourquoi les troubles respiratoires apparaissent et remarquent seulement que les poumons sont bloqués.

La majorité des adolescents essayent d'expliquer les facteurs responsables du développement de l'asthme. Ils pensent que l'asthme est une maladie chronique (Chloé, Lil, Noémie, Nicolas, Leni, Florence). Ils remarquent que c'est une maladie à la fois génétique non contagieuse qui en même temps peut se développer au cours de la vie (Chloé, Nicolas, Leni). Un de ces adolescents, Nicolas, croit que la personne peut attraper l'asthme au milieu de la vie :

« *Ça peut s'attraper au milieu de la vie. Bah à cause de la cigarette on peut l'attraper...Déjà ma mère elle a fumé avant, donc du coup... Elle a arrêté bien avant, mais elle arrête pas peut-être... Je sais pas, je dis peut-être ça provoque...* » (Nicolas)

[6] Le texte en russe : «*Астма это расплывчатый диагноз. Есть ряд симптомов. Астма бывает разная - сердечная и бронхиальная. Астма бывает разного течения - легкого срденего и тяжелого. Ббывает кашлфевая и некашлевая, аллрегическая и не аллергическая*.»

Les adolescents français disposent des informations à propos de l'asthme grâce à leur expérience personnelle, mais aussi grâce aux cours spécialisés sur la santé au collège/lycée (Chloé, Anne, Luce), aux médecins (Colin, Lil, Chloé, Anne, Noémie, Leni), à Wikipédia (Lil), aux séances à l'école de l'asthme (Chloé, Florence). Alise et Nicolas ont comme seule source d'information leur expérience personnelle de l'asthme.

Sous-thématique « La définition des facteurs déclenchant les crises d'asthme »

Les adolescents ont énuméré les facteurs externes et internes qui provoquent ou aggravent les crises d'asthme : les facteurs liés à l'environnement, liés au contexte social et liés à leur propre comportement. Quatre adolescents russes (Petya, Fedor, Sonia et Maria) et un adolescent français (Noémie) ont ajouté que parfois les facteurs qui causent les crises d'asthme chez eux restent inconnus.

Les adolescents russes ont remarqué que plusieurs facteurs externes pouvaient être liés à l'environnement et causer les crises d'asthme : le temps humide (Denis), la chaleur (Sonia), la floraison saisonnière (Natacha, Hélène, Maria, Sonia). Ils ont aussi remarqué que les allergènes jouent un rôle important dans leur asthme : les parfums forts (Maria), le pollen (Natacha), la moisissure (Natacha, Vasily), les plantes (Hélène), la poussière (Vasily, Maria), les animaux (Vasily, Maria), les odeurs (Maria), les fruits (Maria).

Les facteurs externes peuvent être liés au contexte familial qui entraine un stress qui provoque les crises d'asthme. Deux adolescents ont évoqué que le stress à l'école (Hélène, Vasily), les conflits familiaux (Hélène) et la mort des parents proches (Sonia) causaient les crises d'asthme chez eux.

Les facteurs internes sont liés au comportement des adolescents et causent les crises d'asthme : l'activité physique (Andrey, Petya, Fedor, Sonia, Maria) et le tabagisme (Fedor). Deux adolescents ont remarqué qu'en dehors des efforts physiques quotidiens (comme monter les escaliers ou courir après le bus) et des cours de sport au collège /lycée , certaines activités spécifiques qu'ils exerçaient causaient des crises d'asthme : les voyages dans les montagnes et la participation à un canicross (Fedor, Sonia).

Les adolescents français ont eux aussi énuméré les facteurs externes et internes qui causaient les crises d'asthme chez eux. Parmi les facteurs externes ils ont mentionné les facteurs environnementaux : le climat (Noémie, Leni), le froid (Alise), la chaleur (Chloé), la

floraison saisonnière (Colin), les plantes (Nicolas), la pollution (Anne), la fumée de cigarettes (Nicolas) ; les allergènes : les produits ménagers (Chloé), les acariens (Florence, Leni, Chloé, Noémie, Luce), le pollen (Leni, Colin), la poussière (Nicolas, Luce) et les animaux (Leni, Noémie, Nicolas).

Deux adolescents ont remarqué que le stress causé par des facteurs externes (les relations sociales) provoquait chez eux les crises d'asthme. Leni a remarqué qu'elle pouvait avoir une crise d'asthme à cause du stress pendant les examens au lycée ou pendant les concerts de musique auxquels elle participe. Florence a repéré que le stress ne cause pas les crises d'asthme, mais peut les aggraver. Elle explique par ailleurs que le comportement des autres pendant les crises d'asthme peut aggraver son état :

« *...il faut surtout pas que quelqu'un me dise « t'es sûre ? ça va ?» parce que ça me stresse... en plus c'est... j'ai vraiment pas ...pu à respirer ...s'il y a quelqu'un qui connait pas grand-chose à la maladie, qui me fait .. « oui t'es sûre, ça va ? il faut appeler l'ambulance ? » « Est-ce qu'il faut pas appeler l'ambulance ? T'es sûre, ça va ? Là je commence à être stressée. Et ça empire, donc...* » (Florence)

En ce qui concerne les facteurs internes liés au comportement qui causent les crises d'asthme, tous les adolescents français ont mentionné l'effort physique quotidien, mais aussi des activités spécifiques comme les cours dans les clubs de sport (Chloé) et les cours de sport au lycée (Anne, Alise, Nicolas, Luce, Florence).

Sous-thématique « Les émotions liées à l'asthme »

Les émotions liées à l'asthme sont associées à la fois avec les symptômes de l'asthme et avec le changement des conditions de vie causé par l'asthme.

Les adolescents russes ont remarqué qu'un sentiment de peur apparaissait parfois quand ils avaient une crise d'asthme. Ce sentiment n'est pas permanent et est causé par des raisons différentes : quand la crise d'asthme apparaît à cause de facteurs déclenchants inconnus (Anatoly), au début de la crise d'asthme (Petya) et quand la crise d'asthme ne s'arrête pas (Natacha). L'asthme n'est pas nécessairement associé à un sentiment de peur, mais aussi avec un sentiment de gêne. Ce sentiment est lié à l'impression d'étouffement qui apparait parfois pendant les crises d'asthme (Sonia, Denis). Anatoly, qui remarque qu'il a peur des facteurs

inconnus qui déclenchent les crises d'asthme, explique que dès qu'il est sûr que le facteur ne déclenche pas la crise, il n'a pas peur. C'est la raison pour laquelle il fume :

« *J'avais peur de fumer, ma mère me disait que cela pouvait provoquer mon asthme. J'ai essayé une fois et j'ai vu que c'est… j'ai pas eu de crise, cela ne provoque pas une crise chez moi. Je fume, mais je ne fume pas souvent, seulement quand je passe du temps avec mes amis.* »[7] (Anatoly)

Les émotions négatives peuvent également apparaitre non seulement à cause des symptômes de l'asthme, mais aussi pour d'autres raisons. Par exemple, Sonia remarque qu'elle est parfois obligée d'appeler les urgences et être hospitalisée, ce qui est désagréable pour elle. L'asthme est aussi associé à un sentiment de déception, causée par les restrictions comme le régime alimentaire et la limitation des interactions avec les animaux (Maria).

Les adolescents ont remarqué qu'ils étaient parfois inquiets et stressés quand ils oubliaient de prendre leur traitement : les inhalateurs comme la Ventoline®. Anatoly a remarqué qu'auparavant, quand il oubliait sa Ventoline®, il avait peur. Actuellement il ne ressent pas de peur, car sa mère et ses professeurs ont des inhalateurs supplémentaires pour lui.

Les émotions négatives, mais aussi la tranquillité et les émotions positives sont également répandues chez les adolescents. Ce sentiment de tranquillité est causé par le fait que les adolescents sont habitués à l'asthme et savent que la crise d'asthme ne dure pas longtemps (Andrey, Hélène, Vasily) ou parce qu'ils connaissent la raison pour laquelle la crise d'asthme se déclenche et cela les rassure (Anatoly). Néanmoins, l'absence de sentiments négatifs liés à un phénomène d'habituation ne concerne pas tous les adolescents. Fedor remarque que quand il a des difficultés de respiration et il ne comprend pas pourquoi ces difficultés apparaissent (probablement pas à cause de l'asthme), il est moins stressé :

« *Je suis plus stressé si je sais, je suis sûr, que c'est l'asthme, parce que j'aime pas être asthmatique. Quand ça commence, je me rappelle que je suis asthmatique et moi j'aimerais l'oublier.* »[8] (Fedor)

[7] Le texte en russe : « *Я боялся курить, мама мне говорила что это может вызвать астму. Я попробовал один раз и увидел, что это… у меня не было приступа, это не вызывало у меня приступ. Я курю, но я курю не часто, только когда я со своими друзьями*»

[8] Le texte en russe : « *Больше нервничаю когда точно знаю что это астма, потому что тогда мне неприятно, что я астматик Когда это начинается, я вспоминаю, что я астматик, а мне хочется об этом забыть* »

L'asthme peut être associé à des sentiments positifs comme la satisfaction, comme évoqué par Andrey et Fedor. Ce sentiment n'est pas permanent, il est associé à des situations bien particulières, quand Andrey et Fedor exercent une activité physique comme leurs amis en sachant que cela est plus facile pour leurs amis que pour eux avec leur asthme ; ils sont contents qu'ils surmontent les obstacles causés par l'asthme.

Les adolescents français ont également énuméré plusieurs raisons entrainant des émotions négatives vis-à-vis de l'asthme. Ces émotions négatives sont directement liées aux symptômes de l'asthme : la peur face aux crises d'asthme importantes apparait quand les médicaments ne permettent pas d'apaiser le trouble respiratoire et quand l'impression d'étouffement apparait (Anne, Lil, Nicolas, Leni). Néanmoins, ce sentiment de peur n'est pas associé avec la peur de la mort. Les adolescents expliquent qu'ils ne pensent pas qu'ils vont mourir à cause de ces crises, mais qu'ils ressentent de la peur quand ils ne peuvent pas respirer normalement.

Les symptômes de l'asthme provoquent parfois, non un sentiment de peur, mais un dérangement, un énervement et une gêne (Anne, Alise, Colin, Luce). Parfois les symptômes ne provoquent pas de sentiments négatifs, mais plutôt une indifférence, car les adolescents sont habitués à ces troubles (Chloé, Leni).

Comme les adolescents russes, les adolescents français rapportent des sentiments négatifs non seulement à cause des symptômes de l'asthme, mais aussi à cause d'autres facteurs. Par exemple, la réaction des autres vis-à-vis de leur asthme. Pendant les crises d'asthme, les personnes autour de ces adolescents montrent leur curiosité, leur posent des questions à propos de l'asthme, ce qui provoque des sentiments négatifs et un stress chez les adolescents (Chloé, Anne, Florence). Chloé, malgré le fait qu'elle n'a pas peur des crises d'asthme car elle est habituée, explique qu'elle ressent une gêne à cause de son asthme :

« *Je suis différente. Bah, les crises, quand il y a des pompiers qui viennent me chercher, ou des choses comme ça. Ça, c'est gênant, cette impression d'être différente... Quand il y a trop de gens autour de moi, ça m'angoisse. Je me sens oppressée (j'utilise beaucoup ce terme), je me sens oppressée quand on m'entoure... Les pompiers, comme j'ai l'habitude de les voir, ça me gêne pas, mais je me dis que je peux le gérer toute seule. Mais le problème c'est que les pompiers ils sortent le fauteuil roulant pour me mettre devant tout le monde et ça j'aime pas. J'étais énervée, je comprenais pas pourquoi c'était moi.* » (Chloé)

Les crises d'asthme et la réaction des autres sont ainsi liées aux émotions vis-à-vis de l'asthme, mais aussi l'hospitalisation. Noémie remarque qu'elle éprouve de la peur non pas à cause des crises d'asthme, mais à cause de l'hospitalisation qui peut suivre si elle a une crise d'asthme. Noémie n'aime pas la procédure d'hospitalisation, elle trouve cela long et n'aime pas les gestes médicaux. A l'inverse, Nicolas et Leni remarquent qu'ils n'ont pas peur de l'hospitalisation et expliquent qu'ils sont sûrs qu'ils n'ont pas de gros risques à cause de leur asthme.

Tout comme les adolescents russes, les adolescents français remarquent qu'ils sont parfois inquiets quand ils oublient de prendre leur traitement. Chloé évoque ainsi l'inquiétude qu'elle éprouve si elle oublie sa Ventoline® ; aussi garde-t-elle son inhalateur toujours avec elle. Dans le cas où elle oublie son médicament, elle est prête à revenir à la maison pour le prendre. Néanmoins, l'oubli du traitement préventif (traitement de fond, utilisé pour prévenir le développement des crises d'asthme futures) qui n'est pas directement associé aux crises d'asthme ne provoque pas d'émotions négatives. Quand Alise et Anne racontent qu'elles oublient parfois de prendre leur traitement préventif, elles sourient.

Sous-thématique « Les stratégies de gestion de l'asthme »

Tous les adolescents russes ont remarqué qu'ils utilisaient les médicaments prescrits - les inhalateurs (la Ventoline®) ou les tablettes - pour arrêter les crises d'asthme. Seuls deux adolescents mentionnent qu'ils utilisent également les traitements préventifs (Petya, Sonia). Les adolescents utilisent conjointement d'autres stratégies pour gérer les symptômes de la maladie : ils essayent de se calmer, de se reposer (Andrey, Petya, Hélène, Anatoly, Fedor, Sonia), d'éviter les facteurs déclenchant les crises d'asthme (Natacha, Anatoly, Fedor, Denis, Maria). Hélène et Sonia expliquent qu'elles essayent de se calmer, car elles croient que le stress est un facteur qui déclenche les crises d'asthme.

Chez les adolescents français, l'utilisation des médicaments est également la stratégie qui est le plus souvent utilisée. Tous les adolescents, sauf Nicolas, utilisent cette stratégie. Nicolas explique qu'il ne prend pas les médicaments, mais essaye de respirer profondément s'il ressent que la crise d'asthme commence à se développer.

Les autres adolescents utilisent la Ventoline® pour stopper les crises d'asthme, mais certains utilisent aussi d'autres médicaments : des antihistaminiques pour stopper l'allergie (Chloé, Noémie, Leni), ou un médicament plus fort que la Ventoline® au cas où celle-ci

n'arrête pas la crise d'asthme (Anne, Florence). Certains adolescents utilisent un deuxième traitement, mais ne précisent pas qu'il s'agit d'un traitement préventif (Alise, Lil). Au cas où les médicaments n'arrêtent pas la crise d'asthme, certains adolescents cherchent l'aide des autres : les urgences (Chloé, Anne), l'aide des professeurs (Nicolas) ou d'infirmières au lycée (Luce). Certains adolescents utilisent des stratégies de gestion de l'asthme pour éviter les facteurs qui déclenchent les crises d'asthme : partir à la campagne pour éviter la pollution (Anne), éviter la fumée des cigarettes, les plantes et la chaleur (Colin, Luce, Leni), éviter l'effort (Anne, Luce), se calmer, car le stress aggrave les crises d'asthme (Colin, Lil, Luce).

Sous-thématique « Les attitudes vis-à-vis du traitement prescrit »

Parmi les adolescents russes, seulement trois adolescents suivent toujours les prescriptions médicales, même si ces prescriptions ne sont pas agréables (Petya, Hélène et Vasily). Les autres adolescents ne suivent pas les prescriptions pour deux raisons principales : 1/ quand ils ne sont pas d'accord avec les prescriptions médicales, et 2/ quand il n'y pas de raison particulière, non dans le but de refuser le traitement (par oubli et par impossibilité de suivre la prescription même si l'adolescent est d'accord avec le médecin).

Natacha explique qu'elle ne suit pas les prescriptions médicales (éviter les allergènes comme la moisissure) car elle habite dans un appartement avec de la moisissure, et ses parents ne peuvent pas déménager. Andrey remarque que parfois il oublie de prendre les médicaments préventifs. De plus, les adolescents ne suivent pas certaines prescriptions médicales parce qu'ils ne sont pas d'accord avec ces recommandations : venir à l'hôpital, prendre les médicaments, éviter les facteurs qui provoquent l'asthme, suivre les procédures médicales même si elles sont désagréables, pratiquer seulement l'activité physique qui est autorisée (Anatoly, Fedor, Andre, Sonia, Maria). Chacun de ces adolescents décrit pourquoi il/elle a décidé de ne pas suivre les prescriptions médicales. Anatoly explique qu'il fume malgré l'interdiction des médecins, car il ne croit pas que cela soit nuisible à son asthme :

« *Je fume mais cela n'influence pas mon asthme. En plus je ne fume pas beaucoup. Je dois éviter seulement les choses qui provoquent mon asthme, mais fumer ne le provoque pas.* »[9] (Anatoly)

[9] Le texte en russe : « *Я курю, но это не влияет на мою астму. К тому же я не курю много. Я должен избегать только то, что вызывает у меня астму, но курение не вызывает ее*».

Fedor souligne que parfois il ne prend pas les médicaments prescrits par son médecin, car il croit que son asthme est léger (alors que son diagnostic est « asthme modéré ») et qu'il n'a pas besoin de médicaments puissants. Il ne l'évoque pas à son médecin, car celui-ci est attaché au bureau de recrutement militaire (le diagnostic « asthme modéré» et la prescription de médicaments puissants n'autorisent pas à effectuer le service militaire obligatoire en Russie, Fedor planifie d'éviter ce service militaire pour étudier).

Denis ne prend pas les médicaments prescrits et surtout n'accepte pas les injections, car il est persuadé qu'ils ont des effets secondaires. Il ne peut pas décrire ces effets, mais il est sûr qu'il est préférable de supporter une gêne causée par la maladie d'une manière « naturelle » que d'accepter les médicaments et les injections chimiques. Le fait qu'il ne connaisse pas l'influence de ces médicaments lui fait penser qu'ils ne sont pas inoffensifs.

Sonia souligne qu'elle n'ignore pas toutes les prescriptions médicales ; par exemple elle n'utilise pas à l'excès les traitements hormonaux, car les médecins lui ont expliqué qu'ils pouvaient avoir des effets secondaires (problèmes avec la thyroïde à cause d'une surdose de ces médicaments). Néanmoins, il y a des raisons (son expérience passée) qui expliquent son manque de confiance envers les médecins. Sonia est allée voir un médecin quand elle a eu des crises d'asthme plusieurs fois par semaine, mais celui-ci n'a pas réussi à l'aider. Sonia remarque :

« *Je suis sûre qu'aujourd'hui ma mère et moi, nous comprenons très bien ce qui est mieux pour moi, mieux que les médecins le comprennent. Ma mère a une grande expérience qu'elle a acquise auprès de ma grand-mère, de moi-même et de mon frère. Peu de médecins connaissent quelque chose mieux qu'elle. Je ne vois pas beaucoup de sens dans le fait de consulter des médecins*. »[10] (Sonia)

Maria ne fait pas non plus confiance aux médecins, parce qu'elle croit qu'ils ne sont pas capables de détecter les allergènes qui provoquent les crises d'asthme chez elle. D'après son expérience, Maria a une réaction allergique à certains animaux, tandis que les médecins n'arrivent pas à retrouver les allergènes.

[10] Le texte en russe : « *Я уверена что сегодня мы с мамой сильно лучше понимаем что мне лучше, лучше чем врачи понимаем. У мамы есть большой опыт взаимоедйствия с моей бабушкой со мной и с братом. Редкий врач знает что-то лучше чем она. Я не вижу поэтому во врачах много смысла*. »

Chez les adolescents français, seule une personne déclare qu'elle suit toutes les prescriptions médicales (Florence). Les autres adolescents parfois ne suivent pas les prescriptions médicales sciemment, mais aussi, involontairement (oubli).

Plusieurs adolescents expliquent qu'ils ne suivent pas les prescriptions non pas volontairement, mais parce qu'ils oublient parfois de prendre les médicaments préventifs (Anne, Alise, Colin, Noémie, Luce). Trois adolescents (Chloé, Lil et Louise) remarquent qu'ils ne prennent pas les médicaments volontairement. Chloé mentionne quant à elle qu'elle prend la Ventoline® trop tard, parce qu'elle est gênée de l'utiliser en public et préfère attendre que la crise passe sans la Ventoline®. D'une part, Chloé est gênée parce qu'elle n'aime pas utiliser la Ventoline® devant les autres, d'autre part quand elle l'utilise, cela lui renvoie qu'elle ne peut pas gérer ces problèmes sans et la conforte dans son statut de malade, alors que Chloé préfère ne pas penser qu'elle est malade. Ainsi, elle attend, même si elle sait bien qu'il ne faut pas attendre car cela risque d'aggraver la crise d'asthme et qu'elle va finir par prendre la Ventoline® de toute manière. Lil explique qu'elle ne suit pas une prescription médicale : elle ne s'est pas débarrassée de son chien, car selon elle, elle n'a pas de crise d'asthme à cause de lui. Quand les médecins lui ont dit qu'il fallait se débarrasser de ce chien, Lil a décidé de vérifier cette information sur Internet et a trouvé que les chiens ne sont pas nécessairement nuisibles aux personnes atteintes d'asthme. Ainsi, elle préfère ne pas contredire ses médecins, mais ne pas suivre leur prescription. En même temps, Lil croit que si son chien lui provoque des crises d'asthme graves, elle ne sera pas capable de le garder. Leni a remarqué qu'elle ne prend pas le traitement préventif et qu'elle utilise les médicaments seulement quand elle remarque leur effet direct sur son état de santé, par exemple : pendant une crise d'asthme pour stopper la crise et avant l'entrainement sportif pour éviter les troubles respiratoires pendant l'activité physique.

