

SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 30 (1)

Juin 2020

Équipe éditoriale

Pascale Brillon, Ph.D.
Rédactrice-en-chef
Université du Québec à Montréal

Réal Labelle, Ph.D.
Rédacteur adjoint
Université du Québec à Montréal

Comité éditorial de révision

Canada

Arsenault, Marie
Institut Douglas

Aubin, Sylvie, Ph. D.
Hôpital Juif de Montréal et Université McGill

Bouchard, Sébastien, Ph.D.
Université de Sherbrooke

Brunet, Alain, Ph.D.
Université McGill

Dionne, Frédérick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Dugas, Michel, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais

Dupuis, Gilles, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Fleet, Richard, Ph.D., M.D.
Université Laval

Fortier, Pierre, M.A.
Université de Montréal

Gamache, Dominick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Godbout, Roger, Ph.D.
IUSMM, Université de Montréal

Goyer, Lysanne, Ph.D.
Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

Groleau, Patricia, Ph.D.
Institut Alpha

Guay, Marie-Claude, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Guay, Stéphane, Ph.D.
Université de Montréal et IUSMM

Hébert, Martine, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Laberge, Melanie, Ph.D.
Clinique de Psychologie Change

Langlois, Frédéric, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Marcoux, Lyson, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Marin, Marie-France, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Meilleur, Dominique, Ph.D.
Université de Montréal

Paquet, Annie, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Rivard, Mélina, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Roberge, Pasquale, Ph.D.
Université de Sherbrooke

Ross-Plourde, Mylène, Ph.D.
Université de Moncton

Touchette, Évelyne, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Turgeon, Marie-Ève, Ph.D.
Clinique de Psychologie des Troubles
Alimentaires

Vininsky, Harley, Ph.D.
Clinique Spectrum, Montréal

France

Aït Aoudia, Malik, Ph.D.
Institut de Victimologie de Paris

Belaubre Sarra-Gallet, Jean-Luc, M.D.
Cabinet Libéral, Aix-en-Provence

Bouvard, Martine, Ph.D.
Université Savoie, Chambéry

Chapelle, Frédéric, Ph.D., M.D.
Cabinet Libéral, Toulouse

Granier, Emmanuel, M.D.
Clinique Belle-Rive, Villeneuve-lez-Avignon

Belgique

Fontaine, Philippe, M.D.
CHU VanGogh, Charleroi

Suisse

Ceschi, Grazia, Ph.D.
Université de Genève

Page, Dominique, Ph.D.
Université de Fribourg

Antilles

Bernos, Marc, M.Ps.
Établissement public de Santé Mentale de
Guadeloupe

République démocratique du Congo

Birangui, Jean-Pierre, Ph.D.
Université de Lubumbashi

Révision linguistique et mise en page

Carole Desrochers
Revisseuse

Karim Iboudi
Webmestre

Conseil d'administration de l'ASMC et Comité éditorial de révision

Réal Labelle, Ph.D.
Président

Gilles Trudel, Ph.D.
Vice-Président

Jacques Forget, D.Ps.
Secrétaire

Kathleen Carvajal, Ph.D. (c)
Trésorière

Julie Leclerc, Ph.D.
Membre

Nathalie Poirier, Ph.D.
Membre

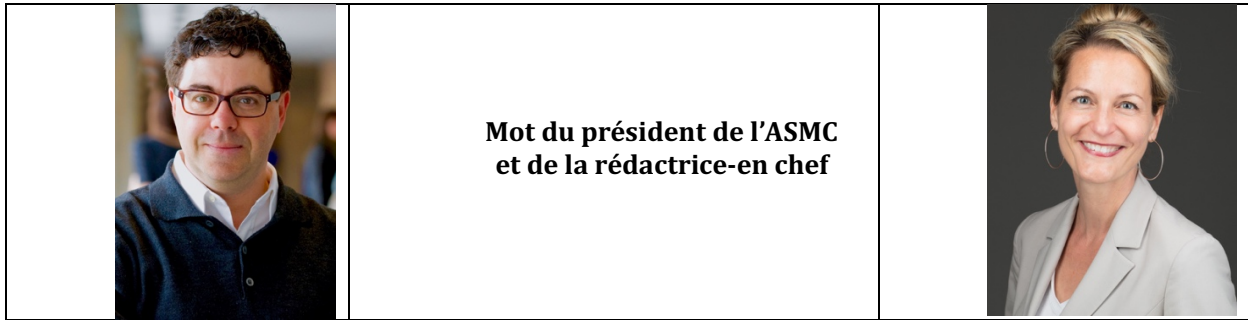
Georgette Goupil, Ph.D.
Membre

Science et Comportement

Volume 30(1) – Juin 2020

Table des matières

- Mot du président de l'ASMC et de la rédactrice-en-chef 5
- Interventions comportementales auprès des enfants présentant des troubles du sommeil : Un guide de lecture critique (*Latrèche et Brodard*) 7
- Le NEO-15 : Validation préliminaire d'une version courte du NEO PI-R pour les individus avec ou sans trouble mental (*Fortin, Corbière, Samson et Lecomte*) 19
- Les caractéristiques transactionnelles influençant la qualité de vie des pères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (*Belzil, Poirier et Cappe*) 29
- Validation préliminaire de l'Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (*Brassard, Tousignant, Lussier et Gagné*) 43
- Quel est l'impact d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique sur l'évolution des symptômes, de la qualité de vie et du fonctionnement quotidien ? (*Marchand, Therriault, Beaulieu-Prévost, Mercier, Belleville et Guay*) 55
- Évaluation d'une intervention de groupe basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès d'étudiants universitaires présentant des traits ou un trouble de personnalité limite (*Coulombe, Dionne et Cantinotti*) 67
- Perception de contrôle et stratégies de coping chez des femmes malgaches atteintes de cancers féminins (*Randriamoraso, Dugal, Eid, Cyr, Rakotomalala et Bélanger*) 77
- Les bonnes pratiques en psychotraumatologie : Analyse critique de l'ouvrage *Les troubles liés aux événements traumatiques : Guides des meilleures pratiques pour une clientèle complexe* de Bond, Belleville et Guay (*Ait Aoudia*) 89
- À la mémoire de Kieron P. O'Connor (*Leclerc, Trudel, Lavoie et Aardema*) 93



Chers collègues,
Chères collègues,

C'est empreint d'une grande détermination que nous vous présentons ce deuxième numéro de la revue *Science et Comportement*. Car il en aura fallu de la ténacité pour mener à terme ce dossier. Lorsqu'il a écrit *La Peste* en 1947, Camus symbolisait cette maladie par la souffrance humaine devant sa limitation et son impuissance face au fléau, mais il précisait aussi tout au long de son œuvre comment elle était compensée par un merveilleux mécanisme qu'il nommait l'action collective. Merci à toute l'équipe de l'ASMC pour votre engagement malgré les chambardements liés à la pandémie actuelle.

Au cours de la dernière année, en plus de sa principale activité d'édition des travaux scientifiques de chercheurs et cliniciens d'approche cognitive et comportementale (TCC), l'ASMC a tenu des réunions afin d'organiser une journée thématique sur l'anxiété et le stress. Cette journée comprendra une conférence d'ouverture suivie de trois ateliers thématiques selon les trois grands mouvements appelés « vagues » ou « générations » dans l'évolution des TCC. Le comité organisateur, chapeauté par la Pre Julie Leclerc, est à l'œuvre et nous réserve de bien belles surprises pour cet événement qui s'annonce haut en couleur.

D'ici là, nos fidèles lecteurs sont invités à prendre connaissance de notre deuxième numéro, magnifique vitrine d'auteurs de tous les confins de la francophonie internationale. Rappelons que nous avons comme objectif de vous offrir une *revue en ligne, accessible à tous et totalement gratuite*. Ainsi, ce deuxième numéro vous propose sept articles théoriques, cliniques ou empiriques qui touchent diverses populations dont des enfants présentant des troubles de sommeil (*Latrèche et Brodard*), des pères d'enfants souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme (*Belzil et collègues*), des personnes aux prises avec un stress post-traumatique (*Marchand et collègues*), des étudiants souffrant de personnalité limite (*Coulombe et collègues*) et des femmes malgaches atteintes de cancers (*Randriamorasoa et collègues*). En outre, deux articles portent sur des instruments de mesure novateurs qui bonifieront assurément la pratique des cliniciens et le travail des chercheurs, à savoir L'Inventaire de personnalité NEO-15 (*Fortin et collègues*) ainsi que L'Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (*Brassard et collègues*). Puis, Dr Ait Aoudia signe la critique d'un livre tout récent, essentiel au domaine post-traumatique. Enfin, un hommage au collègue et au très cher ami Dr Kieron O'Connor qui a su marquer le domaine scientifique de ses nombreuses publications en TCC. Malgré sa disparition, le contenu de ses écrits nous sera utile encore longtemps...

En terminant, un merci tout spécial aux experts si précieux du comité éditorial de révision, sans qui ce numéro n'aurait pu voir le jour. L'ASMC est fière de présenter ce deuxième numéro de la revue *Science et Comportement*. Bonne lecture !

Réal Labelle, Ph.D.
Président de l'ASMC

Pascale Brillon, Ph.D.
Rédactrice-en-chef

INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES AUPRÈS DES ENFANTS

PRÉSENTANT DES TROUBLES DU SOMMEIL : UN GUIDE DE LECTURE CRITIQUE

Kenza Latrèche¹ et Fabrice Brodard^{1,2}

¹Institut de psychologie, Université de Lausanne,

²Centre de recherche sur la famille et le développement (FADO)

Il est bien établi dans la littérature que les troubles du sommeil chez l'enfant ont des répercussions sur son fonctionnement actuel, sur d'autres sphères développementales ainsi que sur le contexte familial (Byars et Simon, 2016 ; Sadeh, 2005; Stores, 2014). Il est donc crucial de disposer de traitements appropriés afin d'améliorer le sommeil des enfants. Cette revue de littérature vise à évaluer plusieurs types d'intervention comportementale du sommeil en fonction de leurs efficacités et leurs limites. Il ressort de la littérature des limites méthodologiques (type de mesure et manque de suivi) et l'absence de consensus sur l'âge d'application de ces interventions. En revanche, il existe différents types d'intervention comportementale du sommeil et elles n'ont pas toutes reçu le même soutien empirique. Par conséquent, cet article fournit un guide de lecture critique en soulignant les divergences entre les études concernant les bénéfices des interventions comportementales du sommeil (sur le comportement et l'humeur de l'enfant, et le fonctionnement familial). Nous portons une attention particulière aux méthodes de type extinction car des études ont rapporté des bénéfices à utiliser ce type d'interventions (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer et Sadeh, 2006; Rickert et Johnson, 1988) alors que d'autres les remettent en question sur les plans éthique, moral, et social (Blunden, Thompson et Dawson, 2011; Etherton *et al.*, 2016).

See end of text for English abstract.