L'attitude de Leni vis-à-vis des prescriptions médicales est liée à ses représentations des risques :

« *Parce que moi je pense que comme mon asthme n'est pas très fort et que je ne suis pas potentiellement en danger, j'oublie, parce que au final si je les prends, si je les prends pas, ça change rien. Avant les crises, ça oui. Parce que je sais que si je les prends pas, je vais vraiment faire une crise, je vais vraiment pas être bien.* » (Leni)

Néanmoins, après avoir communiqué avec les médecins qui ont expliqué à Leni le fonctionnement de l'asthme et le rôle du traitement préventif, elle a remarqué qu'elle a davantage l'intention d'utiliser le traitement préventif.

Nicolas est le seul adolescent français qui a complétement arrêté son traitement. Il est difficile pour lui d'expliquer pourquoi, parce que d'un côté il croit que les médicaments sont efficaces, d'un autre côté il a l'impression que ces médicaments ne changent rien à son état. Nicolas dit qu'il comprend qu'il ne peut pas complétement guérir en utilisant les médicaments car l'asthme est une maladie chronique, mais il a été déçu que les crises d'asthme reviennent malgré le fait qu'il utilise les médicaments. Nicolas croit que même s'il ne suit pas les prescriptions médicales il n'est pas en danger :

« *Bah pour les médicaments j'ai arrêté, ce qui n'est pas bien... Justement je sais pas pourquoi j'ai arrêté. C'est juste ça. J'ai arrêté. J'ai arrêté puisque... Bah aussi j'ai eu l'impression que ça change rien... J'ai pris les médicaments longtemps longtemps. Même les trois mois ça n'a pas changé mon état... Ça change rien... Non, en fait il faut que je continue, mais j'ai arrêté... C'est pas comme si je vais mourir*.» (Nicolas)

3.3.3 Thématique « Les activités limitées à cause de l'asthme »

Les adolescents russes ont cité plusieurs activités limitées à cause de l'asthme. Deux adolescents ont remarqué que la nécessité de limiter ou d'interdire certaines activités à cause de l'asthme n'est pas un problème pour eux, car ces activités ne sont pas très importantes pour eux : rater l'école (Anatoly, Vasily), se débarrasser des animaux domestiques (Anatoly), assister aux cours de sport (Vasily, Maria).

La majorité des adolescents remarquent qu'ils ont réussi à s'adapter à la limitation et à la restriction des activités importantes : assister aux entrainements sportifs, aller à l'école, limiter la présence d'animaux domestiques, limiter les voyages dans les colonies de vacances (Andrey, Natacha, Hélène, Anatoly, Fedor, Denis, Sonia, Maria). Ces adolescents s'adaptent différemment aux limites de ces activités.

Andrey remarque que parfois il a les crises d'asthme pendant les entraînements sportifs. Il explique que parfois il continue à faire du sport malgré la crise même s'il se rend compte que ce n'est pas bien pour sa santé. Néanmoins, Andrey remarque que s'il a une grosse crise d'asthme juste avant l'entraînement, il préfère ne pas y aller. Il prend cette décision par lui-même, car « connaitre ses limites » est important pour lui. Natacha n'a pas pu continuer à

faire du sport à cause de son asthme. Elle a commencé à avoir des crises souvent pendant les entrainements ; elle a donc choisi un autre type de sport pour s'adapter à cette limite. Natacha remarque que le sport n'est pas son loisir préféré, mais elle est contente d'avoir réussi à continuer et de ne pas aggraver son asthme en même temps. Hélène remarque que, à cause de son asthme, elle doit souvent rater les cours à l'école, mais elle a réussi à bien les rattraper. Néanmoins, l'asthme l'empêche parfois de jouer au volley-ball. Hélène aime bien les jeux en équipe, mais parfois elle doit s'arrêter pendant le jeu si elle ressent des difficultés respiratoires ; ainsi elle a réussi à continuer à faire du sport malgré son asthme. Anatoly et Denis aussi ont réussi à s'adapter pour faire du sport malgré le fait que parfois ils soient obligés de s'arrêter et de prendre leurs médicaments ou encore de rater les entrainements.

Fedor remarque qu'il a eu des difficultés à participer au canicross (une course nature avec les chiens) et à faire du ski à cause de son asthme. Malgré ce fait, il a essayé de s'adapter et de continuer à pratiquer. Petit à petit, il a réussi à s'entrainer et à avoir moins de troubles respiratoires. Fedor perçoit cette adaptation aussi comme un traitement de son asthme. Au fur et à mesure, il devient plus facile pour lui de respirer pendant l'activité physique.

Fedor a réussi à s'adapter et continuer à participer au canicross, ce qui n'est pas le cas de Sonia. Elle a eu des crises d'asthme tout le temps pendant les concours de canicross. Comme Sonia ne peut pas participer régulièrement aux concours de canicross, elle a décidé d'adopter un chien. Néanmoins, elle n'a pas totalement arrêté cette activité :

«*La 'collection des aventures' organise une colonie de vacances et il y a les cours pour les enfants. Et je risque bien sûr d'avoir des crises pendant les cours et les entrainements. Ces deux semaines j'ai les crises chaque jour, mais je suis prête à risquer.* »[11] (Sonia)

Maria remarque qu'elle vit difficilement l'interdiction d'avoir des animaux domestiques (les chiens). Elle a adopté un petit oiseau, mais elle remarque que ce n'est pas assez pour elle, car elle préfère les chiens. Néanmoins, Maria n'est pas prête à avoir un chien, car elle ne veut pas prendre de risque pour sa santé car dès qu'elle s'approche de cet animal elle commence à avoir de grosses crises d'asthme.

[11] Le texte en russe : « *Коллекция приключений устраивает лагерь такой и там есть детские гонки И я рискую тогда безусловно ну и на тренировках - эти 2 недели у меня бывают приступы каждый день но я готова ради этого* »

L'expérience de l'asthme a influencé les projets futurs de trois adolescents russes. Hélène a remarqué qu'elle a choisi d'être médecin plutôt que juriste à cause du temps qu'elle a passé dans les hôpitaux à cause de son asthme. Fedor remarque qu'il veut devenir architecte et préfère éviter la nécessité du service militaire pour pouvoir étudier. Il souligne qu'il est important pour lui d'avoir son diagnostic pour ne pas servir à l'armée. Malgré le fait que Fedor ne croit pas que son asthme soit grave et qu'il ne prenne pas les médicaments prescrits contre l'asthme modéré, il trouve un bénéfice à avoir été diagnostiqué comme ayant un asthme modéré. Contrairement à lui, Denis planifie de choisir le service militaire pour sa future profession. Il aimerait bien ne plus être diagnostiqué comme asthmatique pour pouvoir mener à bien sa carrière. Denis croit que même si son asthme va s'aggraver pendant son service, il préfère que le diagnostic ne soit pas posé. Denis explique :

« *Cela ne veut pas dire que je m'en fous de ma santé. Ça veut dire que j'en ai besoin pour atteindre les objectifs qui me sont importants.* »[12] (Denis)

Parmi les adolescents français, Lil est la seule à estimer que les activités qui sont importantes pour elle ne sont pas limitées à cause de l'asthme. Lil remarque qu'elle vit bien les interdictions causées par l'asthme (l'activité sportive et l'interdiction d'avoir des animaux) car ce ne sont pas des activités importantes pour elle. Pour les autres adolescents français l'asthme limite plus ou moins les activités importantes.

L'asthme limite un loisir important de Chloé : les cours de théâtre, car pendant les répétitions elle a des crises et est obligée d'appeler les pompiers. Cependant, elle s'est adaptée à cette limite, elle ressent du soutien de la part de son entourage pendant les répétitions et aimerait bien continuer jouer pour devenir professionnelle. Pour Chloé, il est plus difficile de s'adapter aux limitations et interdictions des activités sportives. A cause de son asthme, elle ne peut pas faire de sport au lycée. Mais elle essaye d'adapter ses activités sportives : elle fait du vélo avec sa copine qui l'aide si elle a une crise d'asthme. Avant, Chloé n'était pas arrivé à arrêter de faire du sport même pendant les grosses crises d'asthme. Elle explique qu'elle ne voulait pas faire d'interruptions pendant les entrainements sportifs et doser son effort. Chloé s'est arrêtée quand les médecins, les professeurs de sport, ou ses parents lui ont interdit de faire du sport. Par exemple, elle a dû arrêter la natation mais elle a décidé de réessayer et elle

[12] Le texte en russe : « *Это не значит, что мне плевать на мое здоровье. Это значит что это мне нужно чтоб достичь цели, которая мне важна».*

a dû être hospitalisée au bout de trois jours. Chloé a quitté le club de natation sur l'initiative des professeurs. Chloé n'a pas réussi à remplacer cette activité par une autre :

« Mais du coup la natation, j'ai quasiment tout perdu et... la natation au bout d'un moment ils m'ont dit « Non non, on peut pas vous garder ». Ils m'ont dit, ils n'ont plus voulu de moi, en gros. Parce que... je faisais souvent venir les pompiers... donc... » (Chloé)

Anne est aussi limitée dans ses activités sportives. Mais pour elle le sport n'est pas une activité importante, elle n'est pas stressée quand elle ne peut pas faire de sport. Anne remarque qu'elle est habituée à ce qu'il y ait des limites dans ses exercices sportifs. Par contre, les limites dans son activité de danse sont plus difficiles à supporter. Anne s'adapte pour pouvoir continuer à faire de la danse, son loisir préféré : elle s'arrête pendant les répétitions quand elle est fatiguée pour ne pas provoquer une crise d'asthme.

Alise aussi est obligée de limiter son activité sportive. Elle remarque que parmi les types de sport qu'elle fait, seulement le ski provoque les symptômes de l'asthme. Alise fait du ski avec sa famille qui la soutient et l'aide au cas où elle ait des troubles respiratoires. Alise est stressée à cause des symptômes physiques de son asthme pendant le sport. La nécessité de limiter son activité sportive ne la stresse pas ; le sport n'est pas son loisir préféré.

Colin a remarqué qu'à cause de l'asthme il a dû arrêter de jouer au football dans son enfance. Non seulement à cause des interdictions de ses parents, mais aussi car il a commencé à avoir ses crises d'asthme. Au début, Colin était stressé à cause de cette interdiction, mais après il a compris que les cours réguliers de football provoquent des crises d'asthme dangereuses. Maintenant Colin continue à jouer au football avec ses amis, mais pas professionnellement et régulièrement. Colin a réussi à s'adapter aux limites de l'activité sportive, mais ses projets futurs remis en question par l'asthme restent toujours un problème pour lui. Colin voulait devenir pompier depuis son enfance, mais il se rend compte que c'est trop dangereux pour lui à cause de l'asthme. Il remarque que cette interdiction est décevante pour lui et il n'a pas encore fait un nouveau choix professionnel.

Nicolas remarque aussi que c'est difficile pour lui à s'adapter aux limites de l'activité sportive. Il essaye de s'adapter en jouant au golf avec son ami : c'est un jeu calme qui n'implique pas d'endurance et ne provoque pas de crise d'asthme chez Nicolas. Néanmoins, pendant les cours de sport au collège l'endurance est difficile pour lui, parce qu'il a besoin de s'arrêter quand il ressent des difficultés respiratoires, tandis que ses professeurs lui demandent

de continuer. L'endurance pendant les cours de sport au collège est aussi difficile pour Luce. Mais elle remarque qu'elle essaye de s'adapter même pendant les jeux en équipe : dès qu'elle a besoin de s'arrêter elle le fait.

Leni remarque que l'asthme a limité une activité sportive très importante pour elle, mais qu'elle a réussi à bien s'adapter à cette limite. Leni prend les médicaments 15 minutes avant l'entrainement et son asthme ne la gêne pas du tout. Elle croit que grâce aux médicaments elle n'aggrave pas son asthme, mais parfois elle prend des risques pour sa santé indépendamment de son asthme à cause du sport. Elle a eu des traumas pendant les cours du sport, mais continue malgré tout. Leni explique qu'elle accepte ce risque, car le sport est très important pour elle, elle n'imagine pas sa vie sans le sport :

« *Je sens que quand je fais du sport je vais mieux. Bah, je me sens plus dynamique et... là j'ai dû arrêter le sport pendant un an à cause de mon genou et... bah... je me sentais plus... plus molle, enfin... j'ai arrêté le sport, donc voilà, j'étais plus…, enfin, ça m'a beaucoup affectée, d'arrêter le sport*. » (Leni)

L'asthme limite aussi l'activité sportive de Florence. Mais comme le sport et l'endurance ne sont pas des activités importantes pour elle, Florence estime que l'asthme ne limite pas les activités importantes de sa vie. Elle pratique la danse avec ses amis, ce qui est important pour elle comme loisir, mais l'asthme n'a pas d'impact sur ses entrainements. Néanmoins, l'asthme change les conditions de vie de Florence. Depuis deux ans, elle n'habite plus avec ses parents, elle habite dans un centre pour les enfants et les adolescents atteints d'asthme. Elle remarque qu'elle se sent libre et moins limitée dans ses activités que quand elle vivait avec ses parents. Néanmoins, Florence explique que parfois à la fin d'une grosse crise d'asthme il ne lui est pas permis de quitter le centre quand elle veut sortir avec ses amis (les autres adolescents atteints d'asthme). En même temps, Florence explique qu'elle vit ces interdictions mieux que les interdictions de la part de ses parents.

3.3.4 Thématique « Les attitudes des autres vis-à-vis de l'asthme »
Sous-thématique « Les attitudes des parents vis-à-vis de l'asthme »

Chez les adolescents russes, dans la majorité des cas, les parents n'interdisent pas et ne forcent pas les adolescents à arrêter d'exercer certaines activités qui peuvent être nuisibles à leur état de santé. Petya est le seul à relater que sa mère peut lui interdire d'aller à l'école, de sortir avec ses amis et de faire d'autres activités car elle craint pour sa santé. Natacha,

Anatoly, Sonia et Maria ont remarqué que leurs parents font attention aux comportements qui peuvent majorer l'asthme et leur donnent des conseils, mais ne les forcent pas à les suivre. Anatoly et Fedor fument et ne le font pas devant leurs parents, car ces derniers ne l'approuvent pas. Mais en même temps, ils ne se disputent pas avec leurs parents à cause du tabagisme. Malgré le fait que Fedor fume depuis deux-trois ans, quand il est avec ses amis, il croit que ce n'est pas sérieux, son tabagisme, et a dit ouvertement à sa mère qu'il a essayé de fumer. Les parents de Denis non plus ne se disputent pas avec lui à cause de son tabagisme. Denis a remarqué qu'il n'a jamais discuté de son tabagisme avec ses parents, mais une fois sa mère a trouvé un paquet de cigarettes dans sa chambre, et elle les a jetées sans rien lui dire.

Les parents des adolescents interviennent non seulement dans leurs comportements de santé, mais aussi parfois dans le traitement de l'asthme. Certains adolescents gardent tous les médicaments contre l'asthme chez eux, leurs parents ne s'occupent pas de leur traitement médical (Andrey, Hélène, Anatoly, Fedor, Denis, Sonia, Maria). La majorité de ces adolescents gardent les médicaments dans leur chambre. Anatoly a remarqué qu'il a tous les médicaments, mais ses parents gardent les médicaments supplémentaires au cas où il oublie ou perde les siens. Fedor, Denis et Maria aussi s'occupent de leurs médicaments par eux-mêmes, mais gardent ces médicaments dans la pharmacie familiale. Petya et Natacha ont des inhalateurs, mais ce sont les parents qui s'occupent des autres médicaments contre l'asthme. Contrairement à Natacha qui est contente de ne pas s'occuper des médicaments, Petya préfère gérer ses médicaments lui-même.

Parmi les adolescents français, trois d'entre eux ont remarqué que les adultes leur interdisent parfois d'exercer certaines activités à cause de leur asthme (Chloé, Alise, Florence). Ces adolescents vivent différemment ces interdictions. Chloé explique qu'elle n'aime pas quand ses parents lui interdisent d'exercer certaines activités, elle se sent différente des autres, alors qu'elle essaye de se sentir « normale », comme une personne en bonne santé, malgré le fait que parfois elle ait des crises d'asthme. Alise remarque qu'elle vit bien ces interdictions, car chaque interdiction est justifiée, elle peut toujours en discuter avec ses parents qui ne la forcent jamais à faire des choses qu'elle ne veut pas faire. Florence, au contraire, a des difficultés avec les interdictions de ses parents. Elle remarque que comme ses parents lui interdisent souvent des activités (mais elle souligne que ce n'est pas lié à l'asthme en particulier) elle est souvent énervée et qu'elle se dispute avec ses parents. Dans le centre de l'asthme où elle habite, les adultes lui interdisent parfois des activités aussi (par exemple,

sortir pendant ses crises d'asthme qui peuvent durer pendant plusieurs jours), mais Florence pense que dans ce centre elle a plus de liberté que quand elle habitait avec ses parents.

Quatre adolescents soulignent que leurs parents ne donnent jamais d'interdictions, mais leur donnent des conseils sur leur asthme (Anne, Colin, Lil, Nicolas, Leni). Luce et Noémie remarquent qu'il n'y a pas d'interdiction à cause de leur asthme dans leurs familles, car elles ne font pas d'activités qui peuvent être nuisibles à leur santé et ne discutent jamais de cette question avec leurs parents.

La majorité des adolescents français s'occupent de leurs médicaments (et pas seulement de la Ventoline®) par eux-mêmes sauf Anne et Florence. Anne s'occupe de la Ventoline® qu'elle porte avec elle, mais sa mère garde tous les autres médicaments. Anne n'est pas contre, car elle préfère se débarrasser des médicaments et préfère que sa mère s'occupe de son traitement. Florence ne garde que la Ventoline® dans sa chambre et dans son sac, car les autres médicaments sont à l'infirmerie dans le centre où elle habite. Chaque soir elle reçoit ses médicaments et ainsi il est impossible pour elle de les oublier.

Chez les autres adolescents, les parents ne s'occupent pas des médicaments, sauf les parents de Lil dont la mère garde un « double » des médicaments. Les autres adolescents gardent leurs médicaments dans leur chambre et ont de la Ventoline® dans leur sac, à l'exception de Nicolas, qui laisse ses médicaments dans sa chambre et ne garde pas la Ventoline® sur lui, car il a arrêté son traitement et n'utilise plus de médicaments.

Sous-thématique « Les attitudes de l'entourage social vis-à-vis de l'asthme »

Parmi les adolescents russes, seules trois personnes n'ont pas de problèmes pour parler de leur asthme avec les autres (Andrey, Hélène et Fedor). Andrey et Hélène remarquent que leurs amis les soutiennent, et Fedor arrive à discuter de l'asthme avec ses amis, mais il n'en parle pas avec sérieux :

« *Comme ces derniers temps je suis occupé avec le bureau de recrutement et qu'il y a plein d'histoires drôles à cause de ça et que mes amis connaissent la situation, je les raconte. Ce*

sont des histoires drôles, et ils savent que j'ai de l'asthme. Je les raconte seulement dans ce cadre. Seulement comme ça. »[13] (Fedor)

Les adolescents russes qui parviennent à parler de leur asthme auprès de leur entourage social n'ont pas honte d'utiliser leurs inhalateurs dans les lieux publiques, ni en présence de personnes inconnues, ni face à leurs amis. Néanmoins, Fedor remarque que lorsqu'il fait de la randonnée en montagne avec ses amis, il lui est désagréable qu'à cause de ses troubles respiratoires, les autres soient obligés de marcher plus lentement. Malgré le fait que ses amis ne le culpabilisent pas, Fedor a l'impression d'être un poids pour eux.

La majorité des adolescents russes ont des difficultés à parler de leur asthme avec les autres. Même s'ils arrivent à informer leurs amis proches, leurs professeurs à l'école ou dans les clubs de sport, ils n'aiment pas discuter de leur asthme avec autrui (Petya, Natacha, Anatoly, Vasily, Denis, Sonia et Maria). Parmi ces adolescents, certains sont gênés quand ils sont obligés d'utiliser leur Ventoline® dans les lieux publics (Natacha, Anatoly).

Souvent les adolescents n'arrivent pas à expliquer pourquoi ils n'aiment pas parler de leur asthme. Sonia évoque ainsi :

« *Avec les autres je n'en discute pas parce que ce n'est pas un sujet de discussion. Ce n'est pas un problème pour moi, mais juste on ne discute pas de ce genre des choses* ».[14] (Sonia)

Certains adolescents ne parlent pas de l'asthme même avec leurs amis qui sont aussi atteints d'asthme. Ils n'expliquent pas pourquoi ils ne peuvent pas parler de ce sujet, alors qu'ils arrivent à discuter d'autres problèmes. Maria parvient cependant à dire :

« *Mes amis savent que j'ai de l'asthme... Ils me demandent « pourquoi tu t'arrêtes pendant le cours ? ». Je réponds « J'ai de l'asthme ». Mais nous n'en discutons jamais. A quoi ça sert ? Quel est le sens de ces discussions ? Bah ils vont savoir comment il est horrible*

[13] Le texte en russe : « *Учитывая, что я последнее время постоянно разбираюсь с военкоматом и оттуда много забавных историй мои друзья знают, я им рассказываю. Это забавные истории соответсвенно, они знают, что у меня астма. В рамках этого рассказываю. Только так*.»

[14] Le texte en russe : « *С другими я не обсуждаю, потому что это не предмет для разговоров. Это не пробелма для меня, просто такие вещи не обсуждают*»

mon asthme (sourit). Pourquoi tout ce négatif sur les gens ?... J'ai pas d'honte de moi, je suis comme je suis. Mais pourquoi faut-il en parler ? »[15] (Maria)

Les adolescents russes sont sensibles au comportement des autres face à leur asthme. Sonia remarque que dès qu'elle utilise la Ventoline® au lycée, ses camarades de classe lui posent des questions même quand elle n'a pas d'envie d'y répondre. De plus, ses camarades ont envie d'utiliser sa Ventoline® par curiosité. Maria évoque ses difficultés en cours de sport à l'école. Malgré le fait que Maria et sa famille ont informé les professeurs au lycée, ses professeurs la critiquent pendant le cours de sport, alors qu'il est difficile pour la jeune fille de courir aussi vite que ses camarades.

Chez les adolescents français, certains participants sont capables de discuter de l'asthme avec leurs amis (Alise, Colin, Lil, Luce). Ces adolescents mentionnent que parfois des inconnus et des camarades en classe les regardent quand ils utilisent leurs inhalateurs, mais malgré cela ils ne ressentent pas de gêne ou de honte à cause de leur asthme. Cependant l'asthme est rarement un sujet de conversation. Par exemple, Colin remarque que malgré le fait que ses amis le soutiennent, l'asthme n'est pas un sujet de discussion. Le soutien de ses amis ne garantit pas l'utilisation facile des médicaments dans les lieux publics. Malgré le fait que Noémie peut facilement utiliser sa Ventoline® devant ses amis ou parler de son asthme, elle est gênée lorsqu'elle doit utiliser ses médicaments devant des inconnus. L'adolescente explique que la gêne d'utiliser la Ventoline® en public est liée au sentiment d'être différente des autres et malade ; elle n'a cependant pas ce sentiment quand elle est entourée par ses amis. Leni décrit des sentiments identiques : quand elle est entourée de ses amis, elle peut facilement utiliser son traitement. Mais quand elle est avec des inconnus, elle n'aime pas montrer qu'elle a un traitement à prendre. Elle explique ainsi :

« *Enfin, j'aime pas que les gens sachent que j'ai un traitement à prendre, que... Ça je sais pas. Mais... ouais, c'est privé, c'est... les inconnus ne doivent pas savoir tout, enfin* » (Leni)

Chloé décrit également des sentiments similaires :

« *Et j'aime pas... créer un sentiment de pitié, parce que... enfin... pour moi je suis comme tout le monde... enfin, que je sois malade ou pas, on a tous des problèmes dans nos vies et*

[15] Le texte en russe : « *Друзья знают…Спрашивают, почему ты останавливаешься во время бега? Я говорю «У меня астма». Но мы это никогда не обсуждаем. Зачем? В чем смысл? Ну будут они знать, какая у меня ужасная астма (улыбается). Ну зачем негатив на людей…Я не стесняюсь, какая есть. Ну просто зачем говорить?* »

j'aime pas ce sentiment de pitié, les regards. Par exemple, quand je passe dans la civière des pompiers, j'aime pas ça... Ils regardent. C'est de la curiosité et enfin... Dès qu'il y a un camion de pompiers ils disent « Allez viens, il y a un camion de pompiers ». Ils me regardent quand je prends la Ventoline®, ils veulent savoir ce qui se passe, c'est vraiment de la curiosité... moi je trouve ça irrespectueux.» (Chloé)

Pour Chloé il est important d'être « normale » dans sa communication avec ses amis. Même quand ceux-ci s'inquiètent pour elle à cause de ses hospitalisations et de son traitement, la jeune fille se comporte comme si elle était contente de ce qui se passe, comme si cette expérience de la maladie était normale et non extraordinaire.

Tout comme les adolescents russes, les adolescents français sont sensibles face au comportement des autres en ce qui concerne leur asthme. Anne et Chloé remarquent que leurs camarades de classe posent souvent des questions à propos de leur asthme, ce qui est gênant, car ces questions reviennent souvent et elles sont obligées de réexpliquer ce qu'est l'asthme. Ces adolescents n'ont pas d'envie de discuter de leur santé avec des gens qui ne sont pas leurs amis. Ainsi, Florence raconte qu'à cause du comportement des autres pendant ses crises d'asthme elle devient plus stressée. Les personnes de son environnement qui ne sont pas ses amis la dérangent parfois :

« *... S'il y a quelqu'un qui connait pas grand-chose à la maladie, qui me fait ... « oui t'es sûre, ça va ? il faut appeler l'ambulance ? » « Est-ce qu'il faut pas appeler l'ambulance ? T'es sûre, ça va ? Là je commence à être stressée. Et ça empire, donc... Ce sont les gens autour de moi, pas les proches.* » (Florence)

Nicolas décrit lui aussi des difficultés avec les autres (ses camarades en classe), mais pour d'autres raisons. Pendant les cours de sport, ses camarades doivent se diviser en équipes. Le « capitaine » doit choisir les membres de son équipe parmi ses camarades de classe. Nicolas remarque qu'il est souvent choisi en dernier car les autres enfants ne veulent pas le choisir dans leurs équipes, ce qui est triste pour lui.

Les adolescents sont sensibles non seulement au comportement des jeunes de leur âge, mais aussi au comportement des adultes. Anne évoque le comportement des membres de l'équipe médicale pendant son hospitalisation. Elle a fait des exercices pour des tests respiratoires et un médecin a lui fait la remarque qu'elle « *conduit le vélo comme un enfant de*

quatre ans ». Anne a été blessée par cette réaction et pense que les médecins n'ont pas d'asthme et ne comprennent pas ce qu'elle ressent.

Chloé rapporte une expérience semblable avec des adultes dans un club de natation. Les moniteurs de natation n'ont pas voulu qu'elle continue à assister aux cours. Chloé raconte :

« *Ils ne voulaient plus de moi. J'ai fait venir les pompiers très souvent* ». (Chloé)

Nicolas a remarqué que, pendant les cours de sport, ses professeurs (malgré le fait qu'ils sachent qu'il a de l'asthme) le forcent un peu à faire les exercices ou à courir alors que cela lui est difficile à cause de son asthme.

Les relations avec l'entourage social jouent également un rôle quant à la capacité des adolescents à faire face au problème de l'absentéisme au collège/lycée. La majorité des adolescents n'ont pas de problèmes ou de conflits à cause de leur absentéisme : leurs amis les aident toujours à rattraper les cours qu'ils ratent à cause de leur asthme. Seul Nicolas remarque que ses camarades de classe sont souvent gênés et agacés quand il leur demande de lui envoyer les devoirs pour rattraper son retard.

Les attitudes de l'entourage social vis-à-vis des adolescents atteints d'asthme ne sont pas toujours négatives. Leni remarque ainsi qu'il est important pour elle d'entendre que son médecin croit que sa maladie n'est pas grave. Au moment du diagnostic, il lui a dit que si son asthme était grave, il lui aurait déjà demandé combien de fois elle avait été hospitalisée cette semaine, alors que Leni n'a jamais était hospitalisée. Grâce à ce commentaire, Leni n'est pas angoissée et se considère comme une personne en bon état de santé, ce qui est important pour elle.

Chloé ressent aussi le soutien de son entourage pendant les cours de théâtre auxquels elle assiste. Elle peut avoir des crises d'asthme pendant les répétitions, mais n'est plus stressée pendant ses crises comme elle l'était lors des crises d'asthme au club de natation.

3.3.5 Thématique « Les attitudes vis-à-vis de la santé et de la maladie »

Les adolescents russes définissent la santé au travers des termes de responsabilité sur la santé. La majorité des adolescents russes pensent qu'ils peuvent contrôler leur santé ; seuls trois adolescents estiment que leur santé ne dépend pas d'eux (Natacha, Vasily et Andrey). Natacha croit que la santé dépend de la chance, et qu'elle est malchanceuse et donc souvent

malade. Vasily pense qu'il ne peut pas contrôler sa santé, car il essaie d'éviter les facteurs-déclencheurs de l'asthme mais n'arrive pas à contrôler les crises d'asthme malgré tout. Maria croit que la santé dépend de l'hérédité familiale. Andrey entretient des représentations identitiques sur sa santé. D'un côté il pense que la santé liée aux maladies contagieuses ne dépend pas de lui, car il peut être infecté par les autres personnes. Mais d'un autre côté il est sûr qu'il peut contrôler son asthme. Les autres adolescents croient eux aussi qu'ils peuvent contrôler leur santé, car ils peuvent contrôler leur comportement (Petya), contrôler leur asthme (Hélène, Anatoly, Sonia, Maria), éviter le stress et rester calme (Fedor, Denis) et avoir la volonté de rester en bonne santé (Denis). Fedor décrit le rôle des facteurs psychologiques dans sa santé :

« *Je suis tombé malade le 29 décembre et le 2 janvier j'ai dû partir à Kostroma. J'ai dû guérir... en deux jours, absolument, et j'ai guéri. J'ai tout fait pour guérir, j'ai suivi toutes les prescriptions.*»[16] (Fedor)

Certains adolescents croient que leur comportement joue aussi un rôle important dans leur santé (Denis, Sonia, Maria). Le rôle du comportement qui est bénéfique ou nuisible pour la santé est défini à travers la notion de limites. Denis explique que le comportement à risque n'est pas nécessairement nuisible à la santé, s'il ne dépasse pas les limites :

« *Boire, fumer. Il y a une seule vie et il faut tout essayer. Une fois. Il ne faut pas abuser.* »[17] (Denis)

Sonia explique que dans le comportement bénéfique à la santé il y a aussi des limites, car prendre excessivement soin de sa santé signifie s'inquiéter trop de sa santé. Il est important, selon elle, de respecter des limites. Pour Sonia, ces limites existent aussi dans le comportement à risque. Certains types de comportement à risque sont acceptables (consommer du fast-food), mais d'autres pas (prendre de la drogue).

Les adolescents reconnaissent non seulement le rôle de facteurs internes, mais aussi l'influence de facteurs externes sur leur santé. Ces facteurs sont très divers, de l'influence nuisible du froid (Denis) à l'influence négative de l'environnement politique en Russie

[16] Le texte en russe : « *Я заболел 29 декабря а 2 января мне нужно быол уезжать в Кострому. Мне нужно было выздороветь за 2 дня … Железно, и я выздоровел... Я делал все, чтоб вылечиться, соблюдал все инстуркции.* »

[17] Le texte en russe : *« Пить, курить. Жизнь только одна и надо все попробовать. Один раз. Нельзя злоупотреблять. »*

(Sonia). Si les facteurs internes sont considérés par les adolescents comme potentiellement nuisibles et/ou bénéfiques, l'influence des facteurs externes sur la santé est uniquement considérée comme nuisible.

Tous les adolescents russes se considèrent comme des personnes en bonne santé. Anatoly, Fedor et Denis utilisent le terme « *crise d'asthme* », mais soulignent qu'ils n'ont pas de « *vraies crises d'asthme* », seulement des difficultés de respiration. Andrey est content de réussir à continuer l'entrainement même s'il a une crise d'asthme.

Certains adolescents expliquent qu'ils ne se considèrent pas comme malades car leur asthme n'est pas une maladie grave (Andrey, Petya, Fedor, Denis, Vasily, Sonia). Cette maladie n'est pas inquiétante (Andrey), les problèmes liés l'asthme sont juste de petites difficultés par rapport à l'état de santé des autres (Petya, Fedor), cette maladie n'entraine ni handicap (Denis) ni la nécessité de passer toute sa vie dans les hôpitaux (Vasily), elle n'est pas mortelle et ne limite pas la vie quotidienne (Sonia). Sonia explique que la maladie est grave quand il y a un risque mortel, comme dans le cas du cancer, et qu'elle ne croit pas que l'asthme puisse être mortel.

Les autres adolescents croient qu'ils sont des personnes « *ordinaires* », « *normales* » juste avec de petits problèmes de santé et la nécessité de prendre des médicaments (Natacha, Hélène, Vasily, Maria). Hélène et Anatoly ajoutent qu'ils ont rarement des crises et ne se sentent pas toujours asthmatiques.

Denis se considère comme une personne en bonne santé, car il sait contrôler son asthme et son état de santé :

« *Si je suis triste je suis malade, si je suis de bonne humeur je tombe pas malade, je sais contrôler l'asthme.* »[18] (Denis)

Fedor, Sonia et Maria pensent que dans tous les cas il n'y a personne qui est dans un état de santé parfait. Fedor a illustré l'image de la personne en bonne santé en citant l'œuvre de Léon Tolstoï, en soulignant que la santé parfaite existe plutôt dans la littérature que dans la vie réelle :

[18] Le texte en russe : « *Если я грустный, я заболею, если я в хорошем настроении я не заболею, я могу контролировать астму*».

« *Comme Léon Tolstoï a dit, ils [les paysans] sont en bonne santé, parce que la vie autour d'eux est comme ça. Ils travaillent tout le temps et ne pensent pas sont-ils malades ou pas. Ils vivent tout simplement. Ils sont contents de leurs vies et heureux. Je pense que n'importe quelle personne sera en bonne santé si elle vit comme ça. La personne malade pense tout le temps à sa santé ...et va devenir malade. Même si avant ils n'étaient pas malades, tôt ou tard ils tombent malades, parce qu'ils pensent trop à leur santé*. »[19] (Fedor)

Les adolescents français tout comme les adolescents russes, définissent la santé en termes de responsabilité. Certains d'eux croient que la maladie et la santé dépendent de raisons non-contrôlables : l'hérédité familiale (Chloé, Nicolas), la chance (Anne, Alise, Leni) , l'éducation qu'on reçoit depuis l'enfance (Chloé), les médecins (Alise). En même temps, ils croient que des facteurs internes qui peuvent être contrôlés influent aussi sur la santé : le comportement (Nicolas, Leni) et l'état psychologique (Lil). Selon Nicolas, le comportement qui mène à un bon état de santé est un comportement évitant : c'est-à-dire un comportement qui a pour objectif de ne pas attraper le virus. Selon Leni, au contraire, le comportement qui permet de rester en bonne santé est un comportement actif, le mode de vie sain. L'influence de l'état psychologique sur la santé, décrit par Lil, correspond aux représentations des adolescents russes. Lil explique que la tristesse et les émotions négatives amènent au développement de la maladie, tandis que les émotions positives amènent à la bonne santé.

Contrairement aux adolescents russes, seulement quatre adolescents français se considèrent comme des personnes en bonne santé (Chloé, Alise, Leni et Luce). Alise se considère comme une personne en bonne santé, car selon elle, elle n'est pas atteinte d'une maladie grave (maladie qui amène à la mort). Alise croit que la personne qui est en état de santé parfaite n'existe pas et par rapport aux autres elle se considère comme en bonne santé. Alise et Luce expliquent qu'ils ne se considèrent pas comme des personnes malades, car ils n'ont pas de « *vraies crises d'asthme* », mais seulement de petits troubles respiratoires. Ils définissent une personne en bonne santé comme une personne « *normale* », « *comme tout le monde* », alors qu'une personne malade est obligée de prendre des médicaments, elle est différente. Alise ajoute qu'une personne malade se sent triste, limitée pour faire les choses qu'elle veut et jalouse des personnes en bonne santé.

[19] Le texte en russe : « *Как Лев Толстой сказал, они [крестьяне] здоровые просто потому, что жинь вокруг них такая. Они все время работают и не думают о том, болеют они или нет. Они просто живут. Они радуются жизни. Я думаю, что любой человек будет здоровым, если он будет так жить. Больной человек постоянно зацикливается на своем здоровье...и станет больным. Если даже они раньше не болели, они рано или поздно заболеют, потому что запариваются о своем здоровье.* »

Leni aussi se considère comme une personne en bonne santé malgré son asthme, car sa vie et ses activités ne sont pas limitées. Tout comme Alise, elle ne croit pas qu'une personne en parfait état de santé existe. A son avis, une personne malade ne peut pas réaliser la plupart des activités de la vie quotidienne et peut mourir. De plus, une personne malade est obligée de prendre son traitement régulièrement. Leni décrit une personne malade :

« *.. je pense qu'on est beaucoup moins bien quand on est malade. On est moins heureux, enfin... on a moins de chance d'être heureux déjà. »* (Leni)

Leni se compare aussi avec les autres enfants atteints de maladies pour catégoriser son propre état. Elle croit que par rapport aux autres personnes malades elle est une personne en bonne santé. Contrairement à Alise, Luce et Leni, Chloé explique que malgré le fait qu'elle se considère comme une personne en bonne santé, elle se rend compte qu'elle a des problèmes de santé importants :

« *pour moi, si je vois une personne qui est comme moi, je vais la considérer malade. C'est juste que moi, dans ma tête, je peux pas dire que je suis malade... Mais moi je peux pas me considérer comme malade. Alors que je sais bien que j'ai un problème.* » (Chloé)

Pour illustrer l'image d'une personne malade, Chloé décrit une amie qui est handicapée et atteinte d'une maladie grave (la mucoviscidose). Pour illustrer l'image d'une personne en bonne santé, elle décrit une amie qu'elle pense être en état de santé parfaite :

« *J'ai une copine à moi, elle fait de la natation intensive, elle réussit en tout. A l'école, toutes ses activités, elle a réussi partout. Ouais bon, elle n'est jamais malade. Elle était absente deux fois. Une parce qu'elle est allée à une compétition. Donc, elle n'est jamais malade et moi je suis tout le temps malade*. » (Chloé)

Cinq adolescents français se considèrent ni comme malades, ni comme en bonne santé (Anne, Colin, Noémie, Nicolas, Florence). Ils expliquent qu'ils sont « *entre les deux* ». Anne croit qu'une personne malade ne peut pas faire ce qu'elle veut, elle est malade tout le temps, elle attrape toutes les maladies et peut mourir. Anne remarque que tout comme une personne malade, elle est aussi limitée dans ses activités et ne peut pas faire tout ce qu'elle veut (notamment le sport, et ainsi se ressent comme différente des autres). Mais comme les crises d'asthme ne durent pas tout le temps et comme Anne ne croit pas que l'asthme est une maladie mortelle, elle ne se considère pas comme une personne malade. Anne ne peut pas se

considérer comme une personne en bonne santé non plus, car selon elle, cette personne ne risque pas de tomber malade et ne doit pas faire attention à sa santé dans la vie quotidienne, alors que Anne, elle, est obligée de faire attention à cause de son asthme.

Colin explique qu'une personne gravement malade est une personne handicapée, alors que lui ne l'est pas, il est seulement limité dans ses activités. En même temps, comme pour lui, une personne en état de santé parfaite n'existe pas, il se considère ni comme malade ni comme en bonne santé, mais comme « normal ». Nicolas explique qu'il se considère aussi « entre les deux », car il n'est pas comme la plupart des personnes atteintes d'asthme autour de lui. A son avis, par rapport aux personnes malades son asthme n'est pas sévère, mais en même temps, par rapport aux personnes en bonne santé, il est très limité dans ses activités (notamment le sport). Nicolas croit qu'une personne en bonne santé n'est pas limitée dans ses activités et peut faire tout ce qu'elle aime bien faire.

Noémie explique aussi pourquoi elle ne se considère ni comme malade ni comme en bonne santé. Quand elle est à l'hôpital, elle se ressent comme malade (selon Noémie, une personne malade prend un traitement et voit des médecins). Mais dès qu'elle sort de l'hôpital elle oublie qu'elle a de l'asthme et se sent « normale » :

« *Je suis malade mais normale.* » (Noémie)

Florence se considère comme malade pendant les grosses crises d'asthme qui peuvent durer pendant une semaine, mais pendant les périodes entre les crises elle se considère comme une personne en bonne santé. Selon Florence une personne malade est atteinte d'une maladie grave comme le cancer, où il y a moins de chance de guérir et moins de médicaments efficaces que pour soigner l'asthme. Florence croit qu'une personne malade est aussi limitée dans ses activités. Tout comme Alise et Leni, elle considère qu'il n'y a pas de personne en état de santé parfaite.

Finalement, un seul adolescent français se considère comme malade, Lil. Comme les autres adolescents, elle pense qu'une personne en état de santé parfaite n'existe pas. Néanmoins, elle peut décrire une personne en bon état de santé. Selon Lil cette personne est capable de mener une vie normale, alors qu'une personne malade est obligée de prendre un traitement. Lil explique que dès qu'elle arrête son traitement elle commence à avoir des troubles, ainsi elle ne peut pas se considérer comme une personne en bonne santé. Lil se rend compte que l'asthme va durer toute sa vie, elle sait que c'est une maladie chronique et qu'elle

aura toujours besoin de son traitement pour pouvoir mener une vie normale. Lil explique que puisqu'elle sait bien contrôler son asthme grâce au traitement prescrit, elle n'est pas stressée à cause de sa maladie et du fait qu'elle ne sera pas une personne en parfaite santé.

3.4 Discussion des résultats de la recherche qualitative

Dans la recherche actuelle nous avons trouvé deux types majeurs de non-adaptation à l'asthme chez les adolescents russes et français. Le premier type est associé au refus des prescriptions médicamenteuses ; le deuxième type est associé au refus des prescriptions non-médicamenteuses (comportements et mode de vie). Nous allons décrire non seulement les facteurs associés à ces deux types de non-adaptation, mais aussi les facteurs positivement associés à l'adaptation à l'asthme.

Le premier type de non-adaptation à l'asthme est associé au refus des prescriptions médicamenteuses. Les adolescents russes et français reconnaissent qu'ils oublient de prendre leurs médicaments (le traitement préventif et les inhalateurs pour stopper une crise d'asthme). Le traitement préventif de l'asthme est aussi important pour l'adaptation à cette maladie que l'utilisation des inhalateurs pour gérer les crises qui sont en cours (Robberecht et al., 2015). Si les adolescents n'utilisent pas leur traitement préventif, l'efficacité des inhalateurs diminue.