Mots-clés : troubles du sommeil ; enfant ; interventions comportementales ; extinction ; efficacité

Correspondance : Fabrice Brodard, Ph.D., Université de Lausanne, Institut de Psychologie, Quartier UNIL – Mouline, Bâtiment Géopolis, 1015 Lausanne, Suisse. fabrice.brodard@unil.ch

Introduction

Le sommeil est essentiel au développement de l'enfant car il permet entre autres la croissance, la récupération mentale et physique, ainsi que la maturation du cerveau (Stores, 2014). La consolidation du sommeil est une acquisition impliquant un processus développemental. Dès lors, un trouble du sommeil chez l'enfant peut engendrer des effets néfastes sur son développement, et ce, même dans la durée (Byars et Simon, 2016). Les troubles du sommeil toucheraient entre 20% et 30% des jeunes enfants (Owens, 2019). Ainsi, il est crucial de disposer de plusieurs formes de traitement afin qu'ils conviennent au plus grand nombre de cas (Stores, 2014). Parmi les trois procédures les plus répandues (i.e., les interventions comportementales, l'hygiène du sommeil et la pharmacothérapie; Kaczor et Skalski, 2016), cet article se concentre sur les interventions comportementales du sommeil pour deux raisons majeures. D'une part, les recherches à leur sujet sont abondantes, récentes et pertinentes, et une synthèse s'impose dans le but de réfléchir sur l'efficacité et les limites de ces interventions comportementales. D'autre part, malgré le fait que la plupart de ces interventions existe depuis plusieurs décennies, de nombreux débats perdurent encore aujourd'hui. Ces débats portent tant sur leur efficacité et leurs bénéfices à court- et moyen- terme, que sur les limites méthodologiques des études qui les ont examinées, et sur leurs risques potentiels de ces interventions sur le développement futur de l'enfant. Par conséquent, ces questionnements ont conduit à des points de divergence dans la littérature scientifique. En effet, dernièrement, des auteurs (e.g., Blunden *et al.*, 2011; Douglas et Hill, 2013) ont contesté certaines interventions comportementales du sommeil reconnues comme efficaces en s'appuyant sur des arguments étayés sur les plans éthique, moral, social et développemental.

Cette revue de la littérature se centre sur les troubles du sommeil chez l'enfant. Elle débutera par une

présentation de ces troubles, des principales interventions comportementales du sommeil, et des techniques d'évaluation du sommeil. Puis, elle portera sur les interventions comportementales du sommeil, et notamment sur leur efficacité, leur format et leur application. Enfin, le débat controversé concernant une méthode comportementale en particulier, celle de l'extinction sera abordé. En prenant en compte les limites méthodologiques relevées, nous proposerons une réflexion critique basée sur les points de divergences de la littérature. Nous soulignerons également l'importance d'une lecture critique de la littérature.

LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT

Développement. Les périodes de veille-sommeil sont régulées par les Processus S et C (Borbély, 1982). Le Processus S apparaît à l'âge de deux mois et porte sur la régulation homéostatique du sommeil, nommée aussi « pression de sommeil ». Plus la personne veille, plus le besoin de dormir augmente. Le Processus C concerne la régulation circadienne du sommeil, et aligne le sommeil sur les 24 heures. Ceci implique les horloges biologiques, situées dans les noyaux suprachiasmatiques de l'hypothalamus. Formés avant la naissance, ces noyaux n'atteignent la maturité qu'à l'âge d'un an, ce qui explique l'imprévisibilité des patterns de veille-sommeil des nourrissons (Touchette, Petit, Tremblay et Montplaisir, 2009). Le développement de la consolidation du sommeil est normal puisque 25% à 50% des enfants âgés de plus de six mois se réveillent pendant la nuit. En effet, ce processus développemental dure en moyenne une année et continue d'évoluer par la suite, puisque la durée de sommeil diminue et la durée de veille augmente pendant la petite enfance. Il est non seulement crucial que l'enfant développe ces dispositifs biologiques à son rythme, mais il est aussi nécessaire de différencier cet apprentissage d'un trouble du sommeil.

Définitions

Plusieurs outils de référence ont proposé une définition des troubles du sommeil chez l'enfant. Le DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) présente dix troubles ou groupes de trouble sous l'appellation « Troubles de l'alternance veille-sommeil », parmi lesquels figurent l'insomnie et l'hypersomnolence. Le DSM-5 décrit que les patients souffrant d'un tel trouble se plaignent au sujet de la qualité et de la quantité de leur sommeil. Les conséquences rapportées sont une détresse ou un affaiblissement pendant la journée, et sont partagées par ces dix troubles. De plus, le DSM-5 signale la comorbidité fréquente entre un trouble du sommeil et d'autres troubles tels que la dépression, l'anxiété et les changements au niveau cognitif. En effet, la présence d'un trouble du sommeil constitue un facteur de risque pour le développement ou l'aggravation de troubles psychiatriques ou la consommation de substances (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, comme le DSM n'est pas spécialisé dans la petite enfance, de nombreux cliniciens, jugent ces classifications usuelles

non-pertinentes pour aborder les troubles de cette population (Guedeney, 2014).

Pour cette raison, la Classification diagnostique 0-5 ans (sous l'abréviation DC: 0-5; ZERO TO FIVE, 2016) est intéressante. Suivant une approche multiaxiale, cette classification est construite selon cinq axes, qui ont pour objectif de guider le clinicien dans l'évaluation globale de l'enfant (Guedeney, 2014). Le premier de ces cinq axes rassemble les troubles cliniques, dont les troubles du sommeil. Quatre troubles du sommeil y sont décrits, à savoir le trouble de l'endormissement, le trouble des réveils nocturnes, le trouble d'éveil partiel et le trouble du cauchemar de la petite enfance. Les quatre autres axes de références sont le contexte relationnel, les conditions de santé physique, les stressors psychosociaux, ainsi que la compétence développementale. Dans cette optique, le DC: 0-5 constitue un outil diagnostique plus adapté pour la petite enfance (i.e., entre l'âge de 2 et 5 ans).

Il est intéressant de comparer le DC:0-5 à la classification de Gaylor, Goodlin-Jones et Anders (2001), qui se concentre spécifiquement sur les troubles du sommeil de la petite enfance. Une différence majeure entre ces deux classifications se situe dans l'âge auquel un trouble du sommeil peut être diagnostiqué. Alors que le DC: 0-5 concerne les enfants dès la naissance, un trouble du sommeil n'est pas attribuable avant l'âge d'un an pour la classification de Gaylor *et al.* (2001). Dans leur proposition, Gaylor *et al.* (2001) différencient deux syndromes de *proto-dyssomnies*. Il s'agit d'une part, du syndrome de difficultés d'endormissement, et d'autre part, du syndrome des réveils nocturnes. En fonction de la durée et de la sévérité des symptômes, les auteurs proposent trois degrés différents de difficultés: *perturbation*, *dérangement* et *trouble*. Les perturbations font partie du développement normal, alors que les dérangements doivent être considérés comme un indicateur de risque. Les troubles sont plus sérieux et demandent une intervention thérapeutique active. Pour chacun des deux syndromes, les auteurs différencient ces trois degrés en fonction de l'âge (e.g., 12-24 mois, 24-36 mois, >36 mois).

Étiologie. Concernant l'étiologie des troubles du sommeil, il convient de considérer à la fois les aspects génétiques (e.g., prédisposition des allèles HLA-DRB1; Kotagal et Pianosi, 2006), psychologiques (e.g., anxiété), maturationnels (e.g., nécessité d'une maturation cérébrale pour contrôler les rythmes d'éveil-sommeil), somatiques (e.g., condition médicale) et développementaux (e.g., changements cérébraux). Le modèle de Sadeh et Anders (1993) énumère différents facteurs contribuant au développement de la régulation éveil-sommeil de l'enfant. Cette régulation serait directement influencée par l'interaction entre le contexte intrinsèque de l'enfant (e.g., tempérament et facteurs biomédicaux) et le contexte

proximal extrinsèque des parents¹ (e.g., personnalité, psychopathologie). Les contextes distaux (e.g., culture, environnement, famille) influencent les parents, mais affectent le sommeil de l'enfant seulement secondairement. Ainsi, ce modèle décrit des associations bidirectionnelles et dynamiques entre le sommeil du nourrisson, les parents, et leur environnement. Ces associations portent sur différents niveaux, entre autres: les comportements parentaux, les cognitions et les attentes parentales. Un lien existerait entre les comportements parentaux au moment du coucher et des éveils nocturnes, et la consolidation du sommeil de l'enfant (Sadeh *et al.*, 2009). Certains comportements parentaux (e.g., présence minimale lors de l'endormissement, réconfort de l'enfant dans son lit lors des éveils nocturnes) sont fortement associés à une meilleure consolidation du sommeil de l'enfant (Sadeh, Mindell, Luedtke et Wiegang, 2009; Tikotzky et Sadeh, 2009; Touchette *et al.*, 2005). Certains auteurs (Mindell *et al.*, 2006) recommandent donc de coucher l'enfant somnolent et non endormi pour qu'il apprenne à s'endormir et qu'il puisse se rendormir seul après un éveil nocturne, ce qui est la pierre d'assise pour favoriser l'apprentissage d'un bon sommeil.

Toutefois, l'influence du parent sur le sommeil de l'enfant ne serait pas si claire, comme le démontre les données de l'Étude longitudinale de développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010; Petit, Paquet, Touchette et Montplaisir, 2010). Certains comportements parentaux (e.g., présence au coucher, co-sommeil réactif à un éveil nocturne) renforceraient des troubles du sommeil déjà présents chez l'enfant, ce qui rejoint Sadeh *et al.* (2009). Cependant, les auteurs mentionnent l'étude de Simard, Nielsen, Tremblay, Boivin et Montplaisir (2008) qui ont souligné que la présence parentale peut être bénéfique. Lors d'un éveil nocturne, réconforter son enfant âgé de 29 mois en le sortant du lit prédit moins de cauchemars à l'âge de 50 mois. De plus, la pratique du co-sommeil réactif (i.e., laisser l'enfant dormir dans le lit parental après un réveil nocturne) avec un enfant âgé de 29 mois est associée à un risque plus faible de faire des cauchemars à l'âge de cinq ans. Cet effet bénéfique est retrouvé à l'âge de 41 mois, et prédit un risque de cauchemars plus faible à l'âge de six ans. Récemment, une étude a aussi montré que les mères et les pères pouvaient avoir une influence différente sur le sommeil de leur enfant d'âge préscolaire (Dubois-Comtois, Pennestri, Bernier, Cyr et Godbout, 2019). La durée du sommeil est par exemple liée à l'anxiété de la mère et la qualité des relations avec celle-ci, mais les liens sont non-significatifs avec ces dimensions du côté du père. Ainsi, les comportements parentaux influencent différemment le sommeil des enfants, selon leur âge et le problème de sommeil spécifique.

Épidémiologie. Bien que les études épidémiologiques portant sur la psychopathologie de la petite enfance soient rares, elles sont cruciales pour l'organisation des systèmes de soins, la prévention, et la compréhension des troubles (Guedeney, 2014). Comme les études épidémiologiques les plus récentes sur les troubles du sommeil chez l'enfant datent des années 2000, les chiffres qui seront présentés ici doivent être considérés avec précaution car ils sont susceptibles de ne plus refléter la réalité actuelle.