La non-adaptation au traitement préventif est liée aux connaissances des adolescents sur le fonctionnement de l'asthme et son traitement. La plupart des adolescents ne considère pas le traitement préventif comme un moyen de gérer l'asthme et oublie ce traitement. Chez la majorité des adolescents russes, le traitement préventif ne figure pas parmi les moyens de gérer l'asthme. L'utilisation des inhalateurs est le moyen de gérer l'asthme le plus utilisé parmi les adolescents russes et français. Les adolescents utilisent ces médicaments pour contrôler une crise d'asthme qui commence à se développer. L'importance d'utiliser les inhalateurs est visible pour la majorité des adolescents russes et français : les inhalateurs permettent de mieux respirer pendant les crises d'asthme. Mais l'importance des médicaments préventifs reste moins claire pour eux.

L'oubli de prendre le traitement préventif est ainsi associé aux représentations que les adolescents ont de l'asthme. La moitié des adolescents définissent l'asthme en termes de symptômes (la difficulté à respirer et l'insuffisance respiratoire). Il est possible que cette définition soit liée au fait que pour les adolescents, la maladie est présente tout d'abord à travers ses symptômes et pas au travers de sa classification scientifique, son fonctionnement,

ses causes et qu'elle peut être décrite au travers de ses manifestations extérieures symptomatiques. Les médicaments préventifs ne sont pas associés directement avec les symptômes d'asthme, tandis que les inhalateurs influent sur ces symptômes plus directement.

L'autre moitié des adolescents définissent l'asthme en termes de fonctionnement. Mais leurs explications du fonctionnement de cette maladie ne coïncident pas toujours avec les descriptions médicales de l'asthme. Les adolescents expliquent l'insuffisance respiratoire par la faiblesse des bronches et l'accroissement des cellules, ce qui ne coïncide pas avec les connaissances médicales. Les adolescents expliquent aussi que le développement de l'insuffisance respiratoire est causé par l'allergie et est liée à la génétique, ce qui reflète davantage les connaissances médicales. Les adolescents sont capables de lier les allergènes, le stress psychologique, les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux au développement d'une crise d'asthme, mais leur explication de ces liens ne reflète pas la réalité médicale. Ils décrivent la réaction allergique («*les poumons sont serrés à cause des allergènes*...») et considèrent que l'asthme est une maladie génétique (tandis que le facteur génétique est l'un des facteurs du développement de l'asthme mais que l'asthme n'est pas considéré comme une maladie génétique).

Les sources d'information selon lesquelles les adolescents construisent leur représentation de l'asthme sont leur expérience personnelle (les symptômes de l'insuffisance respiratoire, la réaction vis-à-vis des allergènes), la communication avec les médecins, la communication avec les parents et la lecture de littérature spécialisée. Malgré le fait qu'ils utilisent plusieurs sources d'information, leur savoir à propos de l'asthme reste limité ou erroné.

On peut considérer que les croyances erronées que les adolescents ont à propos de l'asthme sont d'une part liées au manque de sources d'information. Seule la moitié des adolescents (russes et français) utilisent d'autres moyens d'information que leur expérience personnelle pour construire leur image de l'asthme. Les adolescents russes et français qui ne sont pas capables d'expliquer ce qu'est l'asthme (comme Petya et Alise) ou qui donnent une définition erronée de l'asthme (comme Nicolas) n'utilisent pas d'autres moyens d'information que leur expérience personnelle.

D'autre part, les connaissances erronées sur l'asthme sont liées à la communication avec les adultes. Parmi les adolescents russes, comme Andrey et Fedor, les parents et les médecins ne parviennent pas toujours à expliquer correctement aux adolescents le développement de

leur asthme. Par contre, chez les adolescents français, comme Chloé et Florence, la communication avec les adultes (les infirmières et les médecins) leur permet d'avoir des connaissances qui correspondent mieux à la réalité médicale de l'asthme.

Actuellement en France il existe des écoles de l'asthme où les médecins, les infirmières et les psychologues expliquent aux adolescents et aux enfants le fonctionnement de leur maladie et les moyens de la gérer. Pendant les séances à l'école de l'asthme ces spécialistes communiquent directement avec les adolescents et pas uniquement avec leurs parents. Il est probable que cette pratique facilite la communication avec les adultes des adolescents français à propos de leur asthme, et leur permet de se former une représentation correcte de l'asthme. A l'inverse, les adolescents russes, même s'ils utilisent la communication avec les adultes comme une source de l'information, se forment parfois une représentation erronée de l'asthme.

En général, les adolescents français et russes posent rarement des questions à leurs médecins à propos de leur asthme. Plusieurs adolescents russes et français ont remarqué qu'il est plus facile pour eux de communiquer avec leurs parents et de leur poser des questions sur l'asthme, que d'interroger leurs médecins. D'une part, ce résultat correspond aux résultats des autres recherches qui ont constaté les difficultés de communication entre les patients et les médecins (Fainzang, 2006). D'autre part, les adolescents ne posent pas les questions aux médecins quand ils ne leur font pas beaucoup confiance. Lil, qui n'est pas d'accord avec la prescription de ses médecins à propos de son chien qui selon eux aggrave son état de santé, ne pose pas de question à propos de son asthme. Chez les adolescents russes, ce manque de confiance vis-à-vis des médecins se manifeste aussi. Maria et Sonia ont remarqué qu'avant elles posaient des questions à leurs médecins pour comprendre ce qu'est leur asthme, mais quand les médecins n'ont pas réussi, à leur avis, à détecter les allergènes qui provoquent les crises d'asthme et à améliorer leur état, elles ont arrêté de les interroger. Quand les adolescents français et russes en question doutent de leurs médecins, ils ne le montrent pas devant eux. Ces adolescents peuvent être en désaccord avec l'avis de leur médecin à propos du diagnostic et du traitement prescrit.

Certains adolescents ne sont pas d'accord avec le diagnostic d'asthme. Les adolescents russes, Fedor et Denis, d'après leur expérience personnelle, croient que leur asthme n'est pas aussi sévère que selon leurs médecins. Fedor et Denis sous-estiment la sévérité de leur asthme, car ils considèrent qu'ils n'ont pas de vraies crises d'asthme. Puisqu'ils ne se

considèrent pas comme des personnes malades, ces adolescents essayent d'éviter le terme « la crise d'asthme ». Leur représentation de soi en tant que personne en bonne santé ne coïncide pas avec l'avis de leurs médecins.

Certains adolescents ne sont pas d'accord avec l'avis de leurs médecins à propos des allergènes qui provoquent les crises d'asthme. Ce désaccord amène à la non-utilisation des prescriptions chez Lil, une adolescente française, et chez deux adolescentes russes, Sonia et Maria. Lil n'est pas d'accord avec la prescription de son médecin, car elle a trouvé une source d'information sur internet qui contredit l'avis de son médecin. Il faut remarquer que Lil a commencé la recherche d'information sur la prescription médicale (l'interdiction d'avoir un animal domestique), car cette prescription ne lui permet pas de garder son chien. Elle s'est orientée vers des sources d'information sur Internet pour trouver l'argumentation en faveur de son désir de le garder. Sonia et Maria ne sont pas d'accord avec les prescriptions sur les allergènes à éviter, car leur expérience personnelle de l'asthme ne coïncide pas avec l'avis de leurs médecins. Ces adolescentes croient que leurs médecins ne sont pas capables de détecter les allergènes qui provoquent les crises d'asthme. Ainsi, elles ne suivent pas leurs prescriptions médicales.

Le désaccord avec le diagnostic médical est lié au désaccord avec les prescriptions médicales chez un adolescent qui croit qu'il n'a pas besoin de médicaments forts, car son asthme n'est pas sévère. Denis refuse de prendre les médicaments à cause de leurs effets secondaires, et ce malgré le fait qu'il ne peut pas expliquer quels sont ces effets secondaires. Les médicaments sont considérés comme une substance chimique forte. Cette représentation des médicaments qui suppose une opposition entre les produits chimiques et les substances naturelles a été décrite dans certaines recherches (Fainzang, 2001).

Les médicaments ne sont pas acceptés par les adolescents parce qu'ils sont considérés nuisibles mais aussi pour d'autres raisons. Un adolescent français, Nicolas, ne croit pas qu'ils soient efficaces, car ces médicaments aident à apaiser une crise d'asthme, mais de nouvelles crises réapparaissent quelques jours plus tard. Malgré le fait que Nicolas accepte que grâce à la Ventoline® il est plus facile de respirer, l'effet des médicaments ne justifie pas ses attentes, ainsi il se représente qu'ils sont inutiles.

Ainsi, le désaccord avec les prescriptions médicales est associé à leur non coïncidence avec l'expérience personnelle des adolescents (Sonia et Maria), la sous-estimation de sévérité

de l'asthme (Fedor et Denis), et avec les représentations des adolescents sur l'efficacité du traitement (Nicolas). A cause de ces divergences entre l'avis des adolescents et l'avis des médecins, certains adolescents ne se sentent pas en confiance avec leurs médecins. A part Nicolas, les adolescents ne disent pas à leurs médecins directement qu'ils ne sont pas d'accord avec leur diagnostic et les médicaments prescrits. Nicolas est le seul adolescent qui a complétement arrêté son traitement car il ne croit pas qu'il soit efficace. Il a réussi à annoncer à son médecin qu'il ne prend plus le traitement prescrit pour avoir de nouvelles prescriptions, plus efficaces. Les autres adolescents ne refusent pas complétement de suivre les prescriptions médicales. Ils choisissent les prescriptions avec lesquelles ils ne sont pas d'accord et ne les suivent pas. Cependant, ils préfèrent ne pas le dire à leurs médecins. Ce problème de communication entre les médecins et les patients lié à l'autorité du médecin, a été décrit dans les recherches anthropologiques (Fainzang, 2006). Les difficultés de communication avec les médecins si les adolescents ne sont pas d'accord avec eux sont liés aussi aux bénéfices secondaires de l'asthme. Fedor ne communique pas directement à son médecin qu'il n'est pas d'accord avec les prescriptions et qu'il ne les suit pas, car il dépend de son médecin. Fedor accepte le diagnostic de son asthme malgré le fait qu'il n'est pas d'accord avec ce diagnostic, car grâce à lui, il peut éviter de faire son service militaire obligatoire. Denis aussi utilise son diagnostic d'asthme pour éviter les cours de natation à l'école.

Si les connaissances sur l'asthme sont associées avec le refus des prescriptions médicamenteuses, les émotions des adolescents le sont aussi. Quand les adolescents oublient de prendre les médicaments préventifs, ils ne ressentent pas d'émotions négatives. Pendant les entretiens, certains adolescents russes et français sourient quand ils acceptent le fait que parfois ils oublient de prendre leurs médicaments préventifs. Mais quand les adolescents parlent de l'oubli de l'inhalateur, soit ils ne manifestent pas d'émotions positives, soit ils remarquent que l'oubli de l'inhalateur est inquiétant.

Dans la présente recherche nous avons trouvé que les émotions négatives fortes vis-à-vis de l'asthme (la peur d'étouffer, la panique) ne sont pas répandues parmi les adolescents. Le sentiment de tranquillité est souvent associé à l'asthme chez les adolescents des deux cultures. Cette tranquillité vis-à-vis de la crise d'asthme peut être liée au sentiment de contrôle que les adolescents ont grâce à l'utilisation de l'inhalateur.

Les adolescents ont remarqué que l'inquiétude et le sentiment de peur sont liés à la perte du sentiment de contrôle quand l'inhalateur ne réussit pas à arrêter une crise d'asthme, mais

aussi quand les adolescents rencontrent un allergène inconnu qui déclenche soudainement une crise. Les connaissances des facteurs qui provoquent le développement de l'asthme sont importantes pour le contrôle de cette maladie. Les adolescents sont presque toujours au courant de pourquoi une crise d'asthme s'est développée chez eux : à cause des surcharges physiques, des allergènes, du stress/de l'inquiétude. Les adolescents décrivent les facteurs qui déclenchent les crises d'asthme dans des termes qui renvoient au contrôle. On peut contrôler l'activité physique (ne pas faire de surcharge), éviter les allergènes (les animaux, les plantes, les parfums forts, certains types de nourriture), se calmer pour que le stress ne déclenche pas une crise d'asthme.

Finalement, en plus des représentations cognitives et émotionnelles sur l'asthme et des relations des adolescents avec les autres, il existe un autre facteur qui joue un rôle important dans le refus des prescriptions médicamenteuses : la représentation de soi. Les adolescents qui acceptent le fait qu'ils oublient parfois leur traitement (les médicaments préventifs et les inhalateurs) ne se considèrent pas comme des personnes malades. Le cas de Noémie illustre bien ce fait : elle explique que quand elle a une crise d'asthme ou quand elle est hospitalisée, elle se sent malade, mais dès que la crise s'arrête ou qu'elle sort de l'hôpital, non seulement elle ne se sent plus malade, mais elle aimerait oublier le fait qu'elle a une maladie. Il est difficile pour elle d'accepter le fait qu'elle a besoin d'un traitement quand elle n'a pas de troubles respiratoires. La représentation de soi en tant que personne en bonne santé ou malade n'est pas liée au niveau de la sévérité de l'asthme. Un adolescent russe, Andrey, a aussi remarqué qu'il oublie son traitement et qu'il ne croit pas qu'il est malade, malgré le fait que son asthme soit sévère.

De même, les adolescents qui acceptent le fait qu'ils ont besoin des médicaments quand ils n'ont pas de crises d'asthme, peuvent oublier leur traitement s'ils se représentent comme des personnes en bonne santé. Leni accepte le fait qu'elle a besoin de son traitement avant les cours de sport pour ne pas développer une crise d'asthme pendant l'entrainement. Mais elle oublie de prendre son traitement préventif. Leni explique qu'elle se considère comme une personne en état de santé parfaite, et d'après elle, une personne en bon état de santé n'a pas besoin de traitement médical.

Nous avons décrit plusieurs facteurs qui expliquent la non-utilisation des médicaments de ces adolescents : les représentations cognitives et affectives, les relations avec les autres et la représentation de soi. Mais ces facteurs jouent parfois un rôle positif dans l'adaptation à

l'asthme. Les représentations des adolescents associées au désaccord avec les prescriptions médicales ne sont pas toujours nuisibles au traitement de l'asthme. Par exemple, les représentations des adolescents sur l'asthme et les facteurs qui déclenchent les crises sont parfois associées avec un choix de stratégies efficaces de contrôle d'asthme. Les adolescents français et russes sont capables de détecter le rôle du stress dans le développement de leur asthme. Les adolescents qui comprennent les liens entre le stress et le développement des crises d'asthme essayent de se calmer et de se détendre pendant la crise. Grâce à leur expérience personnelle, Maria et Sonia ont réussi à détecter les allergènes qui provoquent les crises d'asthme chez eux et essayent de les éviter.

Tous les adolescents sont capables d'identifier plusieurs facteurs qui provoquent le développement de leur asthme. La reconnaissance des facteurs provocateurs permet de mieux contrôler le développement de l'asthme (Janssens, Verleden & Van den Bergh, 2012). Certains facteurs externes qui causent les crises d'asthme sont communs chez les adolescents russes et français. Par exemple, le climat, la floraison et les allergènes. En même temps, il y a des facteurs spécifiques pour les adolescents français et pour les adolescents russes. Les adolescents français remarquent l'influence de la pollution sur l'asthme ; ce fait peut être lié à la popularité de la pollution comme sujet social dans les medias en France contrairement à la Russie. De plus, les acariens en tant que facteur allergène sont cités seulement par les adolescents français, tandis que la moisissure est citée seulement par les adolescents russes, car elle est liée à leur expérience personnelle. Au contraire, les acariens ne sont pas liés à l'expérience personnelle des adolescents français et sont généralement considérés comme nuisible dans le milieu médical français. Il faut remarquer que les adolescents français croient que les facteurs de l'environnement peuvent être non seulement nuisibles, mais aussi bénéfiques à leur asthme, tandis que pour les adolescents russes croient que ces facteurs sont toujours nuisibles. Ainsi, il y a des différences entre les communautés dans les facteurs externes considérés comme des facteurs nuisibles à l'asthme chez les adolescents russes et français.

Les relations avec les autres jouent aussi parfois un rôle positif dans l'adaptation à l'asthme. Les adolescents français, Anne, Chloé et Luce ont remarqué que leurs amies leur rappellent parfois d'utiliser leurs médicaments contre l'asthme. Une amie de l'adolescente russe, Maria, partage ses médicaments contre l'asthme avec elle quand Maria oublie ses médicaments.

Non seulement les relations avec les amis, mais les relations avec les parents jouent un rôle important dans l'adaptation des adolescents à l'asthme (Kaugars et al., 2004). La majorité des parents laissent aux adolescents la responsabilité de leur traitement médical et de l'organisation de ce traitement. Les adolescents gardent les médicaments dans leurs chambres ou dans une pharmacie commune. Le sentiment de contrôle de son traitement pour certains adolescents est positivement associé à leur adaptation à l'asthme. En ayant la possibilité d'organiser le traitement par eux-mêmes et en éprouvant la confiance de leurs parents, ils ont le sentiment de contrôler leur maladie. Certains parents rappellent aux adolescents de prendre leurs médicaments et gardent un double exemplaire de traitement de leurs enfants au cas où il serait nécessaire.

Néanmoins, si le fait que les parents permettent aux adolescents d'être responsables de leur traitement est important pour leur adaptation à l'asthme ; la volonté des adolescents de contrôler ce traitement par eux-mêmes joue aussi un rôle important. Parfois les adolescents sont contents que leurs parents s'occupent de leur traitement préventif car ils sont ainsi débarrassés de la nécessité d'organiser le processus de traitement par eux-mêmes. Par exemple, un adolescent russe, Petya, qui a la volonté d'être responsable de son traitement n'est pas satisfait de ne pas avoir accès aux médicaments préventifs qui sont gardé par sa mère. Mais Anne, une adolescente française qui au contraire n'a pas le désir d'organiser son traitement, est contente que sa mère garde ses médicaments.

Finalement, la représentation de soi est elle aussi associée à l'adaptation efficace au traitement de l'asthme. Lil, la seule adolescente française qui accepte le fait qu'elle soit malade, explique qu'elle aura toujours besoin de ses médicaments, même quand elle n'a pas de crises d'asthme. Maria, une adolescente russe, ne se considère pas comme une personne malade, mais accepte le fait qu'elle aura toujours besoin de ses médicaments, même si actuellement elle n'a pas de troubles respiratoires.

Le deuxième type de non-adaptation au traitement est associé au refus des prescriptions non-médicamenteuses. Les prescriptions non-médicamenteuses sont liées au mode de vie prescrit aux adolescents. Parfois en étant d'accord avec ces prescriptions, les adolescents n'ont pas les moyens matériels pour les suivre. Natacha explique que sa famille habite dans un appartement avec de la moisissure et ils ne peuvent pas déménager. Par contre, Anatoly, un autre adolescent russe qui a le même problème, mais dispose d'autres moyens matériels, a réussi à déménager avec sa famille dans un appartement sans moisissure. Ce cas de non-

adaptation à l'asthme dépend donc du statut socio-économique des adolescents et correspond aux résultats des recherches de Williams, Sternthal et Wright (2009) qui ont trouvé que les enfants dont les parents ont un faible statut socio-économique souffrent de leur asthme.

Souvent, les adolescents qui ne suivent pas les prescriptions non-médicamenteuses manifestent des comportements à risque. Ce refus de suivre les prescriptions non-médicamenteuses est lié d'un part à l'interprétation du comportement à risque, d'autre part au calcul des risques.

Les adolescents n'interprètent pas nécessairement le comportement à risque comme nuisible à la santé. Anatoly a reçu une prescription médicale de restriction du tabagisme. Malgré cela, il continue à fumer et explique qu'il ne croit pas que cela influe négativement sur son asthme. Ses attitudes vis-à-vis du tabagisme en tant que comportement à risque sont liées à ses représentations de l'asthme. Le comportement est considéré comme nuisible quand il cause des difficultés respiratoires immédiates, et Anatoly ne classe pas son tabagisme parmi les facteurs responsables de ses crises d'asthme. Ainsi, il semble ignorer son influence nuisible. De plus, ses attitudes vis-à-vis du comportement à risque sont liées aux émotions qu'il ressent vis-à-vis de l'asthme. Quand il estimait le tabagisme comme nuisible à la santé, il a eu peur pour sa santé et n'a plus fumé. Mais dès qu'il s'est assuré que le tabagisme ne provoque pas ses crises d'asthme, il a estimé que le tabagisme n'était pas nuisible et n'a plus eu peur.

Le comportement à risque peut aussi être le résultat d'un calcul des risques, et du choix entre l'acceptation des risques médicaux et des risques non-médicaux, par exemple les risques de non-acceptation sociale.

Les adolescents russes et français sont sensibles à la réaction de l'entourage social vis-à-vis de leur asthme. Parfois les adolescents considèrent les attitudes des autres vis-à-vis de leur asthme comme négatives. Une adolescente russe, Maria, et un adolescent français, Nicolas, remarquent que parfois les professeurs de sport ne comprennent pas que ces adolescents sont particuliers et ne peuvent pas s'entraîner comme les autres. Une adolescente française, Anne, se rappelle des critiques de la part d'un membre de l'équipe médical. De plus, les adolescents interprètent parfois les attitudes des autres vis-à-vis d'eux-mêmes comme négatives, alors même que les autres ne font pas de commentaires sur leur état. Chloé croit que les autres ressentent de la pitié et la curiosité vis-à-vis d'elle quand ils se rendent compte qu'elle est

atteinte d'asthme. A cause de la réaction critique des autres (exprimée directement ou interprétée comme telle par les adolescents) les adolescents ne se sentent pas confortables pour utiliser les inhalateurs dans les lieux publics. Ils préfèrent ne pas montrer leurs médicaments et ne pas dévoiler leur statut de malade devant les autres, plutôt que de soulager leurs troubles respiratoires. Selon les résultats de certaines recherches, la stigmatisation est une barrière de l'utilisation des prescriptions médicales chez les patients (Goffman, 1975; Jessop & Rutter, 2003; Penza-Clyve, Mansell et McQuaid, 2004).