Dans sa revue de littérature, Owens (2019) indique que les troubles du sommeil sont présents chez les jeunes enfants (âgés entre 12 et 36 mois), les réveils nocturnes représentent le trouble du sommeil le plus fréquent. Chez les enfants d'âge préscolaire (i.e., jusqu'à quatre ans), ils sont 15% à 30% à avoir encore des difficultés pour s'endormir, et/ou à se réveiller pendant la nuit. Quant aux enfants âgés entre quatre et dix ans, ils sont 25% à 40% à présenter des troubles du sommeil. Plus précisément, 15% d'entre eux présentent une résistance au coucher et 11% d'entre eux ressentent de l'anxiété liée au sommeil. Enfin, 11% des adolescents (âgés entre 13 ans et 16 ans) ont rempli les critères diagnostiques de l'insomnie. De plus, les adolescents présentant un trouble neuro-développemental (e.g. trouble du spectre autistique) ou psychiatrique (e.g., dépression), sont à risque pour développer un trouble du sommeil (Owens, 2019).

Conséquences. Les conséquences d'un trouble du sommeil chez l'enfant sont multiples et touchent plusieurs facettes du développement (e.g., état émotionnel, comportement, fonctions intellectuelles) et peuvent engendrer des difficultés d'apprentissage, des comportements agressifs ou d'hyperactivité et une dégradation des fonctions immunitaire et métabolique (Mindell *et al.*, 2006; Stores, 2014). De plus, un trouble du sommeil peut perturber le fonctionnement familial (Stores, 2014). En effet, Sadeh *et al.* (2009) suggèrent qu'un trouble du sommeil chez l'enfant constitue un stressor majeur pouvant détériorer le bien-être parental, et un facteur de risque pour la dépression maternelle. La revue de Meltzer et Montgomery-Downs (2011) va plus loin en évoquant un lien réciproque: un trouble du sommeil chez l'enfant peut provoquer pour les parents un sommeil perturbé, du stress et des difficultés conjugales, et à l'inverse, le fonctionnement familial (i.e., stress parental et conflits conjugaux) peut influencer négativement la quantité et la qualité du sommeil de l'enfant.

Ainsi, en mettant en lumière des conséquences susceptibles de compromettre le développement psychologique et somatique et de détériorer le fonctionnement familial, ces recherches démontrent l'importance de développer des interventions et des outils efficaces dans le but de traiter les troubles du sommeil chez l'enfant.

¹ Ce terme désigne toute personne ayant la responsabilité de l'enfant dans le cadre familial.

Une minorité des recherches a utilisé des mesures objectives (e.g., observations directes, enregistrements audio et/ou vidéo, actimétrie²; Mindell *et al.*, 2006), qui rendent la surveillance non-intrusive continue possible pendant toute la nuit (Sadeh, 2005). La majorité des recherches ont eu recours aux techniques subjectives telles que les agendas de sommeil. Tenus par les parents, ces agendas retracent le sommeil et le comportement de l'enfant au moment du coucher (e.g., pleurs, sorties de la chambre). Les agendas de sommeil possèdent une haute validité interne et une validité concourante supérieure à 90% avec les techniques objectives, ce qui démontre la correspondance des données recueillies par les techniques subjectives et par les techniques objectives (Mindell *et al.*, 2006).

Toutefois, Hall *et al.* (2015) suggèrent de pondérer les conclusions de Mindell *et al.* (2006). Les auteurs ont comparé les données provenant de l'actimétrie à celles récoltées dans les agendas de sommeil chez des enfants âgés de cinq à huit mois. L'évaluation a duré pendant cinq jours consécutifs, suivie de deux temps de mesure six semaines et 24 semaines plus tard. Pour les trois temps de mesure, une différence significative a été observée dans le nombre de réveils nocturnes relevés entre les deux méthodes d'évaluation. L'actimétrie a reporté davantage de réveils nocturnes que les agendas de sommeil. De plus, la durée de sommeil mesurée était significativement supérieure dans les agendas de sommeil, en comparaison avec l'actimétrie.

D'autres études moins récentes s'étaient aussi montrées réticentes envers les agendas du sommeil. C'est le cas de recherches s'appuyant sur des études actimétriques (Sadeh, 1994, 1996; Tikotzky et Sadeh, 2001) ayant étudié des enfants âgés entre 7 mois et 6 ans, et observé un écart significatif dans le nombre de réveils de l'enfant entre les données provenant des agendas de sommeil et les données objectives (Sadeh, 2005). Ceci suggère que les études ayant opté pour les agendas de sommeil seraient imprécises. De plus, Sadeh (2005) note que ces techniques (actimétrie et agendas de sommeil) sont rarement adoptées dans le cadre d'interventions cliniques. En outre, l'auteur remarque que les parents peuvent perdre en rigueur dans la tenue des agendas de sommeil. Cette perte influence directement les résultats des recherches, puisqu'en oubliant de retracer les réveils nocturnes par exemple, les effets des interventions s'avèrent potentiellement surestimés.

Trois types d'intervention sur les troubles du sommeil chez l'enfant émergent de la littérature. Il s'agit d'abord de se concentrer sur l'amélioration de l'hygiène du sommeil de l'enfant (e.g., environnement calme et sombre, routines de coucher), puis d'avoir recours aux interventions comportementales du sommeil. Si ces dernières se révèlent inefficaces, il est suggéré d'envisager la pharmacothérapie, mais en privilégiant une visée à court-terme et conjointement à des interventions comportementales du sommeil (Kaczor et Skalski, 2016). Toutefois, il faut rappeler qu'aucun traitement pharmacologique n'est approuvé par Santé Canada pour l'insomnie des enfants. C'est également le cas aux États-Unis où la *Food and Drug Administration* n'a accepté aucun médicament (Stores, 2014). Stores (2014) note ainsi que leur utilisation se base généralement sur les résultats d'études menées auprès d'adultes.

Méthodes de type extinction. L'extinction standard est l'une des premières interventions comportementales du sommeil à avoir été utilisée chez l'enfant (Moore, 2012). Celle-ci consiste à placer l'enfant dans son lit à une heure précise, puis à ignorer ses comportements négatifs (e.g., pleurs, cris, colères), jusqu'à une heure de réveil préalablement fixée. L'efficacité de l'extinction standard a été observée tant dans des études à essais randomisés contrôlés, que dans d'autres études de groupes et de cas unique (Moore, 2012). Son efficacité est également soutenue par des revues de littérature (Sadeh, 2005; Stores, 2014). Bien qu'elle soit largement reconnue, des études (e.g., Etherton, Blunden et Hauck, 2016) ont mis en évidence les difficultés des parents à accepter et appliquer cette intervention (ces dernières seront abordées dans la partie traitant du vécu des parents). Une revue de littérature (Kuhn et Elliott, 2003) évaluant différentes interventions d'après des critères reconnus par la communauté scientifique (Chambless *et al.*, 1998) a qualifié l'extinction standard comme une intervention bien établie (i.e., le niveau d'efficacité le plus élevé), ce qui signifie que les bénéfices qu'elle produit dépassent une autre forme de traitement et la condition placebo. D'autres études (Mindell *et al.*, 2006) notent le succès de cette intervention et mentionnent que ses effets seraient légèrement supérieurs à ceux de l'extinction graduelle. Toutefois, la littérature met en exergue plusieurs limites suscitées par l'extinction standard qui seront décrites dans la suite de cet article.

Par conséquent, à cause de ces difficultés, des variantes (e.g., extinction avec présence parentale, extinction graduelle) ont été développées. Ces dernières sont mieux tolérées par les parents (Kaczor et Skalski, 2016). Dans l'extinction avec présence parentale, le parent

² L'actimétrie est une méthode utilisée dans la recherche sur le sommeil. Il s'agit d'un dispositif semblable à une montre informatisée et miniaturisée, qui a pour fonction de monitorer et récolter des données

générées par les mouvements de la personne. L'actimètre peut recueillir des données de manière continue sur une période prolongée (Sadeh et Acebo, 2002)

reste dans la chambre de l'enfant lors de son endormissement, en s'éloignant chaque soir progressivement de sa chambre, jusqu'à en être complètement sorti (Blunden, Etherton et Hauck, 2016). Dans l'extinction graduelle, le parent ignore les pleurs de son enfant de manière périodique, durant des périodes prédéterminées, jusqu'à ce que l'enfant se calme par lui-même. L'extinction graduelle est aussi considérée comme une intervention bien établie (France et Blampied, 2005; Kuhn et Elliott, 2003). Une étude a comparé trois types d'interventions comportementales du sommeil (extinction standard, extinction avec présence parentale et contrôles minimaux), chacune appliquée à cinq nourrissons âgés entre 6 et 15 mois (France et Blampied, 2005). Les parents attribués au groupe des contrôles minimaux ont reçu comme consigne de contrôler leur enfant toutes les dix minutes si ce dernier pleurait pendant l'endormissement et pendant les réveils nocturnes. Le but de ces contrôles était de rassurer l'enfant et de l'aider à se rendormir. À l'aide d'agendas de sommeil tenus par les parents et d'enregistrements vidéo, les auteurs rapportent que les réponses post-extinction (i.e., le retour du comportement problématique) sont probablement moins fréquentes dans l'extinction graduelle (i.e., avec présence parentale) que dans l'extinction standard. Ainsi, l'extinction graduelle est considérée comme une méthode établie dans la recherche clinique, mieux tolérée et applicable pour les parents, et entraînant un niveau de stress plus faible comparativement avec l'extinction standard. Une revue de littérature plus récente (Moore, 2012) mentionne que même si l'extinction standard produit tout autant de bénéfices que l'extinction graduelle, cette dernière est quasiment toujours celle recommandée par les professionnels, de par sa facilité d'application par les parents.

Routines positives. Les routines positives sont développées par les parents, et comprennent des activités calmes et appréciées par l'enfant, pour qu'il associe le coucher à des événements positifs (Mindell *et al.*, 2006; Moore, 2012). Cette méthode d'intervention permet une réduction du nombre de difficultés au moment du coucher, du temps d'endormissement et du nombre de réveil nocturnes (Mindell, Telofski, Wiegand et Kurtz, 2009). Toutefois, l'efficacité de ces routines est d'un niveau plus bas comparativement aux autres interventions comportementales du sommeil (Kuhn et Elliott, 2003).
Méthode du délai du coucher avec coût de la réponse

La méthode du délai du coucher avec coût de la réponse (*faded bedtime with response cost*) s'appuie sur le contrôle du stimulus. Son principe est d'identifier, puis de dissocier un stimulus d'une réponse établie, qui interfère avec un fonctionnement sain (Lewin, 2014). L'association stimulus-réponse typique est le fait que le lit soit lié à la manifestation de pleurs. Pour séparer le stimulus de la réponse, des routines de pré-coucher positives peuvent

être mises en place (Stores, 2014). Lorsque la chaîne comportementale est formée et que la dissociation est faite, l'heure du coucher est reculée (Kuhn et Elliott, 2003). Peu d'études se sont intéressées à l'âge recommandé pour cette méthode, mais il semble qu'elle est plus efficace pour les enfants d'âge scolaire que pour les jeunes enfants (Meltzer, 2010). Tout comme les routines positives, cette méthode est une intervention moins efficace que les autres interventions comportementales du sommeil (Kuhn et Elliott, 2003). Toutefois, elle est également associée à une réduction du nombre de difficultés au moment du coucher, du temps d'endormissement et du nombre de réveil nocturnes (Mindell *et al.*, 2009).