Même si les autres ne les critiquent pas à cause de l'asthme et que les adolescents ne ressentent pas de réaction négative de leur entourage social, ils n'apprécient pas quand les personnes qui ne sont pas leurs amis proches leur posent des questions à propos de leurs médicaments et de leur maladie. Les adolescents français expliquent que leur santé est une question privée et pas un sujet de discussion. Les adolescents russes, comme Fedor et Maria, n'aiment pas discuter de leur maladie avec les autres et expliquent que la maladie est quelque chose de négatif qui les rend différents des autres enfants. Ces adolescents parlent de leur asthme seulement si quelqu'un les interroge, et ne commencent pas la discussion à propos de l'asthme d'eux-mêmes.

Il est intéressant de comparer une adolescente russe, Maria, et un adolescent français, Nicolas, car les deux n'ont pas beaucoup de relations sociales et remarquent qu'ils n'ont pas d'amis proches et qu'ainsi, ils ne discutent pas de leur asthme avec les autres. Maria explique qu'elle ne s'inquiète pas de ne pas parler de son asthme avec les autres, car elle n'a pas le désir de discuter de sa maladie, elle ne veut pas renvoyer une image négative aux autres. Nicolas lui, aimerait bien discuter de son asthme avec ses amis, mais ses camarades préfèrent faire des blagues au lieu de discuter de choses sérieuses et Nicolas ne veut pas en parler d'une manière humoristique. Ainsi, en étant dans la même situation de manque de relations avec les autres enfants, ces deux adolescents russes et français ressentent différemment l'impossibilité de discuter de leur problème de santé avec leurs amis. Selon les recherches sur les adolescents dans les cultures occidentales, la possibilité de discuter de l'asthme avec les autres est importante et favorise une meilleure adaptation à l'asthme (Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten & Van Den Eijnden, 2007). Il n'y a pas de recherche sur les adolescents atteints d'asthme dans les cultures non-occidentales et sur leur capacité à discuter des problèmes de santé. Dans les cultures collectivistes, comme en Russie, les besoins communs sont plus importants que les besoins personnels, ainsi les sujets ne sont pas encouragés à partager leurs

difficultés personnelles avec les autres. Ce fait peut clarifier l'expérience de cet adolescent russe par rapport à un adolescent français. A la différence de Nicolas qui ne veut pas discuter son asthme d'une manière humoristique, un adolescent russe, Fedor, ne discute de son asthme que de cette manière pour amuser ses amis.

Dans les deux pays, les risques sociaux dus à l'asthme sont souvent associés aux émotions négatives chez les adolescents. En attirant l'attention des autres pendant les grosses crises d'asthme, certains adolescents français, comme Chloé, ressentent des émotions négatives surtout à cause de leur interprétation de la réaction des autres. Les adolescents russes aussi ressentent les émotions négatives à cause des risques sociaux associées à l'asthme. Fedor ressent de la culpabilité quand il a l'impression qu'il joue un mauvais tour à ses camarades à cause de son insuffisance respiratoire. Parfois, à cause de son asthme, il est obligé de s'arrêter au milieu d'un voyage touristique et ses amis l'attendent. Ses amis ne l'ont jamais critiqué, ni montré leur mécontentement. Néanmoins, pour ne pas empêcher ses camarades d'atteindre leur objectif commun pendant les voyages touristiques, Fedor risque sa santé, il continue à faire des efforts physiques malgré le fait qu'il ressente leur effet nuisible pour son asthme.

Néanmoins, les attitudes de l'entourage social ne causent pas seulement une non-adaptation à l'asthme et des émotions négatives chez les adolescents ; ils sont aussi associés à une adaptation positive à la maladie. Les adolescents remarquent qu'ils apprécient le soutien de leurs amis, et que leurs amis ne changent pas leurs attitudes vis-à-vis d'eux après avoir appris qu'ils sont « différents », « asthmatiques ». De plus, certains adolescents sont capables de maintenir leur intégration dans un groupe social sans soumettre leur santé à des risques. Leni, contrairement à Fedor, est capable de demander à ses amis de ne pas fumer en sa présence, car elle peut avoir des troubles respiratoires. Elle ne ressent pas de gêne en demandant à ses amis de ne pas mettre sa santé en danger. Pour se sentir acceptée dans un groupe, elle ne ressent pas la nécessité de fumer. En prenant soin de sa santé individuelle, Leni ne ressent pas de culpabilité contrairement à Fedor. Cette différence entre les deux adolescents peut-être associée à leur culture. Dans la culture russe, qui contient certaines caractéristiques de la culture collectiviste, le bien commun est considéré comme primordial, et la prise en compte du bien individuel n'est pas encouragé et peut partiellement expliquer le sentiment de culpabilité ressenti par Fedor. L'attention portée au bien individuel n'est pas découragé dans le contexte culturel français et cela peut expliquer la capacité de Leni à garder un sentiment d'intégration sociale tout en prenant soin de sa santé.

Le choix entre les risques médicaux et les risques non-médicaux n'est pas associé seulement aux risques sociaux. Souvent les adolescents exercent des activités interdites par les médecins qui aggravent leur état de santé, parce que ces activités sont valorisées et importantes pour eux. Diverses formes d'activités sportives sont des loisirs répandues chez les adolescents russes et français. Parallèlement, l'activité sportive est souvent limitée à cause de l'asthme. Les adolescents réagissent différemment à la limitation ou à l'interdiction de pratiquer une activité sportive.

Si l'activité sportive limitée à cause de l'asthme n'est pas importante pour l'adolescent et les cours de sport ne lui apportent pas de plaisir, comme c'est le cas pour les adolescents russes Vasily et Maria, et une adolescente française, Noémie, les adolescents ne risquent pas leur santé à cause du sport, car ils ne ressentent pas d'émotions négatives si l'activité sportive est limitée ou interdite à cause de leur asthme.

Les adolescents français, Anne, Alise, Colin, Nicolas, Luce, Leni, Lil, autant que les adolescents russes, Natacha, Hélène, qui ont réussi à s'adapter aux limites imposées par leur asthme, ne risquent pas leur santé non plus. Certains de ces adolescents (Natacha, Hélène, Luce, Anne, Alise et Nicolas) limitent l'activité sportive mais ne renoncent pas à la pratiquer : ils ratent les entraînements s'ils ont une crise d'asthme avant, ils s'arrêtent au milieu de l'entraînement s'ils ressentent des troubles respiratoires. Ces limites de l'activité sportive ne causent pas d'émotions négatives chez ces adolescents. La possibilité de pratiquer une activité sportive leur apporte des émotions positives, mais il ne s'agit pas d'un loisir important pour eux (sauf Colin et Leni).

Trois adolescents français, Colin, Leni et Lil, utilisent différentes manières pour s'adapter aux limites de l'activité physique. Colin a réussi à jouer au football et en même temps à ne pas aggraver son état de santé. Il ne se considère pas comme une personne malade. La maladie pour Colin est définie par le terme de limite. La maladie grave est un handicap qui limite sérieusement la vie du malade. Colin ne croit pas que son asthme limite fortement sa vie, ainsi il ne se considère pas comme malade. En même temps, à cause de l'asthme, Colin a dû arrêter de jouer au football régulièrement comme il le faisait quand il était enfant. De plus, à cause de l'asthme, ses projets pour l'avenir ne sont plus réalisables (il rêvait d'être pompier depuis l'enfance). Il est clair que l'asthme limite les activités de cet adolescent, mais il ne se considère pas pour autant comme malade.

Lil et Leni ont continué à pratiquer une activité physique, et elles remarquent que l'asthme ne limite pas cette activité chez elles. Néanmoins, elles vivent cette expérience différemment. Leni a un asthme léger, elle ne se considère pas comme malade. Pour Leni, une personne en bonne santé est une personne qui ne limite pas ses activités de la vie quotidienne. Grace à son traitement, Leni peut continuer à faire du sport, ce qui est une activité importante pour elle, et elle ne se considère pas comme malade. En même temps, selon sa représentation de ce qu'est une personne en bonne santé, cette personne n'a pas besoin de traitement, alors que Leni ne peut pas pratiquer d'activité sportive sans prendre ses médicaments avant l'entrainement. Néanmoins, Leni n'accepte pas son statut de malade, car il n'y a pas que les critères cognitifs (prendre le traitement, pouvoir pratiquer les activités, etc.) qui jouent un rôle dans le fait de se considérer comme une personne malade. La représentation d'une personne malade pour Leni est liée aussi à des critères émotionnels. Elle explique qu'une personne malade doit se sentir malheureuse. Cette représentation émotionnelle complique la représentation de soi comme une personne malade chez Leni.

Lil, tout comme Leni, a réussi à pratiquer une activité sportive sans aggraver son asthme. Mais il y a des différences entre ces deux adolescentes. L'activité physique n'est pas une activité valorisée pour Lil comme elle l'est pour Leni. De plus, contrairement à Leni, Lil accepte son statut de malade. Elle est la seule adolescente qui se considère comme une personne malade et non en bonne santé. En même temps, Lil croit que sa maladie ne change pas sa vie et qu'elle peut vivre pleinement malgré le fait qu'elle sera toujours atteinte d'asthme (elle accepte non seulement le fait qu'elle soit malade, mais aussi que sa maladie soit chronique). Pour Lil, être malade veut dire avoir besoin d'un traitement. Etant donné qu'elle a besoin de ses médicaments, elle se considère comme une personne malade. Le traitement médical pour Lil est un moyen de contrôler sa maladie ; il ne s'associe pas à une représentation émotionnellement négative du malade. Ainsi, pour Lil, la représentation du malade n'est pas associée à des émotions négatives et au malheur comme pour Leni. Cela facilite l'acceptation d'une représentation de soi en tant que personne malade tout en ne provoquant pas d'émotions négatives et de sensation de stigmatisation à cause de son état de santé.

Certains adolescents français et russes sont seulement partiellement adaptés aux limites imposées à l'activité physique ; de temps en temps, ils risquent leur santé au profit de l'activité physique. Pour ces adolescents, l'activité sportive est un loisir important, une

activité valorisée, dont la perte provoque des émotions négatives. Les adolescents russes Andrey, Fedor, Sonia et Denis se considèrent comme des personnes en bonne santé, malgré le fait que Sonia et Andrey aient un asthme sévère, et Fedor et Denis soient atteints d'asthme modéré. La non-acceptation de son statut de malade se manifeste dans les termes employés par Fedor et Denis. Nous avons déjà remarqué qu'ils évitent d'utiliser le terme « crise d'asthme » et qu'ils soulignent qu'ils n'ont pas « *de vraies crises d'asthme »*. Les adolescents russes expliquent qu'ils sont des adolescents ordinaires, en bonne santé, mais avec des particularités de santé. Ces résultats correspondent aux travaux de Eugeni qui a montré que les patients atteints d'insuffisance rénale grave ne se considèrent pas comme malades (Eugeni, 2011).

L'asthme est considéré comme une particularité de santé et non comme une maladie chronique grave. Le niveau de gravité est une caractéristique importante dans la définition de la maladie. Les adolescents expliquent que la maladie grave est une maladie caractérisée par un handicap (ne pas pouvoir marcher), qui dure pendant toute la vie, et peut amener à la mort (comme le cancer). Ils expliquent qu'une personne malade, au contraire d'une personne en bonne santé, ne peut pas se permettre d'exercer des activités variées et est obligée de se limiter pendant toute sa vie. Les adolescents semblent penser que malgré le fait que leur asthme limite leurs activités, ils peuvent se permettre de prendre des risques de temps en temps ou de continuer à pratiquer les activités qui les intéressent. Selon ces adolescents, la possibilité de risquer sa santé pour pouvoir exercer des activités importantes est une caractéristique de la personne en bonne santé. Etant donné que les adolescents atteints d'asthme se considèrent comme des personnes en bonne santé, ils se permettent d'exercer des activités physiques même si parfois cela provoque les crises d'asthme. Ainsi, l'interprétation non seulement de la maladie, mais aussi de la santé est associée au comportement des adolescents et à leur adaptation à l'asthme. Malgré le fait que tous ces adolescents ont remarqué qu'une personne en état de santé parfaite n'existait pas, ils ont su décrire ses caractéristiques : une personne qui ne se refuse rien et exerce des activités variées, y compris des comportements à risque (fumer, boire). Les adolescents associent la santé à la notion d'équilibre. La personne en bonne santé ne doit pas trop s'occuper de sa santé et s'inquiéter à cause de celle-ci. Fedor a utilisé des personnages de la littérature pour décrire cette personne fictive: les paysans, les personnages secondaires de « Guerre et Paix », qui ne s'occupent pas spécialement de leur état de santé. Les adolescents russes soulignent l'importance des facteurs psychologiques pour maintenir la santé. Ils associent la santé avec la volonté, l'humeur,

l'atmosphère psychologique et la capacité à gérer le stress. L'état d'esprit est considéré comme le facteur clé pour pouvoir rétablir les insuffisances physiques : « *La santé et la maladie, c'est ce que tu as dans ta tête* ». Ainsi, les adolescents russes atteints d'asthme ne se considèrent pas comme malades.

La représentation du malade renvoie à l'image d'une personne faible, désagréable, surtout pour les garçons russes, ce qui peut être associé en opposition à l'image masculine répandue dans la culture traditionnelle – une image forte. Denis, Fedor et Andrey sous-estiment leur asthme ; ils ne sont pas d'accord avec le diagnostic médical et considèrent que leur asthme les dérange tellement rarement qu'ils ne sont plus malades. Contrairement à ces garçons, Sonia accepte le fait que son asthme est grave et que, en pratiquant une activité physique, elle risque sérieusement sa santé. La difficulté à accepter la maladie se manifeste dans l'attitude émotionnelle de l'adolescent vis-à-vis de son asthme. Après avoir su détecter les facteurs déclenchants de l'asthme au début de la crise, Fedor commence à avoir des sentiments négatifs, ce qui contredit la littérature scientifique selon laquelle l'identification précoce des symptômes d'asthme est liée à une prise de mesures pour arrêter une crise et à la diminution des émotions négatives (Janssens, Verleden & Van den Bergh, 2012). Pour Fedor, les facteurs déclenchants connus de la crise d'asthme réveillent les émotions négatives, car cela lui rappelle qu'il est atteint d'asthme et que ses troubles de respiration ne peuvent pas être provoqués par une autre cause que cette maladie.

Ainsi, les adolescents russes qui risquent leur santé pour pouvoir pratiquer une activité importante ne se considèrent pas comme des personnes malades. La limitation de l'activité sportive est difficilement acceptée par les adolescents, non seulement parce que cette activité est valorisée, mais aussi parce que la représentation de soi en tant que personne malade évoque des émotions négatives. Les représentations de la personne malade et de la personne en bonne santé qu'ils se sont construites sont influencées par les aspects de la culture traditionnelle russe.

Parmi les adolescents français, une adolescente, Chloé, valorise une activité sportive : elle a risqué sa santé pour pouvoir pratiquer cette activité. Malgré le fait que pendant les cours de sport elle a eu souvent des crises d'asthme, Chloé a quitté le club sportif non pas parce que c'était son choix, mais parce que ça lui a été imposé par les professeurs de ce club. L'impossibilité à continuer les cours de sport et la perte de cette activité importante était très difficile pour Chloé, elle remarque qu'elle a « *quasiment tout perdu* ». Chloé n'accepte pas le

fait d'être malade. Elle se rend compte que sa non-acceptation de son état de santé est liée aux facteurs émotionnels plutôt qu'aux facteurs cognitifs. Pour elle, la représentation d'une personne en bonne santé est liée aux facteurs émotionnels positifs : c'est une personne qui réussit en tout. Pour Chloé cela veut dire réussir à l'école, dans les activités diverses comme les loisirs et dans la communication avec les autres. Accepter son statut de malade pour Chloé veut dire accepter sa malchance. Ainsi, pour elle, sa représentation émotionnelle de ce qu'est une personne malade complique son acceptation de son état de santé.

Les adolescents ne prennent pas la décision de limiter certaines activités interdites à cause de leur asthme uniquement par eux-mêmes. Parfois ils sont obligés de prendre cette décision à cause des adultes. On a déjà décrit le cas de Chloé : car les professeurs ont pris la décision qu'elle doit quitter le club de sport. Chloé n'a pas réussi à s'adapter à cette interdiction de l'activité sportive dans sa vie.

Les adultes qui jouent souvent un rôle important dans l'interdiction des activités des adolescents sont les parents. Dans ce travail de recherche, la majorité des adolescents russes ont remarqué que leurs parents leur font confiance et ne leur interdisent pas les activités à cause de l'asthme. Mais ce n'est pas le cas chez tous les adolescents. La mère de Petya peut lui interdire de pratiquer certaines activités d'une manière directive. Si ces interdictions sont liées à une activité non agréable (par exemple, aller à l'école), Petya ne ressent pas d'émotions négatives à propos de cela. Mais si l'interdiction concerne une activité valorisée (passer du temps avec les amis), Petya ne comprend pas pourquoi ces activités sont interdites et croit que sa mère est trop inquiète pour lui.

Chez les adolescents français, il n'y a qu'une adolescente qui décrit des interdictions de la part de ses parents, Florence. Du fait de l'attitude de ses parents, Florence dit avoir des sentiments négatifs vis-à-vis de son asthme. Elle remarque qu'elle se sent différente des autres enfants qui peuvent pratiquer toutes les activités qu'ils veulent. Florence ne passe pas beaucoup de temps avec ses parents et dans le centre spécialisé où elle habite avec d'autres adolescents atteints d'asthme, elle ne ressent pas d'émotions négatives quand il lui est interdit de pratiquer certaines activités. Quand elle reçoit des interdictions comme les autres enfants de son âge, elle ne se sent pas différente.

Certains auteurs considèrent que quand les parents interdisent des activités à leurs enfants à cause de leur asthme, ils ne favorisent pas le développement de leur responsabilité

individuelle envers la santé (Kasser, Ryan, Zax & Sameroff, 1995). Les interdictions des parents de manière directive sont rares parmi les adolescents russes et français. Les adolescents remarquent que si, pendant l'enfance, les parents pouvaient leur interdire certaines activités, maintenant ils leur donnent des conseils et permettent à leurs enfants de prendre des décisions par eux-mêmes. Il est considéré que le sentiment de contrôle de son traitement est une condition de l'adaptation efficace à l'asthme (Chateaux & Spitz, 2007).

La représentation de soi comme une personne en bonne santé est associée au comportement à risque chez les adolescents. Néanmoins, ce facteur n'est pas toujours associé à des conséquences négatives sur le bien-être des adolescents. Le fait que les adolescents russes atteints d'asthme soient différents des autres enfants de leur âge n'est pas toujours lié aux sentiments négatifs. Fedor, Denis et Andrey se rendent compte qu'ils doivent faire plus d'efforts pour exercer une activité physique que les enfants en bonne santé ; mais ils ressentent qu'ils sont capables de surmonter les obstacles plus que les autres. Paradoxalement, à cause de leur maladie, ils peuvent confirmer leur représentation d'être des personnes fortes.

3.5 Conclusions de la recherche qualitative

Nous avons décrit les facteurs associés à l'adaptation et la non-adaptation à l'asthme chez les adolescents russes et français.

Premièrement, la non-utilisation du traitement médical est liée aux représentations que les adolescents ont de leur asthme. L'efficacité du traitement préventif n'est pas visible pour les adolescents, contrairement à l'efficacité des inhalateurs. Ainsi l'oubli des inhalateurs provoque des émotions négatives alors que ce n'est pas le cas pour l'oubli des médicaments prophylactiques. Les symptômes de l'asthme sont connus des adolescents grâce à leur expérience personnelle, tandis que les connaissances sur le fonctionnement de l'asthme sont moins accessibles pour eux. Il faut remarquer que les adolescents français ont plus de sources d'information : grâce aux écoles de l'asthme, ils ont la possibilité de communiquer directement avec des spécialistes de santé à propos de leur asthme.

Les représentations de l'asthme jouent parfois un rôle positif dans l'adaptation à cette maladie. Les représentations des facteurs qui déclenchent les crises d'asthme guident les stratégies de lutte contre cette maladie. Ces représentations sont communes chez les adolescents russes et français ; tous les adolescents énumèrent les facteurs externes (de l'environnement et de l'entourage social) et les facteurs internes (de son état psychologique et

de son comportement). Néanmoins, les facteurs inclus dans chacune de ces catégories peuvent être influencés par le contexte culturel.

La représentation de soi explique aussi l'expérience de la non-adaptation à l'asthme chez les adolescents. Les adolescents qui ont une représentation de soi comme une personne en bonne santé qui n'a pas besoin de traitement, oublient de prendre leur traitement. Parmi tous les adolescents qui ont participé à la recherche, seulement une adolescente française accepte le fait qu'elle soit malade et qu'elle aura toujours besoin de médicaments. Il n'y a pas de facteurs émotionnels négatifs dans la représentation de ce qu'est une personne malade de cette adolescente, contrairement aux autres adolescents. Les autres adolescents incluent des facteurs émotionnels négatifs dans leur représentation de ce qu'est une personne malade contrairement à leur représentation d'une personne en bonne santé. Même si selon les critères cognitifs les adolescents devraient se considérer comme des personnes malades (car ils prennent des médicaments et sont limités dans leurs activités), ils ne se considèrent pas comme tels à cause des critères émotionnels. Les adolescents qui ne se considèrent pas comme des personnes malades croient que les personnes malades sont malheureuses et ressentent des émotions négatives (par exemple, la jalousie). Ces adolescents se ressentent malades seulement pendant les crises, quand le besoin des médicaments est visible, mais pendant les périodes entre les crises, ils souhaitent oublier le fait qu'ils ont de l'asthme. Les facteurs émotionnels négatifs attachés à la représentation des personnes malades peuvent expliquer cela.