Éducation préventive parentale. Enfin, l'éducation préventive parentale est pertinente, même si ce n'est pas une intervention comportementale au sens strict du terme. Cette intervention porte sur l'éducation parentale (comportements et attitudes parentales) au sujet de l'hygiène de sommeil et des habitudes de sommeil saines dans le but de prévenir les troubles du sommeil chez le nourrisson. Régulièrement utilisée conjointement aux interventions comportementales, son efficacité est toutefois mitigée, voire contradictoire selon les études (Hiscock *et al.*, 2014; Stremmler *et al.*, 2013). Selon Kuhn et Elliott (2003), l'éducation parentale préventive est une intervention bien établie. Il s'agit de l'intervention comportementale la plus recommandée par les experts en raison du rapport coût-efficacité (Kaczor et Skalski, 2016). Elle semble particulièrement pertinente lorsqu'elle s'adresse aux futurs parents et aux parents de nourrissons de moins de six mois (Thomas, Moore et Mindell, 2014). Ceci a également été démontré par Hiscock *et al.* (2014), qui ont conçu une intervention en trois temps chez des nouveau-nés. Les parents ont reçu une brochure et un DVD lorsque leur enfant avait quatre semaines. À l'âge de huit semaines, ils ont bénéficié d'une consultation téléphonique et à treize semaines, ils ont participé à un groupe de parole avec d'autres parents. Deux mesures de suivi ont été organisées lorsque l'enfant avait quatre mois, puis six mois. Les différences sur l'échelle de dépression postnatale d'Edinburg (EDPS) étaient significativement différentes entre les deux mesures de suivi ($d = -0.28$)³. De manière similaire, les doutes des parents du groupe expérimental au sujet du sommeil de leur enfant ont chuté entre le niveau de base et l'âge de six mois ($d = -0.54$). Par comparaison aux parents du groupe contrôle, les parents du groupe expérimental avaient une probabilité significativement moins élevée de dépasser le score de 9 sur l'EDPS (i.e., dépression légère; McCabe-Beane, Segre, Perkhounkova, Stuart et O'Hara, 2016) à 6 mois, et ils étaient moins susceptibles de passer plus de vingt minutes avec leur enfant lors de réveils nocturnes. Toutefois, l'étude de Stremmler *et al.* (2013) amène des réserves quant à l'efficacité de ces programmes

³ Nous avons calculé des tailles d'effet (d de Cohen) en utilisant le lien : https://www.psychometrica.de/effect_size.html

d'éducation parentale préventive. Dans celle-ci, les mères primipares qui ont bénéficié de l'intervention⁴ n'ont pas montré de différence significative avec celle du groupe contrôle sur les mesures du sommeil effectuées à six et à douze semaines post-partum. En revanche, on observe que le score de dépression postnatale (EDPS) a diminué entre le niveau de base et les mesures de suivi effectuées six semaines ($d = -0.19$) et 12 semaines plus tard ($d = -0.46$). Les effets sont encore plus marqués (respectivement $d = -0.92$ et $d = -1.59$) sur la mesure subjective de perturbation du (*General Sleep Disturbance Scale*). De nouvelles études sont ainsi nécessaires pour comprendre dans quels formats cette intervention est la plus efficace.

Format et application des interventions comportementales du sommeil

Décider du format des interventions comportementales du sommeil ne se réduit pas à un choix unique. Les études (Mindell *et al.*, 2006; Sadeh, 2005) rapportent le recours à des approches combinées qui regroupent plusieurs interventions telles que l'éducation préventive parentale ou l'extinction. Bien que ce type d'approche combinée ne permette pas de différencier l'efficacité spécifique des différents types d'interventions comportementales, elles obtiennent des résultats prometteurs en termes d'efficacité (Paine et Gradisar, 2011; Sadeh, 2005).

En outre, aucune étude à l'heure actuelle ne s'est intéressée à l'âge le plus approprié pour appliquer les interventions comportementales. Comme précisé précédemment, la consolidation du sommeil dure en général un an, mais certains auteurs conseillent des interventions comportementales dès l'âge de trois mois (Sadeh, 2005). Cependant, dans leur revue de littérature, certains auteurs (Martin, Hiscock, Hardy, Davey et Wake, 2007; Wake *et al.*, 2006) ne partagent pas cette position et déconseillent l'application d'interventions comportementales du sommeil dans les six premiers mois, puisqu'elles ne permettraient ni de diminuer les pleurs du nourrisson ou de prévenir les problèmes de sommeil plus tard dans l'enfance, ni de favoriser l'allaitement (Douglas et Hill, 2013). En prenant ces éléments en considération, il ressort d'une part que combiner différents types d'interventions comportementales du sommeil peut s'avérer efficace et d'autre part, que le recours à une

intervention comportementale du sommeil avant l'âge de six mois n'est pas recommandé.

Vécu des parents lors d'interventions comportementales du sommeil

Comme il a été mentionné précédemment, les parents rapportent une difficulté à remplir les agendas de sommeil pour évaluer les interventions comportementales du sommeil appliquées à leur enfant (Sadeh, 2005). Lorsque l'intervention n'est pas personnalisée selon la situation familiale et le trouble du sommeil, comme c'est le cas pour certains programmes d'éducation parentale, les parents peuvent montrer un faible engagement pour l'intervention, voire un refus d'application (Mindell *et al.*, 2006). D'autres recherches décrivent les attitudes des parents par rapport aux méthodes de type extinction (e.g., Blunden *et al.*, 2016; Etherton *et al.* 2016). En effet, elles ont rapporté d'importants taux d'abandon lorsque les parents participant à une recherche ont été attribués au groupe de l'extinction (e.g., Rickert et Johnson, 1998; Tse et Hall, 2008). Par exemple, 10% de l'échantillon de Tse et Hall (2008) a quitté l'étude pour des préoccupations éthiques vis-à-vis de la méthode de l'extinction. Il aurait été intéressant d'investiguer davantage ces préoccupations pour mieux comprendre les raisons des abandons. Une piste de réflexion pouvant expliquer ces résistances concerne le risque des réponses de post-extinction, qui sont parfois vécues comme traumatiques par les parents (Blunden *et al.*, 2016). Ces résistances pourraient également être liées à la réapparition spontanée de la réponse problématique (Kuhn et Elliott, 2003), aux inquiétudes des parents à propos des effets à long-terme de l'extinction (Moore, 2012), au stress éprouvé par les parents lors de l'application de l'extinction standard (Mindell *et al.*, 2006; Thomas *et al.*, 2014), ainsi qu'à leur culpabilité lorsqu'ils doivent ignorer les pleurs de leur enfant (Sadeh, 2005).

En plus de ces observations, la revue d'Etherton *et al.* (2016) offre une vision globale des difficultés rencontrées par les parents lors de l'extinction standard, l'extinction graduelle et l'extinction avec présence parentale. Le tableau ci-dessous, repris et synthétisé à partir de cette étude, récapitule les éléments principaux:

⁴ Les mères du groupe expérimental ont participé à une consultation avec une infirmière, ont reçu une brochure et ont bénéficié de trois entretiens téléphoniques à une, deux, et quatre semaines post-partum. Celles du groupe contrôle ont reçu trois

appels téléphoniques sans toutefois recevoir des conseils. L'objectif était uniquement de maintenir le contact en attendant la mesure des résultats.

Tableau 1

Raisons des difficultés évoquées par les parents à l'égard des interventions comportementales du sommeil de type extinction (adapté et traduit de Etherton et al., 2016)

Supporter les pleurs	Les parents interprétant les pleurs de la détresse sont plus susceptibles de ressentir de la honte, la culpabilité et de la colère. Les émotions des parents influencent négativement l'efficacité parentale et augmentent la probabilité de réponses post-extinction.
Considérations pratiques	Appliquer l'extinction peut être problématique lorsque les pleurs de l'enfant dérangent les frères et sœurs. Le rythme de travail des parents et les conditions de logement (e.g., chambre partagée) peuvent aussi rendre cette méthode irréalisable.
Peur des répercussions	Certains parents craignent des conséquences négatives dues aux pleurs prolongés. La littérature diverge sur ce sujet: certains chercheurs (Blunden <i>et al.</i> , 2011; Douglas et Hill, 2013) signalent l'existence d'effets secondaires négatifs tandis que d'autres les démentent (Hiscock, Bayer, Hampton, Ukoumunne et Wake, 2008; Price, Wake, Ukoumunne et Hiscock, 2012).
Fausse information	Les parents mal informés à propos des méthodes, des risques, des bénéfices des méthodes de type extinction peuvent montrer une résistance et une insatisfaction face à leur implémentation.
Incongruité avec croyances personnelles	Les attitudes et pratiques parentales (e.g., opposées à l'extinction) peuvent être incongrues avec les interventions proposées.
Pratiques culturelles différentes	Comme la plupart des interventions pédiatriques du sommeil sont basées sur la culture occidentale, des conflits portant par exemple sur la pratique du co-sommeil peuvent émerger.
Bien-être parental	Les parents ressentant une grande fatigue, de l'anxiété ou du stress, peuvent ne pas être en mesure d'appliquer le protocole.

Ces observations soulignent non seulement le rôle essentiel des parents lors des interventions comportementales du sommeil de leur enfant, mais elles permettent également de mettre en lumière les difficultés évoquées par les parents ainsi que les limites de l'application de ces interventions.

Bénéfices secondaires des interventions comportementales du sommeil

Les interventions comportementales du sommeil ont des conséquences positives sur les enfants présentant des troubles du sommeil et sur leurs parents. La littérature rapporte une amélioration du sommeil des parents, de leur bien-être, de la satisfaction conjugale et une diminution du stress (Moore et Mindell, 2013). La majorité des études qui relèvent ces bénéfices secondaires se sont basées sur des programmes d'éducation parentale (e.g., Hall *et al.*, 2015; Hiscock et Wake, 2002). Dans leur étude à essais randomisés contrôlés, Hall *et al.* (2015) ont recrutés 235 familles dont l'enfant (âgé entre six mois et huit mois) présentait un trouble comportemental du sommeil. Pour les groupes contrôle et expérimental, l'intervention prenait la forme d'une présentation par une infirmière, suivie d'appels téléphoniques bihebdomadaires pendant deux semaines de la part de l'infirmière pour approfondir certains concepts présentés et fournir un

accompagnement. La présentation pour le groupe contrôle portait sur les risques de sécurité avec les jeunes enfants (e.g., syndrome du bébé secoué). Le groupe expérimental assistait à une présentation qui abordait des thèmes comme les effets d'un sommeil perturbé sur le nourrisson et les parents ou encore l'importance des routines du coucher. Avant le début de l'intervention et six semaines après sa fin, les parents ont rempli des questionnaires portant sur la dépression, la qualité de sommeil, la fatigue et les cognitions liées au sommeil⁵. Les parents du groupe expérimental montrent une diminution significative de la fatigue et de leurs réveils nocturnes (respectivement $d = -0.94$ et $d = -0.52$) et des cognitions négatives au sujet du sommeil (portant sur les doutes, la colère, la sécurité, les limites et l'alimentation (d allant de -0.44 à -0.73), ainsi qu'une amélioration de l'humeur ($d = -0.53$), de la qualité du sommeil ($d = -0.72$). Les trois derniers effets se distinguent significativement de ceux observés sur le groupe contrôle.

Une intervention comportementale par internet, le *Customized sleep profile* a aussi montré des bénéfices secondaires (Mindell *et al.*, 2011). En se basant sur une version élargie du *Brief Infant Sleep Questionnaire*, cet outil fournit aux parents trois types d'informations. Premièrement, il compare le sommeil de l'enfant par

⁵ Les cognitions liées au sommeil se réfèrent aux croyances, attentes, et interprétations des parents au sujet du sommeil de leur enfant. Elles sont

considérées comme influençant les interactions parents-enfant et le rythme de sommeil de l'enfant (Hall *et al.*, 2015).

rapport aux enfants du même âge. Deuxièmement, il attribue une note au sommeil de l'enfant (i.e., excellent, bon, perturbé). Troisièmement, dans une démarche similaire aux programmes d'éducation parentale, il donne aux parents des conseils (e.g., développer une routine du coucher bien établie). Les auteurs ont montré des améliorations du sommeil maternel dans le groupe expérimental en termes de durée, d'efficacité et de qualité totale du sommeil par rapport à leur propre niveau de base et par rapport au groupe contrôle. Une étude a montré un gain de sommeil de 57 minutes chez les mères ayant suivi une intervention préventive après la naissance de leur enfant (Stremler *et al.*, 2006).

Cependant, une revue systématique de la littérature centrée sur les effets des interventions comportementales du sommeil (regroupant l'extinction standard, l'extinction graduelle, l'extinction avec présence parentale, le délai du coucher avec coût de la réponse et période d'alimentation) durant les six premiers mois (Douglas et Hill, 2013) montre qu'elles ne permettent pas de prévenir la dépression postpartum et risque de provoquer un arrêt prématuré de l'allaitement. Ces résultats rejoignent les études qui ne recommandent pas le recours à une intervention comportementale du sommeil avant l'âge de six mois.

Les bénéfices des interventions comportementales semblent donc varier d'une recherche à l'autre et en fonction de l'âge de l'enfant. Il est donc essentiel de vérifier l'âge recommandé pour chaque intervention comportementale. Alors que la plupart des études sont en faveur des interventions comportementales du sommeil et énumèrent leurs bénéfices sur l'enfant et ses parents (Kuhn et Elliott, 2003; Moore, 2012; Paine et Gradisar, 2011), d'autres études émettent des doutes sur leurs bénéfices (Byars et Simon, 2016; Douglas et Hill, 2013), et suggèrent que les conclusions des autres études sont limitées et méritent d'être questionnées davantage à l'avenir.

Critiques de la littérature sur les interventions comportementales du sommeil

MANQUE DE SUIVI

De manière unanime, la littérature déplore le manque de suivi des effets des interventions comportementales du sommeil après la fin du traitement. Seules 5% des études ont réalisé un suivi du traitement plus d'un an après la fin de l'intervention (Mindell *et al.*, 2006). Une rechute est fréquente après un traitement de courte durée, et une réponse positive à ce traitement n'est pas forcément signe de durabilité (Sadeh, 2005). Un suivi systématique à long-terme permettrait donc de s'intéresser plus directement à la potentielle rechute.

DEBAT SUR LES METHODES DE TYPE EXTINCTION

Récemment, des auteurs (e.g., Blunden *et al.*, 2011; Douglas et Hill, 2013) ont contesté les méthodes de type extinction, pourtant reconnues comme efficaces. Leurs

études s'appuient sur des arguments étayés sur les plans éthique, moral, social et développemental. Les travaux de Blunden, Etherton et Hauck (e.g., Blunden *et al.*, 2011; Blunden *et al.*, 2016) reviennent souvent lorsque sont mentionnées des positions opposées aux interventions comportementales de type extinction (standard, graduelle, avec présence parentale). Dans leur revue de littérature, Blunden *et al.* (2016) rapportent que les méthodes de type extinction ont montré une amélioration des troubles du sommeil (e.g., Hiscock *et al.*, 2008). Ceci indique que le débat sur ces interventions comportementales du sommeil dépasse la question de leur efficacité. En effet, la controverse porte sur les résistances des parents vis-à-vis de ces méthodes et en particulier les méthodes de type extinction, comme expliqué précédemment (Tableau 1). D'autres études (Blunden *et al.*, 2011; Etherton *et al.*, 2016) soutiennent que laisser pleurer un nourrisson est moralement inacceptable car cela équivaut à ignorer ses besoins. En effet, en plus d'être un moyen de communication innée, ils déclarent que les pleurs permettent d'alerter les parents. En ignorant les pleurs de leur enfant, les parents supprimeraient sa communication à travers leur aliénation, étant donné qu'ils ne prêtent plus attention à ses comportements.

Face à ces arguments opposés aux méthodes de type extinction, seul un nombre réduit d'études s'est intéressé à clarifier certaines critiques. En faisant un suivi cinq ans après la fin de l'intervention comportementale du sommeil (i.e., méthodes de type extinction), Price *et al.* (2012) n'ont trouvé aucun impact négatif sur l'enfant, la mère, ou encore sur la relation enfant-parent. Ainsi, les auteurs précisent que les parents et les professionnels de la santé peuvent se sentir à l'aise d'utiliser ces techniques pour diminuer les problèmes de sommeil de l'enfant et la dépression maternelle. Dans leur revue de littérature, Byars et Simon (2016) font remarquer que les études critiquant ouvertement l'extinction ne font qu'encourager les parents à se méfier, voire à éviter cette méthode qui a montré des bénéfices importants. Ces auteurs affirment que les possibles effets non-désirables de l'extinction sont minimes et négligeables à côté des nombreux risques dus au non-traitement des troubles du sommeil.

L'analyse des arguments en faveur et opposés aux méthodes de type extinction permet de mettre en évidence plusieurs points d'importance majeure. Tout d'abord, les études soulignent le besoin de remettre en question les interventions reconnues comme efficaces. En effet, la question de l'efficacité n'est parfois pas suffisante pour justifier le recours à une intervention comportementale du sommeil. Ensuite, les résistances qu'éprouvent les parents vis-à-vis des méthodes de type extinction (et en particulier l'extinction standard) doivent être prises au sérieux. Dès lors, la recherche doit investiguer de manière exhaustive ces résistances et plus largement les attitudes, les préconceptions et les inquiétudes des parents. De plus, il faut que les parents soient informés des différentes interventions comportementales du sommeil disponibles

et efficaces. En outre, les professionnels devraient être formés sur la problématique du sommeil chez les enfants, afin d'adopter un rôle de conseiller. Ils doivent être capables de répondre à des questions sensibles sur le plan éthique des parents lorsqu'ils proposent ces interventions afin de les aider à choisir une intervention adaptée à leur mode de vie, croyances et besoins (Byars et Simon, 2016).

IMPORTANCE D'UNE LECTURE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

Il nous paraît important de mentionner une référence qui doit être lue avec précaution. Il s'agit de Narvaez (2011), qui a souvent été mentionnée dans des études sérieuses (e.g., Thomas *et al.*, 2014). Cependant, il ne s'agit pas d'une recherche scientifique mais d'une page internet sans aucune garantie sur la qualité de son contenu. Il est donc étonnant qu'elle serve de caution scientifique pour justifier une position dans ce débat, d'autant plus que l'auteure se sert de résultats peu pertinents sur les risques de la méthode de l'extinction. Par exemple, en s'appuyant sur l'étude de Thomas, Hotsenpiller et Peterson (2007), elle déclare que l'extinction endommage les interconnexions neuronales des enfants, à cause du cortisol déclenché par l'excès de stress. Cependant, après vérification, cette recherche concerne la réaction de rats à des stressseurs (des rats envahisseurs) qui sont bien différents de ceux auxquels serait confrontés l'enfant dans son lit. De plus, l'auteure signale en s'appuyant sur une autre recherche (Henry et Wang, 1998) que lorsque les parents ne répondent pas à ses cris, le bébé apprend à se taire face à la détresse, ce qui n'est pas démontré par l'étude citée en appui. Enfin, sans citer de référence pour étayer cet argument, la même étude pointe du doigt la sensibilité et la réactivité diminuées des parents, pouvant par la suite engendrer des conséquences dramatiques sur la relation parent-enfant. Ainsi, à travers cet exemple, il est important d'insister sur l'importance d'adopter une posture critique lors de la lecture d'articles scientifiques. Il est crucial de vérifier les références citées par les études, même si ces dernières sont sérieuses, et d'examiner les sources sur lesquelles les auteurs construisent leurs arguments, car ces dernières ne sont pas toujours des publications évaluées par les pairs.

Discussion

Tout d'abord, on ne peut nier le soutien empirique que les interventions comportementales du sommeil ont reçu depuis de nombreuses années. Cependant, il est évident qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur l'utilisation des interventions comportementales du sommeil de type extinction puisque toutes les études ne s'entendent pas sur l'efficacité et les effets des interventions. Les opposants à cette méthode contestent les études précédentes en soulevant des limites méthodologiques (e.g., manque de suivi) et des questions jusqu'alors non traitées (e.g., considérations éthiques). La littérature a déjà reconnu certains inconvénients de l'extinction standard, c'est pourquoi d'autres alternatives convenant davantage aux parents (e.g., graduelle) ont été

proposées. Depuis, l'extinction graduelle est généralement prescrite par les professionnels (Moore, 2012).

Néanmoins, les critiques actuelles dépassent ce débat datant de plusieurs décennies et s'intéressent à de nouvelles questions ayant des implications pratiques et théoriques (Etherton *et al.*, 2016). Ces positions suggèrent l'existence d'effets secondaires nuisibles qui touchent notamment le développement neuronal et psychosocial de l'enfant (Blunden *et al.*, 2011; Douglas et Hill, 2013). D'une part, la recherche sur le traumatisme a montré que laisser un bébé pleurer pendant de longues périodes engendre du stress, un retrait et des troubles de l'attachement, et pourrait aussi modifier ses structures neuronales qui impacteraient ses fonctions cognitives et notamment la mémoire (Blunden *et al.*, 2011; Majer, Nater, Lin, Capuron et Reeves, 2010). D'autre part, la méthode de l'extinction compromettrait les relations psychosociales, puisque comme précédemment décrit, les parents ignorant les pleurs de leur enfant supprimeraient sa communication à travers leur aliénation (Blunden *et al.*, 2011). Dès lors, ces positions soulèvent des hypothèses préoccupantes sur des possibles effets à long-terme de l'extinction qui ternissent l'image de cette intervention comportementale du sommeil utilisée comme méthode de prédilection pendant de nombreuses décennies. Cependant, les titres de ces recherches évoquent, à première vue, une approche critique visant à mettre en évidence les effets néfastes des interventions. Paradoxalement, en examinant ces recherches, on remarque non seulement l'absence de critiques négatives, mais surtout une position défensive vis-à-vis de l'extinction. Ainsi, le débat autour de l'extinction n'est pas clos. Les études récentes se divisent en deux camps: celles qui défendent la légitimité et la pertinence de l'extinction, et plus largement, des interventions comportementales du sommeil en s'appuyant sur des données scientifiques, et celles qui s'opposent à l'extinction et qui ouvrent la voie à de nouvelles questions importantes méritant d'être investiguées.