Nous avons remarqué des différences dans la représentation des personnes malades chez les filles et les garçons russes. Chez les garçons, l'image de la personne malade est associée à la faiblesse et ne ressemble pas à l'image masculine répandue dans la culture traditionnelle. Nous n'avons pas remarqué ces différences chez les garçons et filles français, mais ce fait peut être aussi lié au manque de garçons dans l'échantillon français (2 garçon *versus* 8 filles).

De même que la représentation de soi et les représentations de l'asthme, les relations sociales jouent un rôle positif et négatif dans l'adaptation à l'asthme. Les amis qui soutiennent les adolescents atteints d'asthme les aident à ne pas oublier de prendre leur traitement. De plus, ils ne changent pas leurs attitudes vis-à-vis des adolescents à cause de leur asthme, ce qui permet d'éviter la stigmatisation. Les relations avec les adultes aussi jouent un rôle positif dans l'adaptation à l'asthme ; ce sont surtout les parents qui aident les adolescents à prendre leur traitement, et qui en même temps leur permettent d'être indépendants dans leurs soins. En

même temps, l'importance des relations sociales pour les adolescents explique peut-être leur non-adaptation à l'asthme (les comportements à risque, la non-utilisation des médicaments). La perception des risques sociaux dépend du contexte culturel de l'adolescent. Les adolescents russes ne tolèrent pas les situations où ils causent des difficultés aux autres (des émotions négatives, des difficultés dans la réalisation des objectifs communs), tandis que les adolescents français sont plus sensibles aux difficultés que leur entourage social leur cause (les remarques critiques, la pitié, etc.).

En plus des risques sociaux, les risques de ne pas pouvoir exercer une activité valorisée et importante expliquent aussi la non-adaptation à l'asthme chez les adolescents. Si l'activité interdite est importante pour les adolescents, ils sont prêts à risquer leur santé. Ces adolescents sont prêts à accepter les risques de santé, car la possibilité de pratiquer leur loisir est importante pour eux non seulement parce qu'il apporte des émotions positives, mais aussi en tant que valeur de vie. Ce type d'acceptation des risques est aussi lié à leur représentation de ce qu'est une personne en bonne santé chez les adolescents. La description de l'image d'une personne en bonne santé est liée au contexte culturel des adolescents. Les adolescents russes définissent la personne en bonne santé comme une personne qui peut se permettre de risquer sa santé. Prendre soin de sa santé est défini en termes de limites : il ne faut pas risquer trop, mais en même temps il ne faut pas s'occuper trop de sa santé. Les adolescents français définissent la personne en bonne santé comme une personne qui n'est pas limitée dans ses activités. En se considérant comme des personnes en bonne santé, ils se permettent ainsi de manifester des comportements à risque.

Ainsi, cette étude qualitative a permis de décrire les représentations cognitives et émotionnelles des adolescents sur la santé et la maladie ; et de montrer comment ces représentations expliquent l'adaptation et la non-adaptation à l'asthme dans les deux contextes culturels de ces adolescents.

Conclusion générale

Dans cette recherche nous nous sommes intéressés aux relations entre les valeurs et les autres variables qui sont associées au comportement et à la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme. La compréhension des relations entre les valeurs en tant que motivations abstraites et les autres variables psychologiques contribue à la construction d'un modèle général de comportement de santé. La construction de ce modèle est cruciale non seulement sur un plan théorique en psychologie de la santé, mais aussi pour la pratique clinique. Sans l'élaboration d'une théorie générale de comportement de santé il demeure impossible de construire un programme efficace de prévention (Ewart, 2004).

La limitation principale de cette recherche est liée à son design transversal. Les recherches longitudinales mettent en doute le pouvoir prédictif des valeurs sur le comportement des adolescents. Young et West (2010) ont ainsi montré qu'à long terme le pouvoir prédictif des valeurs pro-sociales sur le comportement à risque (l'utilisation de substance) diminue. Néanmoins, les recherches sur les valeurs en psychologie de la santé ne supposent pas nécessairement que les valeurs soient les seules variables susceptibles de prédire le comportement. Lorsque les valeurs sont incluses dans les modèles de prédiction du comportement, elles montrent un pouvoir prédictif important (Bardi & Schwartz, 2003 ; Bardi & Guerra, 2011). Une méta-analyse récente a montré que les valeurs jouaient un rôle important dans le comportement, car elles influaient sur les attitudes cognitives (Boer & Fischer, 2013). Dans notre recherche, nous avons montré comment les valeurs étaient associées aux attitudes affectives et cognitives, mais aussi aux stratégies de coping. De manière conjointe, ces variables jouent un rôle important dans le comportement de santé et dans les symptômes psychopathologiques chez les adolescents atteints d'asthme.

Dans la première étude empirique nous avons étudié les relations entre les valeurs et les attitudes. Nous avons montré que les attitudes sont des médiateurs entre la valeur de santé, la valeur de la vie excitante et le comportement de santé. Le rôle médiateur des attitudes cognitives entre les valeurs et le comportement a déjà été souligné dans plusieurs recherches (e.g. Milfont, Duckitt & Wagner, 2010). Dans notre recherche nous avons mis en évidence que les attitudes affectives jouaient également le rôle de médiateurs entre les valeurs et les

comportements. Ce résultat correspond à la théorisation selon laquelle les valeurs influent sur le comportement à travers les émotions (Bardi & Schwartz, 2003 ; Hitlin & Piliavin, 2004). Cela signifie qu'en valorisant la santé, les adolescents évaluent le comportement de prévention non seulement comme efficace et utile, mais aussi agréable et attirant et s'engagent ainsi davantage dans un comportement de prévention. En valorisant la santé, les adolescents évaluent le comportement à risque comme nuisible et désagréable et s'engagent moins dans ce comportement. La valeur de la vie excitante est associée aux attitudes et au comportement de manière opposée : en valorisant la vie excitante, les adolescents évaluent le comportement de prévention comme inutile et désagréable et s'engagent moins dans ce comportement ; de manière concomitante ils évaluent le comportement à risque comme utile et agréable et s'engagent plus dans ce comportement.

Néanmoins, ces relations entre les attitudes, les valeurs et le comportement dépendent du contexte culturel et de l'état de santé des adolescents. En effet, chez les adolescents russes en bonne santé, il existe une seule association entre les valeurs et les attitudes ; seule la valeur de la vie excitante est liée au comportement de prévention de manière indirecte à travers les attitudes affectives. Chez les adolescents russes atteints d'asthme, il existe six médiations significatives qui incluent non seulement la valeur de la vie excitante, mais aussi la valeur de santé. Les valeurs de sécurité, y compris la santé, sont plus enracinées dans la culture russe parmi les adultes (Magun & Rudnev, 2012). Chez les adolescents, il est probable que la valeur de santé reste moins cognitivement accessible en l'absence de menace sur la santémenace sur la santé et soit activée chez les adolescents atteints d'asthme.

Ces relations entre les valeurs, les attitudes et le comportement se manifestent partiellement dans la culture française. Chez les adolescents français en bonne santé, il existe cinq médiations significatives qui incluent la valeur de la vie excitante et la valeur de santé. Comme chez les adolescents russes, la valeur de santé est positivement associée au comportement de prévention, tandis que la valeur de la vie excitante est positivement associée au comportement à risque. Chez les adolescents français atteints d'asthme il existe une seule association entre les valeurs et les attitudes ; seule la valeur de la vie excitante est associée aux attitudes et au comportement de santé. En valorisant la vie excitante, les adolescents évaluent le comportement de prévention comme utile et s'engagent ainsi davantage dans ce comportement. C'est seulement parmi les adolescents français atteints d'asthme que la valeur de la vie excitante est positivement associée au comportement de prévention. Des résultats

antérieurs indiquent que dans la culture individualiste en cas d'une menace sur la santé, les valeurs de santé s'externalisent et deviennent moins importantes et moins associées aux attitudes (Boer & Fischer, 2013). Il est possible que la valeur de la vie excitante commence à jouer un rôle positif sur le comportement de prévention à la place de ces valeurs (y compris la valeur de santé).

Ces résultats montrent que pour comprendre les relations entre les valeurs, les attitudes et le comportement de santé il est nécessaire de prendre en compte l'état de santé des adolescents et leur culture.

Dans cette recherche le statut des relations entre les attitudes implicites, les valeurs et le comportement reste ambigu. Chez les adolescents russes les attitudes implicites sont les médiateurs entre les attitudes explicites et le comportement et n'ont pas été associées aux valeurs. Si les adolescents évaluent le comportement de prévention comme agréable et attrayant, ils optent de manière privilégiée pour ce type de comportement. Au contraire, si les adolescents évaluent le comportement à risque comme agréable et attrayant, ils préfèrent automatiquement ce type de comportement. L'influence mutuelle des attitudes implicites et explicites a déjà été montrée dans la recherche de Whitfield et Jordan (2009). Mais nous avons également mis en évidence que chez les adolescents français en bonne santé, les attitudes implicites étaient directement liées aux valeurs. En valorisant la santé, les adolescents optent pour un comportement de prévention ; en valorisant la vie excitante, ils marquent une préférence pour le comportement à risque. L'expérience passée des adolescents (leur préférence pour un comportement préventif ou pour un comportement à risque) est associée avec leur préférence entre la valeur de santé ou de la vie excitante.

Il serait important que les recherches futures qui visent à définir les relations entre les attitudes implicites et les valeurs, étudient les relations entre ces attitudes et les valeurs non seulement explicites, mais également implicites (Pakizeh, Gebauer & Maio, 2007). De plus, le Test des Associations Implicites met en lumière la préférence pour un seul type de comportement : soit le comportement de prévention, soit le comportement à risque. En utilisant le GNAT (*The Go/No-Go Association Task,* Nosek & Banaji, 2001) on pourrait mesurer les attitudes implicites vis-à-vis du comportement de prévention et le comportement à risque de manière distincte.

Notre recherche qualitative a illustré comment les valeurs et les attitudes sont associées au comportement de santé. En valorisant certaines activités qui sont en conflit avec la valeur de santé (par exemple l'impossibilité d'avoir un animal domestique à cause de l'asthme), les adolescents ont modifié leurs attitudes vis-à-vis de l'asthme. En cherchant et en trouvant l'information que ce type de comportement n'est pas nuisible à sa santé et peut même être bénéfique pour sa santé, l'adolescent a pris la décision de garder un animal domestique. Ce cas illustre les relations entre les valeurs, les attitudes cognitives (les attitudes sur l'efficacité et l'utilité du comportement) et le comportement de santé. Mais il existe aussi des cas qui illustrent les relations entre les valeurs et les attitudes affectives. En valorisant l'acceptation sociale et certaines activités comme le sport qui sont investies positivement par les adolescents, ils sont prêts à risquer leur santé. Malgré le fait que ces adolescents se rendent compte que le comportement à risque est nuisible à leur santé, ils sont prêts à prendre ce risque. Ce résultat illustre l'importance des attitudes affectives : même en évaluant le comportement à risque comme nuisible à la santé (l'attitude cognitive) les adolescents peuvent mettre en jeu leur santé. Les émotions positives expliquent le choix comportemental des adolescents. Ils risquent souvent leur santé pour éviter les autres types de risques associés aux émotions négatives (la non-acceptation dans un groupe social, le sentiment de stigmatisation, l'impossibilité d'exercer une activité valorisée).

De plus, la recherche qualitative a complété ces résultats en montrant que la représentation de soi en tant que personne en bonne santé est aussi liée à des risques de santé : ne pas suivre les prescriptions médicales et ne pas utiliser le traitement prescrit. La représentation de soi comme personne en bonne santé et non comme personne malade est aussi liée aux attitudes. La personne malade est définie à travers des critères cognitifs (le besoin de traitement, la limitation des activités) et affectifs (la personne malheureuse et faible). Malgré le fait que selon les critères cognitifs les adolescents doivent se considérer comme des personnes malades, ils n'acceptent pas ce statut à cause des critères affectifs. Un seul adolescent qui accepte son statut de personne malade n'utilise pas les critères affectifs dans son image de personne malade. Les attitudes affectives jouent un rôle important dans la représentation de soi en tant que personne malade ou en bonne santé et ainsi dans l'adaptation au traitement et le comportement de santé.

Les programmes prophylactiques dans le domaine de la santé qui existent actuellement en France et en Russie sont basés sur les théories de calcul des pertes et des bénéfices et les

représentations cognitives sur la santé (Spach, 2014 ; Zhuravleva, 2013). Les attitudes cognitives sur le comportement de santé et les représentations sur l'efficacité du traitement jouent un rôle important dans les décisions liées à la santé parmi les adolescents. Il est ainsi important de continuer à promouvoir le développement des connaissances des adolescents sur leur asthme et les moyens de gérer cette maladie. Mais même si les adolescents se rendent compte de l'influence nuisible d'un comportement, à cause des attitudes affectives et des valeurs, ils peuvent malgré tout adopter ce comportement. A travers les valeurs qui sont associées aux attitudes affectives vis-à-vis du comportement de santé, il est possible de modifier ces attitudes. Des changements dans les attitudes affectives peuvent émerger sans changement dans les attitudes cognitives (Conner, Rhodes, Morris, McEachan & Lawton, 2011). Il faut donc considérer que la promotion de la valeur de santé n'est pas suffisante pour inciter les adolescents à s'engager dans un comportement de prévention. Les autres valeurs, comme la valeur de la vie excitante, également importantes pour les adolescents, influent aussi sur les attitudes affectives. La psychothérapie cognitivo-comportementale et la thérapie d'acceptation et d'engagement peuvent être utilisées pour stimuler la conscience de la valeur de santé chez les adolescents atteints d'asthme (Ngô, 2013 ; Kangasniemi et al., 2013).

Notre deuxième étude quantitative a étudié les relations entre les valeurs, les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques. Les recherches précédentes ont étudié les relations entre les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et la qualité de vie des adolescents dans les cultures occidentales (Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten & Van Den Eijnden, 2007 ; Lahaye, Fantini-Hauwel, Van Broeck, Bodart & Luminet, 2011). D'une part, notre recherche a confirmé les résultats de ces recherches. En utilisant les stratégies de coping 'ignorance de l'asthme' et 'restriction des activités', les adolescents français ressentent des symptômes anxieux et dépressifs plus intenses. La reformulation positive est au contraire associée négativement aux symptômes anxieux.

D'autre part, notre recherche a montré qu'il existait des différences dans les relations entre les stratégies de coping spécifiques à l'asthme et les symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents dans la culture occidentale et non-occidentale. Chez les adolescents russes, les relations entre les stratégies de coping et les symptômes anxio-dépressifs ne correspondent pas aux résultats des recherches antérieures. En utilisant la stratégie de coping 'dissimulation de l'asthme', les adolescents russes présentent des symptômes dépressifs moins intenses. Ce résultat se manifeste seulement parmi ces adolescents, car dans la culture collectiviste, le fait

de partager ses problèmes avec les autres n'est pas encouragé (Bardi & Guerra, 2011). Notre recherche qualitative a illustré ces différences culturelles dans les stratégies de coping spécifiques à l'asthme. En général, les adolescents russes et français préfèrent parler de leur asthme seulement avec les amis proches ou les membres de la famille. Ils se sentent gênés quand l'asthme se manifeste devant les autres (par exemple, quand ils sont obligés d'utiliser leurs inhalateurs dans les lieux publics). Les adolescents russes ressentent des émotions négatives dans les situations où ils causent des difficultés aux autres à cause de leur asthme ; ils préfèrent ne pas partager leurs problèmes liés à l'asthme avec les autres. A l'inverse, les adolescents français ressentent des émotions négatives plutôt dans les situations où les autres leur causent des difficultés à cause de leur asthme.

En étudiant les associations entre les valeurs et les stratégies de coping, il est possible de contribuer à la compréhension du choix privilégié de telle ou telle stratégie de coping par les adolescents (Lazarus & Folkman, 1984). Les adolescents russes, en valorisant la santé, utilisent moins la dissimulation de l'asthme qui peut empêcher de neutraliser la menace sur la santé. Les adolescents français, en valorisant la vie excitante, utilisent davantage la stratégie de coping 'ignorance de l'asthme', car cette maladie est considérée comme une barrière pour accéder à une vie riche en événements et en émotions. La valeur de santé a un effet opposé sur l'utilisation de cette stratégie de coping. En valorisant la santé, les filles des deux cultures ignorent moins leur asthme. Ce résultat peut être utilisé dans la pratique clinique. La technique de la clarification des valeurs (Garland, Gaylord & Park, 2009) peut contribuer à l'acceptation de l'importance du bien-être psychologique et physique chez les adolescents atteints d'asthme, et ainsi stimuler l'utilisation des stratégies de coping qui amènent à l'amélioration de la qualité de vie.

La recherche qualitative a montré comment les adolescents russes et français ignoraient les prescriptions médicales pour pouvoir exercer les activités valorisées. L'ignorance des prescriptions médicales est associée non seulement à l'importance des activités interdites à cause de l'asthme, mais aussi à la représentation de soi comme personne en bonne santé. Chez les adolescents, le fait de prendre soin de sa santé (la prise des médicaments, la limitation des activités différentes) est caractéristique des personnes malades. En se considérant comme en bonne santé, les adolescents ne suivent pas ces prescriptions médicales. Ce comportement entraine l'aggravation de l'asthme : les crises d'asthme qui sont associées aux émotions négatives. Il est ainsi possible de travailler avec l'image de soi négative des personnes qui se

considèrent comme malades dans le cadre de psychothérapies afin d'améliorer l'adaptation à l'asthme parmi les adolescents.

Il semble important que les recherches futures étudient non seulement l'influence de la valeur de santé et la valeur de la vie excitante sur les stratégies de coping spécifiques à l'asthme, mais aussi le rôle des autres valeurs importantes pour les adolescents. Ces recherches peuvent contribuer à la compréhension du choix des stratégies de coping qui amènent à une meilleure qualité de vie chez les adolescents atteints d'asthme.

Bibliographie

Aalto, A.-M., Härkäpää, K., Aro, A. R., & Rissanen, P. (2002). Ways of coping with asthma in everyday life: validation of the Asthma Specific Coping Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1061–1069.

Aavik, T., Aavik, A., & Punab, M. (2014). Personal values that support and counteract utilization of a screening test for prostate cancer. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, *40*(1), 22–28. http://doi.org/10.1080/08964289.2013.831805

Abella, R., & Heslin, R. (1984). Health, locus of control, values, and the behavior of family and friends: an integrated approach to understanding preventive health behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, *5*(4), 283–293. http://doi.org/10.1207/s15324834basp0504_3

Adametz, S. V. (1990). Ob otsenkah zdorovya naseleniya i realizatsii potrebnosti v ego ukreplenii i profilaktike zabolevaniy [On Evaluation of Populations' Health and Exercising Need in Mainaining Health and Prevention of Diseases] In *Demograficheskoe povedenie. Opyit sotsiologicheskogo izucheniya*. Moscow: Institut of sociology.

Adams, R. J., Wilson, D. H., Taylor, A. W., Daly, A., d' Espaignet, E. T., Grande, E. D., & Ruffin, R. E. (2004). Psychological factors and asthma quality of life: a population based study. *Thorax*, *59*(11), 930–935. http://doi.org/10.1136/thx.2003.010256

Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179–211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior* (1 edition). Englewood Cliffs, N.J.: Pearson.

Alexander, F. (1987). *Psychosomatic medicine: its principles and applications* (2nd ed). New York: London: Norton.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart and Winston.

Alwin, D. F. (1990). Cohort replacement and changes in parental socialization values. *Journal of Marriage and Family*, *52*(2), 347–360. http://doi.org/10.2307/353031

Amiot, C., Gaudreau, P., & Blanchard, C. (2004). Self-determination, coping and goal attainment in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *26*, 396–411.

Anderson, H. R., Bailey, P. A., Cooper, J. S., Palmer, J. C., & West, S. (1983). Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness. *Archives of Disease in Childhood*, *58*(10), 777–784.

Andrews, K., Jones, S., & Mullan, J. (2013). Stigma: still an important issue for adults with asthma. *Faculty of Social Sciences - Papers*, 165–171. http://doi.org/10.1177/2150129713481229

Arcoleo, K., Zayas, L. E., Hawthorne, A., & Begay, R. (2015). Illness representations and cultural practices play a role in patient-centered care in childhood asthma: experiences of Mexican mothers. *The Journal of Asthma*, 1–8. http://doi.org/10.3109/02770903.2014.1001905

Augé, M. (1986). L'Anthropologie de la maladie. *L'Homme*, *26*(97), 81–90. http://doi.org/10.3406/hom.1986.368675

Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le Sens du mal - Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Editions des Archives contemporaines.

Bailly, M. (2005). L'asthme de l'enfant de migrants d'Afrique de l'ouest. *L'Autre*, *6*(2), 311–315.

Bardi, A., & Guerra, V. M. (2011). Cultural values predict voping using vulture as an individual difference variable in multicultural samples. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *42*(6), 908–927. http://doi.org/10.1177/0022022110381119

Bardi, A., & Schwartz, S. H. (2003). Values and behavior: strength and structure of relations. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *29*(10), 1207–1220. http://doi.org/10.1177/0146167203254602

Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., & Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, *97*(7), 747–761.

Bartos, M., & McDonald, K. (2000). HIV as identity, experience or career. *AIDS Care*, *12*(3), 299–306. http://doi.org/10.1080/09540120050042954

Beal, A. C., Ausiello, J., & Perrin, J. M. (2001). Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *The Journal of Adolescent Health*, *28*(6), 474–480.

Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, *52*(6), 81–85.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571.

Becker, M. H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. C. B. Slack.

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1972). Motivations as predictors of health behavior. *Health Services Reports*, *87*(9), 852–862.

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, *1*(3), 409–421.

Bem, D. J. (1970). *Beliefs, attitudes, and human affairs*. Belmont, CA: Wadsworth.

Benyamini, Y., & Lomranz, J. (2004). The relationship of activity restriction and replacement with depressive symptoms among older adults. *Psychology and Aging*, *19*(2), 362–366. http://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.362

Bibace, R., & Walsh, M. E. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, *66*(6), 912–917.

Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(4), 893–907.

Bischof, N. (1975). A systems approach toward the functional connections of attachment and fear. *Child Development*, *46*(4), 801–817.

Blakemore, S.-J., & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience*, *15*(9), 1184–1191. http://doi.org/10.1038/nn.3177

Bodalev, A. A., & Stolin, V. V. (1987). *Obschaya psihodiagnostika [General psychodiagnostics]*. Moscow: Meditsina.

Boer, D., & Fischer, R. (2013). How and when do personal values guide our attitudes and sociality? Explaining cross-cultural variability in attitude-value linkages. *Psychological Bulletin*, *139*(5), 1113–1147. http://doi.org/10.1037/a0031347

Bokhour, B. G., Cohn, E. S., Cortés, D. E., Yinusa-Nyahkoon, L. S., Hook, J. M., Smith, L. A., … Lieu, T. A. (2008). Patterns of concordance and non-concordance with clinician recommendations and parents' explanatory models in children with asthma. *Patient Education and Counseling*, *70*, 376–385. http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.007

Borish, L., & Culp, J. A. (2008). Asthma: a syndrome composed of heterogeneous diseases. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *101*(1), 1–8; quiz 8–11, 50. http://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60826-5

Borsky, P. N., & Sagen, O. K. (1959). Motivations toward health examinations. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, *49*(4), 514–527.

Bouvard, M., & Cottraux, J. (1996). Inventaire de dépression (Beck Depression Inventory). In *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (pp. 155–157). Paris: Masson.

Braithwaite, V. A. (1985). Structure of human values: Testing the adequacy of the Rokeach Value Survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, *49*(1), 250–263. http://doi.org/10.1037/0022-3514.49.1.250

Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Le manuel du STAI-Y de CD Spielberger, adaptation française*. Paris: ECPA.

Bulley, C., Donaghy, M., Payne, A., & Mutrie, N. (2009). Personal meanings, values and feelings relating to physical activity and exercise participation in female undergraduates: a qualitative exploration. *Journal of Health Psychology*, *14*(6), 751–760. http://doi.org/10.1177/1359105309338896

Busch, A. M., & Borrelli, B. (2012). Valued life activities and readiness to quit smoking among mobility-impaired smokers. *Health Psychology*, *31*(1), 122–125. http://doi.org/10.1037/a0025218

Busch, A. M., Fani Srour, J., Arrighi, J. A., Kahler, C. W., & Borrelli, B. (2014). Valued life activities, smoking cessation, and mood in post-acute coronary syndrome patients. *International Journal of Behavioral Medicine*. http://doi.org/10.1007/s12529-014-9456-9

Bussing, R., Halfon, N., Benjamin, B., & Wells, K. B. (1995). Prevalence of behavior problems in US children with asthma. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *149*(5), 565–572.

Byrmikina, O. (2000). Patternalizm: vliyanie na kulturu zdorovya [Patternalism: the influence on health culture]. *Zhurnal Sotsiologii I Sotsialnoy Antropologii*, *3*(4), 159–176.

Carmody, J., Baer, R. A., L B Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(6), 613–626. http://doi.org/10.1002/jclp.20579

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. http://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review: DR*, *28*(1), 62–77. http://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003

Chadwick, S. (1996). The impact of asthma in an inner city general practice. *Child: Care, Health and Development*, *22*(3), 175–186.

Chateaux, V., & Spitz, E. (2007). Perception de la maladie chez des enfants asthmatiques et leurs parents. *Enfance*, *59*(2), 161–174.

Chatzisarantis, N. L. D., Hagger, M. S., Biddle, S. J. H., Smith, B., & Wang, J. C. K. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in sport and physical activity contexts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *25*, 284–306.

Chernoff, R. A., & Davison, G. C. (1999). Values and their relationship to HIV/AIDS risk behavior among late-adolescent and young adult college students. *Cognitive Therapy and Research*, *23*(5), 453–468. http://doi.org/10.1023/A:1018764219771

Clark, C. D. (2012). Asthma episodes: stigma, children, and Hollywood films. *Medical Anthropology Quarterly*, *26*(1), 92–115.

Cole, M., Stanton, B., Deveaux, L., Harris, C., Cottrell, L., Clemens, R., … Baine, R. M. (2007). Latent class analysis of risk behaviors among Bahamian young adolescents: relationship between values prioritization and latent class. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *35*(8), 1061–1076. http://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.8.1061

Colice, G. L. (2004). Categorizing asthma severity: an overview of national guidelines. *Clinical Medicine and Research*, *2*(3), 155–163.

Conner, M., Rhodes, R. E., Morris, B., McEachan, R., & Lawton, R. (2011). Changing exercise through targeting affective or cognitive attitudes. *Psychology & Health*, *26*(2), 133–149. http://doi.org/10.1080/08870446.2011.531570

Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*(6), 1080–1107. http://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2006). Age changes in personality and their origins: comment on Roberts, Walton, and Viechtbauer (2006). *Psychological Bulletin*, *132*(1), 26–28. http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.26

Crites, S. L., Fabrigar, L. R., & Petty, R. E. (1994). Measuring the affective and cognitive properties of attitudes: conceptual and methodological issues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20*(6), 619–634. http://doi.org/10.1177/0146167294206001

Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, *108*(3), 593–623.

Croft, D., & Lloyd, B. (1989). Asthma spoils sport for too many children. *The Practitioner*, *233*(1472), 969, 971.

Dayan, J. (1993). *Health beliefs, health behaviors, health status and coping among orthodox, conservative and secular Jews.* Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deeks, A., Lombard, C., Michelmore, J., & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*, *9*, 213. http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-213

Demossier, M. (2010). *Wine drinking culture in France: a national myth or a modern passion?*. Cardiff: University of Wales Press. Retrieved from http://opus.bath.ac.uk/18227/

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, *160*(14), 2101–2107.

Ditto, P. H., Druley, J. A., Moore, K. A., Danks, J. H., & Smucker, W. D. (1996). Fates worse than death: the role of valued life activities in health-state evaluations. *Health Psychology*, *15*(5), 332–343.

Dmitrieva, E. (2001). The Russian health care experiment: transition of the health care system and rethinking the sociology of medicine. In *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 320–334). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.

Dollinger, S. J., & Kobayashi, R. (2003). Value correlates of collegiate alcohol abuse. *Psychological Reports*, *93*(3 Pt 1), 848–850. http://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3.848

Dowdell, E. B., Posner, M. A., Hutchinson, M. K. (2011). Cigarette smoking and alcohol use among adolescents and young adults with asthma, *Nursing Research and Practice, 2011*, e503201. http://doi.org/10.1155/2011/503201

Durkheim, É. (1960). *Le Suicide: Étude de sociologie*. Paris: Presses universitaires de France.

Edgell, P. G. (1952). Psychology of Asthma. *Canadian Medical Association Journal*, *67*(2), 121–125.

Eisner, M. D., Katz, P. P., Lactao, G., & Iribarren, C. (2005). Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *94*(5), 566–574. http://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61135-0

Ellis, E. M., Kiviniemi, M. T., & Cook-Cottone, C. (2014). Implicit affective associations predict snack choice for those with low, but not high levels of eating disorder symptomatology. *Appetite*, *77*, 124–132. http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.003

Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(5), 1058–1068. http://doi.org/10.1037/0022-3514.51.5.1058

Ettinger, A., Reed, M., Cramer, J., & Epilepsy Impact Project Group. (2004). Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology*, *63*(6), 1008–1014.

Eugeni, E. (2011). Living a chronic illness: a condition between care and strategies. In *Of bodies and symptoms*. Tarragona: Publication URV.

Ewart, C. K. (2004). How integrative behavioral theory can improve health promotion and disease prevention. In T. J. Boll, R. G. Frank, A. Baum, & J. L. Wallander (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Volume 3. Models and perspectives in health psychology* (pp. 249–289). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Eyal, T., Sagristano, M. D., Trope, Y., Liberman, N., & Chaiken, S. (2009). When values matter: Expressing values in behavioral intentions for the near vs. distant future. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(1), 35–43. http://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.07.023

Faase, T. P. (1982). International difference in value ranking and religious style among jesuits. *Review of Religious Research*, *24*(1), 3.

Fainzang, S. (1988). La maladie de Lucie. *Ethnologie Française*, *18*(1), 55–63.

Fainzang, S. (2001). *Médicaments et Société. Le patient, le médecin, et l'ordonnance*. Paris: Presses Universitaires de France.

Fainzang, S. (2005). Religious attitudes toward prescriptions, medicines, and doctors in France. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *29*(4), 457–476. http://doi.org/10.1007/s11013-006-9003-5

Fainzang, S. (2006). *La Relation médecins/malades: information et mensonge*. Paris: Presses universitaires de France.

Feldman, J. M., Siddique, M. I., Morales, E., Kaminski, B., Lu, S.-E., & Lehrer, P. M. (2005). Psychiatric disorders and asthma outcomes among high-risk inner-city patients. *Psychosomatic Medicine*, *67*(6), 989–996. http://doi.org/10.1097/01.psy.0000188556.97979.13

Finlay, A., Wray-Lake, L., Warren, M., & Maggs, J. L. (2015). Anticipating their future: adolescent values for the future predict adult behaviors. *International Journal of Behavioral Development*, *39*(4), 359–367. http://doi.org/10.1177/0165025414544231

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2002). L'expérience de la maladie: ressources psychiques et changement de valeurs. In *Traité de psychologie de la santé* (pp. 301–320). Paris: Dunod.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Madison: Addison-Wesley.

Florenthal, B., & Shoham, A. (2000). Value differences between risky sports participants and nonparticipants. *Sport Marketing Quarterly, 9*(1), 26–33.

Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.

Frankl, V. E. (1992). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon Press.

Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (New York, N.Y.)*, *5*(1), 37–44. http://doi.org/10.1016/j.explore.2008.10.001

Garmezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, *34*(4), 416–430. http://doi.org/10.1177/0002764291034004003

Goff, B. G., & Goddard, H. W. (1999). Terminal core values associated with adolescent problem behaviors. *Adolescence*, *34*(133), 47–60.

Goffman, E. (1975). *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit.

Goodwin, R. D., & Eaton, W. W. (2005). Asthma, suicidal ideation, and suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *American Journal of Public Health*, *95*(4), 717–722. http://doi.org/10.2105/AJPH.2003.019109

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, *34*(8), 1465–1474.

Goodwin, R. D., Jacobi, F., & Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, *60*(11), 1125–1130. http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.11.1125

Gouveia, V. V., Vione, K. C., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2015). Patterns of value change during the life span some evidence from a functional approach to values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *41*(9), 1276–1290. http://doi.org/10.1177/0146167215594189

Graham, P. J., Rutter, M. L., Yule, W., & Pless, I. B. (1967). Childhood asthma: a psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, *21*(2), 78–85.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(6), 1464–1480.

Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 197–216.

Greszta, E., & Siemińska, M. J. (2011). Patient-perceived changes in the system of values after cancer diagnosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *18*(1), 55–64. http://doi.org/10.1007/s10880-011-9221-z

Grineski, S. E. (2009). Predicting children's asthma hospitalizations: rural and urban differences in Texas. *Rural Sociology*, *74*(2), 201–219. http://doi.org/10.1111/j.1549-0831.2009.tb00389.x

Groër, M. W., Thomas, S. P., & Shoffner, D. (1992). Adolescent stress and coping: a longitudinal study. *Research in Nursing & Health*, *15*(3), 209–217.

Grolnick, W. S., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family: The self-determination theory perspective. In J. E. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory* (pp. 135–161). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science & Medicine (1982)*, *28*(12), 1239–1248.

Günther, H. (1975). Ein Versuch der Anwendung der "Rokeach Value Scale" in der Bestimmung von Werthaltungen deutscher Austauschschüler. *Psychologische Beiträge*, *17*, 304-320.

Gutstadt, L. B., Gillette, J. W., Mrazek, D. A., Fukuhara, J. T., LaBrecque, J. F., & Strunk, R. C. (1989). Determinants of school performance in children with chronic asthma. *American Journal of Diseases of Children*, *143*(4), 471–475.

Halliday, J. L. (1937). Approach to Asthma. *British Journal of Medical Psychology*, *17*(1), 1–53. http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1937.tb00276.x

Halterman, J. S., Conn, K. M., Forbes-Jones, E., Fagnano, M., Hightower, A. D., & Szilagyi, P. G. (2006). Behavior problems among inner-city children with asthma: findings from a community-based sample. *Pediatrics*, *117*(2), e192–199. http://doi.org/10.1542/peds.2005-1140

Handelman, L., Rich, M., Bridgemohan, C. F., & Schneider, L. (2004). Understanding pediatric inner-city asthma: an explanatory model approach. *The Journal of Asthma*, *41*(2), 167–177.

Hanin, U. L. (1985). Lichnostnyie i sotsialno-psihologicheskie oprosniki v prikladnyih issledovaniyah: problemyi i perspektivyi [Personality and socio-psychological questrionnaires in empirical studies: problems and perspectives]. In *Sotsialnaya psihologiya i obschestvennaya praktika*, Moscow: Nauka.

Hasler, G., Gergen, P. J., Kleinbaum, D. G., Ajdacic, V., Gamma, A., Eich, D., … Angst, J. (2005). Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *171*(11), 1224–1230. http://doi.org/10.1164/rccm.200412-1669OC

Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, *76*(4), 408–420. http://doi.org/10.1080/03637750903310360

Hitlin, S., & Piliavin, J. A. (2004). Values: reviving a dormant concept. *Annual Review of Sociology*, *30*(1), 359–393. http://doi.org/10.1146/annurev.soc.30.012703.110640

Hoge, D. R., Petrillo, G. H., & Smith, E. I. (1982). Transmission of religious and social values from parents to teenage children. *Journal of Marriage and Family*, *44*(3), 569–580. http://doi.org/10.2307/351580

Hollands, G. J., Prestwich, A., & Marteau, T. M. (2011). Using aversive images to enhance healthy food choices and implicit attitudes: An experimental test of evaluative conditioning. *Health Psychology*, *30*(2), 195–203. http://doi.org/10.1037/a0022261

Iso-Ahola, S. E., & Weissinger, E. (1990). Perceptions of boredom in leisure: Conceptualization, reliability and validity of the Leisure Boredom Scale. *Journal of Leisure Research*, *22*(1), 1–17.

Israelashvili, M., Taubman-Ben-Ari, O., & Hochdorf, Z. (2011). A multidimensional approach to explore cross-cultural differences in coping behavior: comparing Druze and Jews in Israel. *The Journal of Social Psychology*, *151*(1), 31–50. http://doi.org/10.1080/00224540903366651

Jallinoja, P., Niva, M., Helakorpi, S., & Kahma, N. (2014). Food choices, perceptions of healthiness, and eating motives of self-identified followers of a low-carbohydrate diet. *Food & Nutrition Research*, 58, 23552.

Janssens, T., Verleden, G., & Van den Bergh, O. (2012). Symptoms, lung function, and perception of asthma control: an exploration into the heterogeneity of the asthma control

construct. *The Journal of Asthma*, *49*(1), 63–69. http://doi.org/10.3109/02770903.2011.636853

Jessop, D. C., & Rutter, D. R. (2003). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology & Health*, *18*(5), 595–612. http://doi.org/10.1080/0887044031000097009

Kangasniemi, A. M., Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Kulmala, J., Hakonen, H., & Tammelin, T. (2013). Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: study design of a randomized controlled trial for physically inactive adults. *BMC Public Health*, *13*, 671. http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-671

Kapes, J. T., & Strickler, R. E. (1975). A longitudinal study of change in work values between ninth and twelfth grades as related to high school curriculum. *Journal of Vocational Behavior*, *6*(1), 81–93. http://doi.org/10.1016/0001-8791(75)90023-8

Kaplan, G. D., & Cowles, A. (1978). Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction. *Health Education Monographs*, *6*(2), 129–137.

Kara-Murza, S. (1997). Reforma i zdorove naroda Rossii [Reform and health of Russian population]. In *Zdorove obschestva i buduschee Rossii* (pp. 36–47). Moscow: Klub Realisti.

Kashani, J. H., & König, P. (1989). Psychopathology and self-concept in asthmatic children. *Journal of Pediatric Psychology*, *13*(4), 509–20. http://doi.org/10.1093/jpepsy/13.4.509

Kasser, T., Ryan, R. M., Zax, M., & Sameroff, A. J. (1995). The relations of maternal and social environments to late adolescents' materialistic and prosocial values. *Developmental Psychology*, *31*(6), 907–914. http://doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.907

Katz, D. (1960). The Functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, *24*(2), 163–204. http://doi.org/10.1086/266945

Katz, P. P., Yelin, E. H., Eisner, M. D., Earnest, G., & Blanc, P. D. (2004). Performance of valued life activities reflected asthma-specific quality of life more than general physical function. *Journal of Clinical Epidemiology*, *57*(3), 259–267. http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2003.08.007

Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, *29*(7), 475–491. http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh051

Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, *25*(10), 839–846. http://doi.org/10.1002/da.20341

Kelman. (1958). Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, *2*(1), 51–60.

Kiviniemi, M. T., Voss-Humke, A. M., & Seifert, A. L. (2007). How do I feel about the behavior? The interplay of affective associations with behaviors and cognitive beliefs as influences on physical activity behavior. *Health Psychology*, *26*(2), 152–158. http://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.152

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, *88*(2), 251–258.

Kluckhohn, C. K. (1951). Values and value orientations in the theory of action. In *Toward a general theory of action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kohn, M. L., Slomczynski, K. M., & Schoenbach, C. (1986). Social stratification and the transmission of values in the family: A cross-national assessment. *Sociological Forum*, *1*(1), 73–102. http://doi.org/10.1007/BF01115074

Konty, M. A., & Dunham, C. C. (1997). Differences in value and attitude change over the life course. *Sociological Spectrum*, *17*(2), 177–197. http://doi.org/10.1080/02732173.1997.9982159

Kristiansen, C. M. (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *49*(3), 748–758.

Kristiansen, C. M. (1986). A Two-Value model of preventive health behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, *7*(3), 173–183. http://doi.org/10.1207/s15324834basp0703_1

Kristiansen, C. M., & Zanna, M. P. (1991). Value relevance and the value-attitude relation: value expressiveness versus halo effects. *Basic and Applied Social Psychology*, *12*(4), 471–483. http://doi.org/10.1207/s15324834basp1204_7

Lahaye, M., Fantini-Hauwel, C., Van Broeck, N., Bodart, E., & Luminet, O. (2011). Emotional competence and quality of life of children with asthma: The mediating effect of coping strategies. *Psychology & Health*, *26*(12), 1678–1695. http://doi.org/10.1080/08870446.2011.562606

Lau, R. R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*(2), 322–334.

Lau, R. R., Hartman, K. A., & Ware, J. E. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, *5*(1), 25–43.

Laverie, D. A. (1998). Motivations for ongoing participation in a fitness activity. *Leisure Sciences*, *20*(4), 277–302. http://doi.org/10.1080/01490409809512287

Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., & Labrecque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest*, *130*(4), 1039–1047. http://doi.org/10.1378/chest.130.4.1039

Lawton, R., Conner, M., & McEachan, R. (2009). Desire or reason: predicting health behaviors from affective and cognitive attitudes. *Health Psychology*, *28*(1), 56–65. http://doi.org/10.1037/a0013424

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Lee, P. Y., Lusk, K., Mirosa, M., & Oey, I. (2014). The role of personal values in Chinese consumers' food consumption decisions. A case study of healthy drinks. *Appetite*, *73*, 95–104. http://doi.org/10.1016/j.appet.2013.11.001

Lefèvre, F., Just, J., & Grimfeld, A. (1993). Psychologie de l'adolescent asthmatique. Les conséquences sur l'observance thérapeutique, *Médecine et Hygiène*, *51*, 1440–2.

Leontiev, D. (1992). *Metodika izucheniya tsennostnyih orientatsiy [Method of measurement of value's orientation].* Moscow: Smisl.

Le Queau, P., & Olm, C. (1998). *La perception de la santé en France*. Paris: Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie.

Lewin, K., & Cartwright, D. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical* Papers, New York: Harper & Brothers.

Liu, H., Yu, S., Cottrell, L., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N. V., … Stanton, B. (2007). Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *7*(1), 135. http://doi.org/10.1186/1471-2458-7-135

Mackenbach, J. P. (2014). Cultural values and population health: a quantitative analysis of variations in cultural values, health behaviours and health outcomes among 42 European countries. *Health & Place*, *28*, 116–132. http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.04.004

Magun, V., & Rudnev, M. (2012). Basic values of Russians and other Europeans. *Problems of Economic Transition*, *54*(10), 31–64.