Conclusion

Parmi la multitude d'interventions comportementales du sommeil qui existent à l'heure actuelle, on note des différences en termes de moment d'application, de durée et d'efficacité. Alors que l'extinction standard, l'extinction graduelle et l'éducation parentale préventive remportent la palme d'or de l'efficacité, (Kaczor et Skalski, 2016; Thomas *et al.*, 2014) l'instauration de routines positives et le délai du coucher avec coût de la réponse sont évaluées comme efficaces dans une moindre mesure (Kuhn et Elliott, 2003; Mindell *et al.*, 2006). De nombreuses limites méthodologiques entre les différentes études ont été rapportés comme l'imprécision des techniques de mesure du sommeil et le manque d'études incluant un suivi à moyen et à long terme. Le débat actuel porte sur l'aspect coûts/bénéfices des interventions comportementales du sommeil de type extinction. Certaines études portent sur leurs bénéfices (e.g.,

satisfaction conjugale, dépression maternelle, comportement et humeur de l'enfant) tandis que d'autres études les désapprouvent à cause des effets potentiellement nuisibles sur les plans éthique, moral, social et développemental. D'autres continuent de la défendre, jugeant qu'il ne s'agit que d'hypothèses infondées. Somme toute, en révélant ces désaccords dans les connaissances actuelles, cette revue de littérature a permis d'obtenir une compréhension globale de l'état de cette problématique.

Pour conclure, il est possible de relever quelques limites à cette revue de littérature. Par exemple, elle ne s'est centrée que sur certaines interventions comportementales, uniquement sur la population pédiatrique et que sur les problèmes de consolidation de sommeil (et non sur le délai d'endormissement et les parasomnies). Cependant, cette revue de littérature offre tout de même de nouvelles pistes de recherche et permet de mieux comprendre la complexité et les enjeux du débat à l'égard de l'intervention comportementale du sommeil impliquant l'extinction. Entre autres, la littérature future pourrait se centrer davantage sur des plans longitudinaux permettant de mieux connaître les effets des interventions comportementales du sommeil dans la durée ou viser à améliorer les effets d'autres types d'interventions comportementales (autres que l'extinction) jugées moins efficaces (e.g., routines positives). La littérature pourrait également investiguer les pratiques parentales positives entourant le coucher ainsi que définir l'âge idéal pour mettre en place des interventions comportementales du sommeil en vue de favoriser le sommeil de l'enfant et la qualité de vie de la famille.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Abstract

Sleep problems impact the child's current functioning and future development, as well as the family system (Byars et Simon, 2016; Sadeh, 2005; Stores, 2014). Thus, having appropriate sleep treatments is crucial. This article focuses on several behavioural sleep interventions in order to better assess their efficacy and their limitations. First, the literature reports methodological limitations important to address, which concern the lack of mid- and long-term follow-up to demonstrate their efficacy, and the lack of consensus on the ideal age to implement behavioural sleep interventions. However, different types of behavioural sleep interventions did not receive the same empirical support. This review is in the form of a critical reading guide and highlights two kinds of divergences between studies. On the one hand, these divergences are based on the benefits of the behavioural sleep interventions (in terms of the child's behaviour and mood, and family functioning; Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer et Sadeh, 2006; Rickert et Johnson, 1988). On the other hand, the method of standard sleep extinction is reported as controversial: some studies proved its efficacy whereas studies express their doubts relying on ethical, moral and social frameworks (Blunden, Thompson et Dawson, 2011; Etherton *et al.*, 2016).

Keywords : sleep disorders ; children ; behavioral interventions ; extinction ; efficacy

Références

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.)* (M.A. Crocq et J.-D. Guelfi, Trad.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Blunden, S. L., Thompson, K. R. et Dawson, D. (2011). Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: challenging the status quo. *Sleep medicine reviews*, *15*, 327–334. doi: 10.1016/j.smrv.2010.11.002
- Blunden, S., Etherton, H. et Hauck, Y. (2016). Resistance to cry intensive sleep intervention in young children: Are we ignoring children's cries or parental concerns?. *Children*, *3*, 8. doi: 10.3390/children3020008
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human neurobiology*, *1*, 195–204.
- Byars, K. C. et Simon, S. L. (2016). Behavioral treatment of pediatric sleep disturbance: Ethical considerations for pediatric psychology practice. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *4*, 241. doi: 10.1037/cpp0000149
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. et Haaga, D. A. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist*, *51* (1), 3–16.
- Douglas, P. S. et Hill, P. S. (2013). Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: a systematic review. *Journal of Developmental et Behavioral Pediatrics*, *34*, 497–507. doi: 10.1097/DBP.0b013e31829cafa6
- Dubois-Comtois, K., Pennestri, M. H., Bernier, A., Cyr, C. et Godbout, R. (2019). Family environment and preschoolers' sleep: the complementary role of both parents. *Sleep medicine*, *58*, 114–122. doi: 10.1016/j.sleep.2019.03.002
- Etherton, H., Blunden, S. et Hauck, Y. (2016). Discussion of extinction-based behavioral sleep interventions for young children and reasons why parents may find them difficult. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *12*, 1535–1543. doi: 10.5664/jcsm.6284
- France, K. G. et Blampied, N. M. (2005). Modifications of systematic ignoring in the management of infant sleep disturbance: efficacy and infant distress. *Child et Family Behavior Therapy*, *27*, 1–16. doi: 10.1300/J019v27n01_01
- Gaylor, E. E., Goodlin-Jones, B. L. et Anders, T. F. (2001). Classification of young children's sleep problems: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, *40*, 61–67. doi: 10.1097/00004583-200101000-00017
- Guedeney, A. (2014). *Petite enfance et psychopathologie*. Paris, France: Elsevier Masson.

- Hall, W. A., Hutton, E., Brant, R. F., Collet, J. P., Gregg, K., Saunders, R., et Bhagat, R. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. *BMC pediatrics*, *15*, 1-12. doi: 10.1186/s12887-015-0492-7
- Henry, J.P. et Wang, S. (1998). Effects of early stress on adult affiliative behavior. *Psychoneuroendocrinology*, *23*, 863-875. doi: 10.1016/S0306-4530(98)00058-4
- Hiscock, H. et Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ*, *324* (7345), 1062. doi: 10.1136/bmj.324.7345.1062
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Hampton, A., Ukoumunne, O. C. et Wake, M. (2008). Long-term mother and child mental health effects of a population-based infant sleep intervention: cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics*, *122*, e621-e627. doi: 10.1542/peds.2007-3783
- Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N., Mensah, F., Cann, W., Symon, B. et James-Roberts, I. S. (2014). Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: A randomized trial. *Pediatrics*, *133*, 346-354. doi: 10.1542/peds.2013-1886
- Kaczor, M. et Skalski, M. (2016). Treatment of behavioral sleep problems in children and adolescents-literature review. *Psychiatria polska*, *50*, 571-584. doi: 10.12740/PP/41294
- Kotagal, S. et Pianosi, P. (2006). Sleep disorders in children and adolescents. *British Medical Journal*, *332*, 828-832. doi: 10.1136/bmj.332.7545.828
- Kuhn, B. R. et Elliott, A. J. (2003). Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *Journal of psychosomatic research*, *54*, 587-597. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00061-8
- Lewin, D. S. (2014). Application of cognitive behavioral therapy for insomnia in the pediatric population. *Sleep Medicine Clinics*, *9*, 169-180. doi: 10.1016/j.jsmc.2014.03.003
- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B. et Wake, M. (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics*, *119*, 947-955. doi: doi:10.1542/peds.2006-2569
- Majer, M., Nater, U. M., Lin, J. M. S., Capuron, L. et Reeves, W. C. (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC neurology*, *10*, 1-10. doi: 10.1186/1471-2377-10-61
- McCabe-Beane, J. E., Segre, L. S., Perkhounkova, Y., Stuart, S. et O'Hara, M. W. (2016). The identification of severity ranges for the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*, 293-303. doi: 10.1080/02646838.2016.1141346
- Meltzer, L. J. (2010). Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night wakings in young children, *Behavioral Sleep Medicine*, *8*, 172-189, doi: 10.1080/15402002.2010.487464
- Meltzer, L. J. et Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics of North America*, *58*, 765-774. doi: 10.1016/j.pcl.2011.03.010.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L.J. et Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, *29*, 1263-1276. doi: 10.1093/sleep/29.10.1263
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B. et Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, *32*, 599-606. doi:10.1093/sleep/32.5.599
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N. et Gunn, E. (2011). Efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances. *Sleep*, *34* (4), 451-458.
- Moore, M. (2012). Behavioral sleep problems in children and adolescents. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *19*, 77-83. doi: 10.1007/s10880-011-9282-z
- Moore, M. et Mindell, J. A. (2013). The impact of behavioral interventions for sleep problems on secondary outcomes in young children and their families. In A. R. Wolfson, H. Montgomery-Downs et H.E. Montgomery-Downs (Eds.). *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior* (p. 547-558). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Narvaez, D. (2011). Dangers of "crying it out": damaging children and their relationships for the long-term. *Psychology Today*. Récupéré de <https://www.psychologytoday.com/us/blog/moral-landscapes/201112/dangers-crying-it-out>
- Owens, J. (2019). Behavioral sleep problems in children. Dans A. G. Hoppin (Ed.), *UpToDate*. Récupéré le 6 août 2019, de <https://www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children#H8>.
- Paine, S. et Gradisar, M. (2011). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 379-388. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.008Get
- Petit, D., Paquet, J., Touchette, E. et Montplaisir, J. Y. (2010). « Le sommeil : un acteur méconnu dans le développement du jeune enfant », dans : *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) – De la naissance à 8 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 5, fascicule 2.
- Price, A. M. H., Wake, M., Ukoumunne, O. C. et Hiscock, H. (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: Randomized trial. *Pediatrics*, *peds.2011-3467*. doi: 10.1542/peds.2011-3467

- Rickert, V. I. et Johnson, C. M. (1988). Reducing nocturnal awakening and crying episodes in infants and young children: A comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring. *Pediatrics*, *81* (2), 203-212.
- Sadeh, A., Anders, T.F. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, *14*, 17-34. doi: 10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q
- Sadeh, A. (1994). Assessment of intervention for infant night waking: parental reports and activity-based home monitoring. *Journal of consulting and clinical psychology*, *62*, 63. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.63
- Sadeh, A. (1996). Evaluating night wakings in sleep-disturbed infants: A methodological study of parental reports and actigraphy. *Sleep*, *19*, 757-762. doi: 10.1093/sleep/19.10.757
- Sadeh, A. et Acebo, C. (2002). The role of actigraphy in sleep medicine. *Sleep medicine reviews*, *6*, 113-124. doi:10.1053/smr.2001.0182
- Sadeh, A. (2005). Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, *2*, 612-628. doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.006
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K. et Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*, *18*, 60-73. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x
- Simard, V., Nielsen, T. A., Tremblay, R. E., Boivin, M. et Montplaisir, J. Y. (2008). Longitudinal study of bad dreams in preschool-aged children: prevalence, demographic correlates, risk and protective factors. *Sleep*, *31*, 62-70. doi: 10.1093/sleep/31.1.62
- Stores, G. (2014). *Sleep and its disorders in children and adolescents with a neurodevelopmental disorder: a review and clinical guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stremler, R., Hodnett, E., Lee, K., MacMillan, S., Mill, C., Ongcangco, L. et Willan, A. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial. *Sleep*, *29* (12), 1609-1615. doi: 10.1093/sleep/29.12.1609
- Stremler, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J. et Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial. *BMJ*, *346*, f1164. doi: 10.1136/bmj.f1164
- Thomas, J. H., Moore, M. et Mindell, J. A. (2014). Controversies in behavioral treatment of sleep problems in young children. *Sleep Medicine Clinics*, *9*, 251-259. doi: 10.1016/j.jsmc.2014.02.004
- Thomas, R. M., Hotsenpiller, G. et Peterson, D. A. (2007). Acute psychosocial stress reduces cell survival in adult hippocampal neurogenesis without altering proliferation. *Journal of Neuroscience*, *27*, 2734-2743. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3849-06.2007
- Tikotzky, L. et Sadeh, A. (2001). Sleep patterns and sleep disruptions in kindergarten children. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, *30*, 581-591. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_13
- Tikotzky, L. et Sadeh, A. (2009). Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the first year. *Child Development*, *80*, 860-874. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x
- Touchette, E., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R.E. et Montplaisir, J.Y. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *159*, 242-249. doi: 10.1001/archpedi.159.3.242
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep medicine reviews*, *13*, 355-361. doi:10.1016/j.smr.2008.12.001
- Tse, L. et Hall, W. (2008). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: care, health and development*, *34*, 162-172. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S. et Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics*, *117*, 836-842. doi: 10.1542/peds.2005-0775
- ZERO TO FIVE (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-5)*. Washington, DC: Author

LE NEO-15 : VALIDATION PRÉLIMINAIRE D'UNE VERSION COURTE DU NEO PI-R POUR LES INDIVIDUS AVEC OU SANS TROUBLE MENTAL

Guillaume Fortin¹, Marc Corbière²⁻³, Crystal Samson¹ et Tania Lecomte¹⁻³

¹Université de Montréal, ²Université du Québec à Montréal,

³Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

Au cours des dernières décennies, on a noté un intérêt croissant pour l'évaluation de la personnalité dans les études en santé mentale. De nombreux questionnaires ont été développés pour mesurer la personnalité selon le modèle en cinq facteurs. En vue de répondre au besoin d'une évaluation brève de la personnalité qui soit solide sur le plan psychométrique, des étudiants universitaires (N = 259) et des personnes présentant un trouble mental (N = 141) ont été recrutés. La solution factorielle des versions courtes existantes du NEO PI-R (NEO-FFI, NEO-FFI-R et NEO-60) a été vérifiée et des analyses factorielles confirmatoires nous ont permis de développer et de valider une version plus courte donnant des indices d'ajustement satisfaisants. Le questionnaire final à 15 items, répartis équitablement sur les cinq facteurs, présente une bonne cohérence interne pour chaque facteur de personnalité (alphas supérieurs à .65) et une validité convergente acceptable. Les qualités psychométriques du NEO-15 permettent de conclure à une évaluation adéquate et rapide de la personnalité des individus dans des contextes où le temps d'évaluation est limité.

See end of text for English abstract.

Mots clés : NEO, facteurs de personnalité, big five, trouble mental, validation

Veillez adresser toutes correspondances à :

Tania Lecomte, Ph.D.
Professeure titulaire, Département de psychologie
Université de Montréal
Bur. C-358, 90 avenue Vincent d'Indy,
Pavillon Marie-Victorin, succ Centre-Ville, CP6128
Montréal, Qc, H2C 3J7,
Tél : 514-343-6274
email : tania.lecomte@umontreal.ca

La personnalité comprend les attributs personnels et les tendances individuelles concernant les modèles de comportements, de pensées et d'émotions. Elle est souvent décrite comme une manière d'établir des différences entre les individus (Pervin et John, 1999; Ones, Viswesvaran et Dilchert, 2005). La personnalité a une influence dans plusieurs domaines du fonctionnement (Hopwood *et al.*, 2009; Lysaker et Davis, 2004) en teintant les stratégies d'adaptation utilisées dans une variété de contextes (Lysaker, Bell, Kaplan et Bryson, 1998) et en affectant les perceptions à propos de soi et des autres, ainsi que la manière d'interagir avec son environnement social. Parmi les façons de conceptualiser la personnalité, l'approche des traits de personnalité semble être l'une des plus populaires et des plus utiles pour la recherche (Plaisant *et al.*, 2010). En fait, les traits peuvent être facilement opérationnalisés et plusieurs questionnaires ayant comme objectif de les mesurer ont été développés et peaufinés au cours des dernières décennies.

La conceptualisation des traits de personnalité est enracinée dans l'approche lexicale. Cette approche stipule que les caractéristiques importantes de la personnalité devraient être d'usage commun dans le langage naturel (Allport, 1937). Avec l'intérêt grandissant du modèle des traits de personnalité, de plus en plus de traits ont été conceptualisés et opérationnalisés au fil des années (Plaisant *et al.*, 2010). Les chercheurs se sont donc retrouvés face à de multiples échelles de personnalité avec peu d'assises rationnelles pour choisir celle qui correspond le mieux à leurs intérêts (John et Srivastava, 1999; Plaisant *et al.*, 2010). Dans l'optique de créer une première taxonomie exhaustive des traits de personnalité, le travail de Cattell et collègues (1970) a inspiré plusieurs chercheurs qui ont identifié une structure des traits de personnalité en cinq facteurs, connue sous l'appellation du « Big Five » (Goldberg, 1981). Ces traits du modèle de la personnalité en cinq facteurs (FFM; Digman, 1990) sont appelés « big », car ils sont généraux et englobent plusieurs autres traits plus spécifiques (John et Srivastava, 1999). Ces facteurs généraux sont le névrosisme

(*neuroticism*; N), l'extraversion (*extraversion*; E), l'ouverture à l'expérience (*openness*; O), l'agréabilité (*agreeableness*; A) et l'esprit consciencieux (*conscientiousness*; C).

Jusqu'à ce jour, au moins une douzaine de questionnaires visant à évaluer la personnalité selon ce modèle en cinq facteurs ont été développés. Les formats les plus classiques consistent en des énoncés à coter sur une échelle de Likert en 5 points (de *fortement en désaccord* à *fortement en accord*). La version la plus complète comporte 240 items et permet une description plus raffinée de la personnalité. Cette dernière version s'opérationnalise en présentant un score pour six facettes à chacun des cinq traits de personnalité. En revanche, cette opérationnalisation à plusieurs facettes dans un seul et même trait de personnalité n'est pas respectée dans les versions plus courtes, étant donné notamment un nombre plus restreint d'items.

Bien que leurs propriétés psychométriques soient habituellement plus faibles (McCrae et Costa, 2007), des versions plus courtes ont été développées pour des raisons pragmatiques, la plus importante étant la contrainte de temps (McCrae et Costa, 2007). Les versions plus courtes nécessitant habituellement un temps de passation plus court. Elles sont ainsi plus adéquates dans leur utilisation auprès des personnes ayant des difficultés de lecture et de compréhension (McCrae et Costa, 2007), ou encore ayant des difficultés cognitives (p.ex., problèmes d'attention), comme les personnes ayant des troubles mentaux (p. ex., la schizophrénie; Suwa, Matsushima, Ohta et Mori, 2004). Plusieurs chercheurs considèrent maintenant la personnalité comme un facteur important méritant d'être étudié dans le cadre de l'évaluation des personnes avec un trouble mental, par exemple dans le contexte d'études de psychothérapie ou encore de réinsertion socioprofessionnelle (Beauchamp, Lecomte, Lecomte, Leclerc et Corbière, 2011; Fortin, Lecomte et Corbière, 2017; Lysaker et Davis, 2004). Les contraintes financières et temporelles rendent le développement et l'amélioration de mesures brèves d'autant plus pertinents.

Plusieurs questionnaires ont été développés pour évaluer la personnalité selon le « Big Five », mais peu ont été traduits en français et ont fait preuve d'une évaluation psychométrique rigoureuse. De surcroît, peu d'études se sont intéressées à la mesure de la personnalité chez les personnes ayant un trouble mental. Ceci est difficilement compréhensible dans le contexte où il a été démontré que les traits de personnalité demeurent stables malgré la fluctuation des symptômes psychotiques et de psychopathologie générale (Beauchamp, Lecomte, Lecomte, Leclerc et Corbière, 2006; Kentros *et al.*, 1997), sans compter que certains traits de personnalité peuvent prédire l'adhésion au traitement pharmacologique ou psychologique (Lecomte *et al.*, 2008) ou la réponse au traitement psychothérapeutique chez les personnes ayant eu un premier épisode psychotique (Beauchamp *et al.*, 2011). Ces études semblent démontrer l'intérêt des

chercheurs pour les traits de personnalité dans le cadre d'études à plus grand déploiement, notamment dans la prédiction de la réinsertion professionnelle de personnes aux prises avec un trouble mental (Fortin, Lecomte et Corbière, 2017)

Dans le contexte de notre recherche, nous étions particulièrement intéressés par les questionnaires brefs mesurant la personnalité selon le « Big Five » qui pourraient être utilisés avec des échantillons non cliniques et cliniques, comme les personnes ayant un trouble mental. Bien qu'il existe des validations de versions francophones de questionnaires brefs (NEO-FFI, le NEO-FFI-R et le NEO-60), la plupart des indices d'ajustement révélés par les analyses factorielles confirmatoires (AFC) d'Aluja et ses collègues (2005) n'atteignent pas les niveaux généralement reconnus comme acceptables. Même si les niveaux considérés comme acceptables varient selon les auteurs, aucun des indices d'ajustement (p. ex., Comparative Fit Index, CFI) n'atteignait le niveau acceptable de 0,90 (Mueller, 1996), aucun des ratios Chi-carré / degré de liberté (χ^2/dl) n'était inférieur à 2 ou 3 (Byrne, 1989; Hofmann, 1995; Kline, 1998; Ullman, 2001) et aucun des indices RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) n'était en-dessous de 0,05 (Steiger, 1990), bien que certains auteurs considèrent que 0,08 soit acceptable (Browne et Cudeck, 1993). Aluja et ses collègues (2005) ont donc conclu à partir de leur étude réalisée en Suisse et en Espagne que « peu importe la version et le pays, toutes les valeurs pointent vers un ajustement insatisfaisant, sauf pour l'indice RMSEA » (p.598). Eu égard à l'ensemble de ces résultats, les objectifs de l'étude sont les suivants :

1. Évaluer quel questionnaire parmi le NEO-FFI, le NEO-FFI-R et le NEO-60 présente les meilleures solutions factorielles et indices de cohérence interne dans un échantillon non clinique canadien-français (étude 1).
2. Proposer une version brève du questionnaire NEO qui présente des indices d'ajustement et de cohérence interne acceptables ainsi qu'une bonne validité convergente dans ce même échantillon non clinique (étude 1).
3. Confirmer la solution factorielle, la cohérence interne et les indices de validité convergente auprès d'un échantillon clinique composé de personnes avec un trouble mental (étude 2).