Maio, G. R., & Olson, J. M. (1994). Value-attitude-behaviour relations: The moderating role of attitude functions. *British Journal of Social Psychology*, *33*(3), 301–312. http://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01027.x

Maio, G. R., & Olson, J. M. (1998). Values as truisms: Evidence and implications. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(2), 294–311. http://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.294

Maio, G. R., & Olson, J. M. (2000). What is a value-expressive attitude? In *Why we evaluate: Functions of attitudes* (pp. 249–269). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Maio, G. R., Olson, J. M., Allen, L., & Bernard, M. M. (2001). Addressing discrepancies between values and behavior: The motivating effect of reasons. *Journal of Experimental Social Psychology, 37*(2), 104–117. http://doi.org/10.1006/jesp.2000.1436

Malinowski, B. (1990). *A Scientific theory of culture and other essays*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Manning, N., & Tikhonova, N. (2009). *Health and health care in the new Russia*. England: Ashgate Publishing Limited.

Manne, S. L. (1998). Treatment adherence and compliance. In *Handbook of pediatric psychology and psychiatry: Disease, injury, illness*. Boston: Allyn & Bacon.

Marioni, G. (2014). Enjeux psychiques de la rémission chez les adolescents atteints de cancer. Presented at 8th European Congress of the international association for adolescent health (Bien être à l'adolescence: Essayer et Construire), Paris-Bobigny.

Maslow, A. (1959). Psychological data and human values. In *New Knowledge in Human Values*. New York: Harper & Row.

Matarazzo, J. (1984). Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. In *Psychology and health* (pp. 201–203). Washington: American Psychological Association.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37*(7), 1401–1415. http://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010

Maugendre, M., & Spitz, E. (2009). Étude longitudinale des effets de la motivation sportive sur les troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *Evolution Psychiatrique*, 74(3), 430–444. http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.06.008

Maugendre, M., & Spitz, E. (2011). Santé perçue, anxiété et motivation sportive. *Annales Medico-Psychologiques*, 169(5), 302–308. http://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.023

Milfont, T. L., Duckitt, J., & Wagner, C. (2010). A cross-cultural test of the value–attitude–behavior hierarchy. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(11), 2791–2813. http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00681.x

Mitchell, D. K., & Murdock, K. K. (2002). Self-competence and coping in urban children with asthma. *Children's Health Care*, *31*(4), 273–293. http://doi.org/10.1207/S15326888CHC3104_2

Moreau, D., & Fortin, F. (1982). *Traduction de l'Échelle de Foyer de Contrôle*. Montréal: Document inédit. Université de Montréal.

Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Pediatrics & Child Health*, *9*(8), 551–555.

Mortimer, J. T., & Lorence, J. (1979). Occupational experience and the self-concept: A longitudinal study. *Social Psychology Quarterly*, *42*(4), 307–323. http://doi.org/10.2307/3033802

Mouratidis, A., & Michou, A. (2011). Perfectionism, self-determined motivation, and coping among adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, *12*(4), 355–367. http://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.03.006

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *L'Encéphale*, *29*(6), 507–518.

Naus, M. J., Ishler, M. D., Parrott, C. E., & Kovacs, S. A. (2009). Cancer survivor adaptation model: conceptualizing cancer as a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(12), 1350–1359. http://doi.org/10.1002/jclp.20622

Ngô, T.-L. (2013). Acceptance and mindfulness-based cognitive-behavioral therapies. *Santé Mentale Au Québec*, *38*(2), 35–63.

Nimptsch, K., Malik, V. S., Fung, T. T., Pischon, T., Hu, F. B., Willett, W. C., … Wu, K. (2014). Dietary patterns during high school and risk of colorectal adenoma in a cohort of middle-aged women. *International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer*, *134*(10), 2458–2467. http://doi.org/10.1002/ijc.28578

Norrish, M., Tooley, M., & Godfrey, S. (1977). Clinical, physiological, and psychological study of asthmatic children attending a hospital clinic. *Archives of Disease in Childhood*, *52*(12), 912–917.

Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2001). The Go/No-Go Association Task. *Social Cognition*, *19*(6), 625–666. http://doi.org/10.1521/soco.19.6.625.20886

Ntoumanis, N. (2001). A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *The British Journal of Educational Psychology*, *71*(Pt 2), 225–242.

Ntoumanis, N., Edmunds, J., & Duda, J. L. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, *14*(Pt 2), 249–260. http://doi.org/10.1348/135910708X349352

O'Donnell, M. (2000). Development and testing of the model of health promotion behavior in predicting exercise behavior. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, *2*(1), 31–61.

Oishi, S., Hahn, J., Schimmack, U., Radhakrishan, P., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2005). The measurement of values across cultures: A pairwise comparison approach. *Journal of Research in Personality, 39*, 299–305.

Orfali, K. (2001). The French Paradoxes. In *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 263–287). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.

Ostafin, B. D., Marlatt, G. A., & Greenwald, A. G. (2008). Drinking without thinking: an implicit measure of alcohol motivation predicts failure to control alcohol use. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(11), 1210–1219. http://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.003

Otten, R., Engels, R. C. M. E., & van den Eijnden, R. J. J. M. (2008). Smoking behavior in asthmatic and non-asthmatic adolescents: the role of smoking models and personality. *Substance Use & Misuse*, *43*(3-4), 341–360. http://doi.org/10.1080/10826080701202833

Pachter, L. M., Weller, S. C., Baer, R. D., de Alba Garcia, J. E. G., Trotter, R. T., Glazer, M., & Klein, R. (2002). Variation in asthma beliefs and practices among mainland Puerto Ricans, Mexican-Americans, Mexicans, and Guatemalans. *The Journal of Asthma*, *39*(2), 119–134.

Padur, J. S., Rapoff, M. A., Houston, B. K., Barnard, M., Danovsky, M., Olson, N. Y., … Lieberman, B. (1995). Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *The Journal of Asthma*, *32*(5), 345–353.

Pakizeh, A., Gebauer, J. E., & Maio, G. R. (2007). Basic human values: Inter-value structure in memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, *43*(3), 458–465. http://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.04.007

Palfai, T. P., & Ostafin, B. D. (2003). Alcohol-related motivational tendencies in hazardous drinkers: assessing implicit response tendencies using the modified-IAT. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(10), 1149–1162.

Palosuo, H., Zhuravleva, I., Uutela, A., Lakomova, N., & Shilova, L. (1995). *Perceived health, health-related habits and attitudes in Helsinki and Moscow: a comparative study of adult populations in 1991* (Julkaisija). Utgivare, Helsinki.

Paquet, F. (2006). Sex, drugs, and rock n' roll: the problems of adolescent cf and asthma. *Paediatric Respiratory Reviews, 7 Suppl 1*, S161–162. http://doi.org/10.1016/j.prrv.2006.04.215

Parks, L., & Guay, R. P. (2009). Personality, values, and motivation. *Personality and Individual Differences*, (7), 675–684. http://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.002

Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press.

Pawlowski, B., Atwal, R., & Dunbar, M, R. I. (2008). Sex differences in everyday risk-taking behavior in humans. *Evolutionary Psychology*, *6*(1), 29–42.

Pearce, N., Aït-Khaled, N., Beasley, R., Mallol, J., Keil, U., Mitchell, E., … ISAAC Phase Three Study Group. (2007). Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*, *62*(9), 758–766. http://doi.org/10.1136/thx.2006.070169

Pearce, N., Beasley, R., Burgess, C., & Crane, J. (1998). *Asthma epidemiology: Principles and methods*. USA: Oxford University Press.

Pearlman, R. A., Cain, K. C., Patrick, D. L., Appelbaum-Maizel, M., Starks, H. E., Jecker, N. S., & Uhlmann, R. F. (1993). Insights pertaining to patient assessments of states worse than death. *The Journal of Clinical Ethics*, *4*(1), 33–41.

Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, *28*(3), 245–277. http://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14

Penza-Clyve, S. M., Mansell, C., & McQuaid, E. L. (2004). Why don't children take their asthma medications? A qualitative analysis of children's perspectives on adherence. *The Journal of Asthma*, *41*(2), 189–197.

Perrin, J. M., MacLean, W. E., & Perrin, E. C. (1989). Parental perceptions of health status and psychologic adjustment of children with asthma. *Pediatrics*, *83*(1), 26–30.

Perron, J. (1974). Les valeurs en education: vers un portrait psycho-social de l'étudiant quebecois. *Conseiller Canadien*, *8*(1), 23–35.

Peterson, J. W., Sterling, Y. M., & Stout, J. W. (2002). Explanatory models of asthma from African-American caregivers of children with asthma. *The Journal of Asthma*, 39(7), 577–590.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891.

Preechawong, S., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M. V., Musil, C. M., Kercsmar, C., & Aswinanonh, R. (2007). Relationships of family functioning, self-esteem, and resourceful coping of Thai adolescents with asthma. *Issues in Mental Health Nursing*, *28*(1), 21–36. http://doi.org/10.1080/01612840600996208

Prestwich, A., Hurling, R., & Baker, S. (2011). Implicit shopping: attitudinal determinants of the purchasing of healthy and unhealthy foods. *Psychology & Health*, *26*(7), 875–885. http://doi.org/10.1080/08870446.2010.509797

Price, M. R., Bratton, D. L., & Klinnert, M. D. (2002). Caregiver negative affect is a primary determinant of caregiver report of pediatric asthma quality of life. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, *89*(6), 572–577. http://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62104-7

Raczynski, J. M., & Leviton, L. C. (Eds.). (2004). *Handbook of Clinical Health Psychology, Volume 2: Disorders of Behavior and Health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Raffaeta, R. (2011). Understanding allergy: A review of relevant studies. Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin - *Journal of Medical Anthropology*, 34(3), 182-192.

Rasskazova, E. I., & Gordeeva, T. O. (2011). Coping strategies in the psychology of stress: approaches, methods, perspectives. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, *3*(17). http://doi.org/http://psystudy.ru. 0421100116/0027

Ratelle, C. F., & Duchesne, S. (2014). Trajectories of psychological need satisfaction from early to late adolescence as a predictor of adjustment in school. *Contemporary Educational Psychology*, *39*(4), 388–400. http://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.09.003

Ratliff, K. A., & Howell, J. L. (2014). Implicit prototypes predict risky sun behavior. *Health Psychology*. http://doi.org/10.1037/hea0000117

Reinikainen, J., Laatikainen, T., Karvanen, J., & Tolonen, H. (2014). Lifetime cumulative risk factors predict cardiovascular disease mortality in a 50-year follow-up study in Finland. *International Journal of Epidemiology*, dyu235. http://doi.org/10.1093/ije/dyu235

Rhee, H., Belyea, M. J., Hunt, J. F., & Brasch, J. (2011). Effects of a peer-led asthma self-management program for adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *165*(6), 513–519. http://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.79

Rich, M., Patashnick, J., & Chalfen, R. (2002). Visual illness narratives of asthma: explanatory models and health-related behavior. *American Journal of Health Behavior*, *26*(6), 442–453.

Robberecht, M. N., Beghin, L., Deschildre, A., Hue, V., Reali, L., Plevnik-Vodušek, V., … Martinot, A. (2015). Educating asthmatic children in European ambulatory pediatrics: Facts and insights. *PLoS ONE*, *10*(6), e0129198. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129198

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 1–25. http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1

Roberts, R. E., & Bengston, V. L. (1999). The social psychology of values: Effects of individual development, social change, and family transmission over the life span. In *The Self and Social Processes in Aging* (pp. 453–482). New York: Springer.

Robinson, O. C. (2013). Values and adult age: findings from two cohorts of the European Social Survey. *European Journal of Ageing*, *10*(1), 11–23. http://doi.org/10.1007/s10433-012-0247-3

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, *91*(1), 93–114. http://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In *Social Psychophysiology: A Sourcebook* (pp. 153–177). New York: Guilford.

Rogers, R. W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, *56*(1), 179–182. http://doi.org/10.2466/pr0.1985.56.1.179

Rohan, M. J. (2000). A rose by any name? The values construct. *Personality and Social Psychology Review*, *4*(3), 255–277. http://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0403_4

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

Rooney, L. K., Bhopal, R., Halani, L., Levy, M. L., Partridge, M. R., Netuveli, G., … Sheikh, A. (2011). Promoting recruitment of minority ethnic groups into research: qualitative study exploring the views of South Asian people with asthma. *Journal of Public Health*, *33*(4), 604–615. http://doi.org/10.1093/pubmed/fdq100

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*(4), 328–335. http://doi.org/10.1177/109019817400200403

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology* (Vol. ix). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.

Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(5), 749–761.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, *55*(1), 68–78.

Sandberg, S., Järvenpää, S., Penttinen, A., Paton, J. Y., & McCann, D. C. (2004). Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. *Thorax*, *59*(12), 1046–1051. http://doi.org/10.1136/thx.2004.024604

Santrock, J.W. (2007). *A Topical Approach to Life-Span Development*. New York, NY: McGraw-Hill

Schönbrodt, F. D., Unkelbach, S. R., & Spinath, F. M. (2009). Broad motives in short scales: A questionnaire for the Zurich model of social motivation. *European Journal of Psychological Assessment*, *25*(3), 141–149. http://doi.org/10.1027/1015-5759.25.3.141

Schreier, H. M. C., & Chen, E. (2008). Prospective associations between coping and health among youth with asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(5), 790–798. http://doi.org/10.1037/a0013275

Schwartz, N. A. (2004). Childhood asthma on the northern Mexico border. *Medical Anthropology Quarterly*, *18*(2), 214–229.

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 25 (1-65). San Diego: Academic Press.

Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, *50*(4), 19–45. http://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x

Schwartz, S. H. (2003). A proposal for measuring value orientations across nations. In *Questionnaire development report of the European Social Survey*. http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/ questionnaire/chapter_07.doc.

Schwartz, S. H. (2006). Les valeurs de base de la personne: théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, *47*(4), 929. http://doi.org/10.3917/rfs.474.0929

Schwartz, S. H., & Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures taking a similarities perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *32*(3), 268–290. http://doi.org/10.1177/0022022101032003002

Schwartz, S. H., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(3), 550–562. http://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.550

Sebire, S. J., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2009). Examining intrinsic versus extrinsic exercise goals: cognitive, affective, and behavioral outcomes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *31*(2), 189–210.

Senécal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, *19*(5), 452–457.

Shapiro, S., Angus, L., & Davis, C. (1997). Identity and meaning in the experience of cancer: three narrative themes. *Journal of Health Psychology*, *2*(4), 539–554. http://doi.org/10.1177/135910539700200410

Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(3), 482–497.

Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Ryan, R. M., Chirkov, V., Kim, Y., Wu, C., … Sun, Z. (2004). Self-concordance and subjective well-being in four cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *35*(2), 209–223. http://doi.org/10.1177/0022022103262245

Shelton Smith, M., & Wallston, K. A. (1992). How to measure the value of health. *Health Education Research*, *7*(1), 129–135.

Sherman, S. J., Chassin, L., Presson, C., Seo, D.-C., & Macy, J. T. (2009). The intergenerational transmission of implicit and explicit attitudes toward smoking. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(2), 313. http://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.09.012

Shiv, B., & Fedorikhin, A. (1999). Heart and mind in conflict: The interplay of affect and cognition in consumer decision making. *Journal of Consumer Research*, *26*(3), 278–292. http://doi.org/10.1086/209563

Simons, J., & Carey, K. B. (1998). A structural analysis of attitudes toward alcohol and marijuana use. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*(7), 727–735. http://doi.org/10.1177/0146167298247005

Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Conger, R. D., & Wu, C. (1991). Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology*, *27*(1), 159–171. http://doi.org/10.1037/0012-1649.27.1.159

Skinner, E. A., & Edge, L. (2002). Parenting, motivation, and the development of coping. In *The Nebraska Symposium on Motivation: Motivation, agency, and the life course* (pp. 77–143). Lincoln NB: University of Nebraska Press.

Smith, A. L., Ntoumanis, N., Duda, J. L., & Vansteenkiste, M. (2011). Goal striving, coping, and well-being: a prospective investigation of the self-concordance model in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *33*(1), 124–145.

Smith, M. B., Bruner, J. S., & White, R. W. (1956). *Opinions and personality*. New York: John Wiley.

Snider, J. G., & Osgood, C. E. (Eds.). (1969). *Semantic Differential Technique: A sourcebook*. Chicago etc.: Aldine Transaction.

Solis, O. L., Khan, D. A., & Brown, E. S. (2006). Age at onset of major depression in inner-city adults with asthma. *Psychosomatics*, *47*(4), 330–332. http://doi.org/10.1176/appi.psy.47.4.330

Spach, M. (2014). Plaisir et politiques publiques de prévention des drogues. Presented at 8th European Congress of the international association for adolescent health (Bien être à l'adolescence: Essayer et Construire), Paris-Bobigny.

Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *24*(4), 417–463.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Wadsworth Publishing Co Inc.

Srof, B., Taboas, P., & Velsor-Friedrich, B. (2012). Adolescent asthma education programs for teens: review and summary. *Journal of Pediatric Health Care*, *26*(6), 418–426. http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.03.010

Strachan, D. P., Butland, B. K., & Anderson, H. R. (1996). Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, *312*(7040), 1195–1199.

Suris, J.-C., Michaud, P.-A., Akre, C., & Sawyer, S. M. (2008). Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions. *Pediatrics*, *122*(5), e1113–1118. http://doi.org/10.1542/peds.2008-1479

Suris, J.-C., & Parera, N. (2005). Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *The European Journal of Public Health*, *15*(5), 484–488. http://doi.org/10.1093/eurpub/cki001

Tang, M. H., & Pinsky, E. G. (2015). Mood and affect disorders. *Pediatrics in Review / American Academy of Pediatrics*, *36*(2), 52–61. http://doi.org/10.1542/pir.36-2-52

Tarquinio, C., & Spitz, E. (2012). *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles: De Boeck.

Trafimow, D., & Sheeran, P. (1998). Some tests of the distinction between cognitive and affective beliefs. *Journal of Experimental Social Psychology*, *34*(4), 378–397. http://doi.org/10.1006/jesp.1998.1356

Tyc, V. L., & Throckmorton-Belzer, L. (2006). Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. *Pediatrics*, *118*(2), e471–487. http://doi.org/10.1542/peds.2004-2413

Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2011). Quality of life of adolescents with asthma: the role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(3), 166–173. http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.03.002

Van De Ven, M. O. M., Engels, R. C. M. E., Sawyer, S. M., Otten, R., & Van Den Eijnden, R. J. J. M. (2007). The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma. *Quality of Life Research*, *16*(4), 625–634. http://doi.org/10.1007/s11136-006-9146-4

Van Sickle, D., & Singh, R. B. (2008). A video-simulation study of the management of asthma exacerbations by physicians in India. *The Clinical Respiratory Journal*, *2*(2), 98–105. http://doi.org/10.1111/j.1752-699X.2007.00044.x

Velsor-Friedrich, B., Militello, L. K., Richards, M. H., Harrison, P. R., Gross, I. M., Romero, E., & Bryant, F. B. (2012). Effects of coping-skills training in low-income urban African-American adolescents with asthma. *The Journal of Asthma*, *49*(4), 372–379. http://doi.org/10.3109/02770903.2012.660296

Vygotsky, L. S. (1994). The cultural development of the child. In *The Vygotsky reader* (pp. 57–71). Oxford: Blackwell.

Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, *10*(5), 623–631. http://doi.org/10.1177/1359105305055304

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, *6*(2), 160–170.

Wareham, N. J., Harrison, B. D., Jenkins, P. F., Nicholls, J., & Stableforth, D. E. (1993). A district confidential enquiry into deaths due to asthma. *Thorax*, *48*(11), 1117–1120.

Weber, M., Gerth, H. H., & Mills, C. W. (1946). *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: Oxford University Press.

Wegner, L., & Flisher, A. J. (2009). Leisure boredom and adolescent risk behaviour: a systematic literature review. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *21*(1), 1–28. http://doi.org/10.2989/JCAMH.2009.21.1.4.806

Whitfield, M., & Jordan, C. H. (2009). Mutual influence of implicit and explicit attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(4), 748–759. http://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.04.006

WHO | World Health Statistics 2015. (n.d.). Retrieved June 5, 2015, from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

Wiers, R. W., van Woerden, N., Smulders, F. T. Y., & de Jong, P. J. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions in heavy and light drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(4), 648–658.

Williams, D. R., Sternthal, M., & Wright, R. J. (2009). Social determinants: Taking the social context of asthma seriously. *Pediatrics*, *123*(Suppl 3), S174–S184. http://doi.org/10.1542/peds.2008-2233H

Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(1), 115–126. http://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.115

Williams, G. C., Hedberg, V. A., Cox, E. M., & Deci, E. L. (2000). Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*(8), 1756–1771. http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02466.x

Williams, G. C., Ryan, R. M., Rodin, G. C., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, *17*(3), 269–276.

Williams, R. M. (1979). Change and stability in values and value systems: A sociological perspective. In *Understanding human values individual and societal* (pp. 15–46). New York: Free Press.

Wilson, T. D., Dunn, D. S., Kraft, D., & Lisle, D. J. (1989). Introspection, attitude change, and attitude-behavior consistency: the disruptive effects of explaining why we feel the way we do. *Advances in Experimental Social Psychology*, *19*, 123–205.

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, *12 Suppl 1*, 59–72.

Yang, T. O., Lunt, I., & Sylva, K. (2009). Peer stress-related coping activities in young adolescents' asthma management. *The Journal of Asthma*, *46*(6), 613–617. http://doi.org/10.1080/02770900903029770

Young, R., & West, P. (2010). Do "good values" lead to "good" health-behaviours? Longitudinal associations between young people's values and later substance-use. *BMC Public Health*, *10*(1), 165. http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-165

Zhuravleva, I. V. (2006). *Otnoshenie k zdorovyu individa i obschestva [Attitude towards health among individuals and society]*. Moskva: Nauka.

Zhuravleva, I. V. (2013). Pochemu ne uluchshaetsya zdorove rossiyan? [Why health of Russian population is not getting better?]. *6*, 163–176.