Étude 1

Méthode

Participants. Deux cent soixante-huit ($N = 268$) étudiants de l'Université de Montréal ont été recrutés dans cinq départements (ergothérapie, psychologie, optométrie, sociologie et études cinématographiques), directement dans les salles de cours. Après avoir fourni un consentement éclairé, ils ont répondu à un court questionnaire socio-démographique ainsi qu'à trois versions brèves du NEO PI-R en français. Afin de réduire le temps d'administration et puisque plusieurs items se

chevauchaient dans deux ou trois de ces versions, un total de 93 items ont été administrés afin d'obtenir tous les items des trois questionnaires. Neuf participants ont été retirés avant les analyses, car ils avaient omis de répondre à plus de 9 items (plus de 10% de données manquantes). Quarante-deux pour cent (82%) des 259 participants restants étaient des femmes, 84% parlaient le français comme langue maternelle, 81% étaient célibataires et la moyenne d'âge était de 23,2 ans ($\bar{E}-T = 5,3$).

Mesures

NEO-FFI. Le NEO-FFI (Costa et McCrae, 1989) est un questionnaire d'auto-évaluation qui vise à mesurer les cinq traits du « Big Five ». Il comporte 60 items sélectionnés parmi les 240 du NEO-PI-R (Costa et McCrae, 1985). Les réponses des participants sont fournies sur une échelle de type Likert en cinq points (de *fortement en désaccord* à *fortement en accord*). Une étude menée par Rolland et ses collègues (1998) sur la version francophone de ce questionnaire a montré des indices de cohérence interne variant de 0,62 à 0,84 dans un échantillon de 447 étudiants universitaires. L'étude d'Aluja et ses collègues (2005) a rapporté des indices allant de 0,71 à 0,85 dans un échantillon de 1090 adultes francophones.

NEO-FFI-R. Le NEO-FFI-R est également un questionnaire à 60 items constitué à partir de la banque d'items du NEO-PI-R. Lorsque comparé au NEO-FFI (McCrae et Costa, 2004b), ce nouveau questionnaire a démontré des améliorations modestes en ce qui concerne la fidélité et la solution factorielle. Aluja et ses collègues (2005) ont rapporté des indices de cohérence interne oscillant entre 0,70 à 0,83 pour la version francophone.

NEO-60. Le NEO-60 a été développé par Aluja et ses collègues (2005). Des analyses factorielles exploratoires ont montré une solution factorielle légèrement supérieure pour le NEO-60 lorsque comparé au NEO-FFI et au NEO-FFI-R pour les versions françaises et espagnoles. Dans leur échantillon d'adultes francophones, les indices de cohérence interne variaient de 0,78 à 0,87.

Analyses et déroulement. Étant donné le grand nombre de résultats soutenant la solution factorielle du « Big Five » et les faibles indices d'ajustement retrouvés dans une étude précédente sur les mêmes questionnaires (Aluja *et al.*, 2005), l'objectif de notre étude était de valider des versions brèves du NEO-PI-R en utilisant des AFC. Toutes les AFC ont été effectuées à l'aide du logiciel EQS (Bentler, 1995), alors que les autres analyses ont été réalisées à l'aide du progiciel *IBM SPSS Statistics* version 20.0. Les trois étapes suivantes ont été réalisées:

1. Des AFC ont été effectuées sur les solutions factorielles des trois questionnaires afin de vérifier si l'une d'entre elles se démarquait et atteignait des indices d'ajustement acceptables. Afin de contrecarrer l'éventuelle violation de la normalité des données de

l'échantillon, nous avons utilisé la méthode de vraisemblance maximale (Bentler, 1995; Hu et Bentler, 1999) avec tous les facteurs corrélés.

2. Les tests de Wald et du multiplicateur de Lagrange (*Lagrangian Multiplier*) (Bacher, 1987; Bentler, 2000) ont été utilisés en vue d'améliorer les indices d'ajustement. Les items avec les plus faibles saturations à leur facteur respectif ont été retirés un à un du questionnaire jusqu'à ce que tous les indices d'ajustement soient optimisés. A titre indicatif, Corbière (sous presse, p. 730) indique que *Le test de Wald permet d'évaluer l'effet du rejet d'un paramètre à estimer (p. ex. la corrélation entre deux variables ou deux facteurs ou deux erreurs de mesure) sur le modèle hypothétique. Le multiplicateur de Lagrange consiste à évaluer l'effet de l'ajout d'un paramètre à estimer sur le modèle hypothétique. Autrement dit, d'un mode confirmatoire, il est possible d'explorer de nouveaux chemins empiriques ou encore, d'une démarche hypothético-déductive, il est possible de passer à une démarche heuristique.*

3. La cohérence interne de chaque sous-échelle a été calculée en utilisant l'alpha de Cronbach. Les moyennes et écarts-types ont été calculés et des tests *t* pour échantillons indépendants ont été réalisés afin de révéler des différences éventuelles entre les sexes. Des corrélations ont été calculées afin d'évaluer la validité convergente et d'éventuels effets de l'âge.

Résultats

Analyses factorielles confirmatoires. Le tableau 1 présente les résultats des AFC réalisées sur les trois questionnaires aux trois différentes étapes. La première étape consistait à faire les AFC sur le NEO-FFI, le NEO-FFI-R et le NEO-60. Tel qu'indiqué, tous les χ^2/dl étaient inférieurs à 2, tous les RMSEA étaient inférieurs à 0,08 alors que les NNFI (*non-normed fit indexes*) et les indices CFI étaient loin d'un coefficient de 0,90 reconnu comme acceptable (voir l'introduction pour une spécification des seuils). La deuxième étape a consisté à utiliser les tests de Wald et du multiplicateur de Lagrange afin d'ajuster le modèle. Étant donné que le NEO-FFI-R a montré les indices d'ajustement les moins robustes à l'étape 1, il a été exclu des étapes suivantes. Après avoir retiré huit items de chaque sous-échelle des questionnaires restants, le NEO-FFI et le NEO-60 ont atteint un χ^2/dl et des indices RMSEA adéquats, mais seul le NEO-60 a atteint des indices NNFI et CFI acceptables. Le NEO-60 a donc été sélectionné pour une troisième étape visant à optimiser les indices d'ajustement. Un item supplémentaire a été retiré pour chaque sous-échelle lors de cette étape finale. Chaque trait de la version finale du NEO-60 comporte trois items qui couvrent deux facettes différentes, à l'exception de l'agréabilité qui couvre seulement une facette (la droiture), pour un total de 15 items. La figure 1 présente les coefficients de saturation de chaque item à son facteur avec le numéro de l'item du NEO-PI-R correspondant.

Tableau 1

Indices d'ajustement des questionnaires aux différentes étapes d'analyse

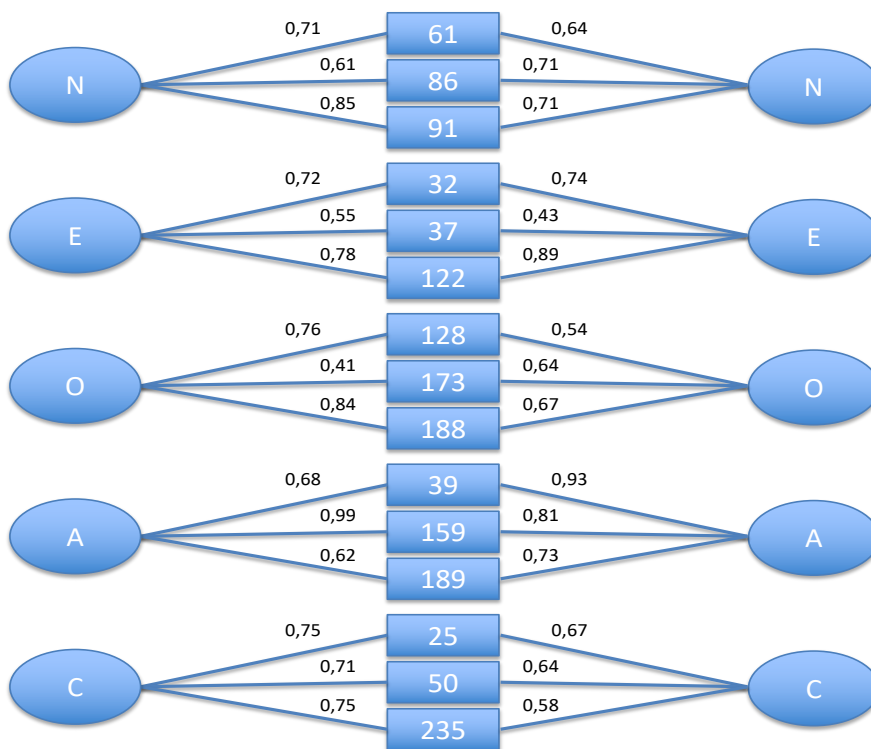
Questionnaire (étape)	χ^2	<i>dl</i>	χ^2/dl	RMSEA	NNFI	CFI
NEO-FFI (1)	2860,48	1700	1,68	0,051	0,64	0,65
NEO-FFI-R (1)	2974,21	1700	1,75	0,054	0,61	0,62
NEO-60 (1)	3051,46	1700	1,79	0,056	0,65	0,66
NEO-FFI (2)	291,34	163	1,79	0,055	0,87	0,89
NEO-60 (2)	278,77	167	1,67	0,051	0,91	0,92
NEO-60 (3)^a	108,03	89	1,21	0,029	0,98	0,98

Note. Tous les facteurs corrélés à l'étape 1, certains facteurs corrélés aux étapes 2 et 3. *dl* = degrés de liberté; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; NNFI = Non-Normed Fit Index; CFI = Comparative Fit Index.

^a Cette solution finale correspond aux indices d'ajustement du NEO-15.

Figure 1

Analyses factorielles confirmatoires (gauche = étude 1, droite = étude 2). Les nombres dans la section centrale correspondent aux numéros d'item du NEO PI-R.



Analyses descriptives, effets du sexe et de l'âge et validité convergente. Les scores pour chaque facteur du questionnaire final à 15 items peuvent varier de 3 à 15. Les moyennes, les écarts-types et les différences selon le sexe sont présentées dans le tableau 2. Aucun effet de l'âge n'a été observé, mis à part pour l'ouverture à l'expérience, $r(256) = 0,25, p < .01$. Quoiqu'il semble y avoir un effet du sexe, celui-ci ne peut être interprété ni généralisé vu la faible proportion d'hommes dans cet échantillon (18%). Les alphas de Cronbach du questionnaire final étaient de 0,69 pour l'ouverture à l'expérience, 0,71 pour l'extraversion, 0,76 pour le névrosisme, 0,78 pour l'esprit consciencieux et 0,80 pour l'agréabilité. Comme on peut le voir dans le tableau 3, toutes les corrélations entre les facteurs du NEO-15 et leurs homologues des versions à 60 items se situent entre 0,66 et 0,90 ($p < 0,01$), sauf pour l'agréabilité avec des corrélations entre 0,43 et 0,71 ($p < 0,01$). Les corrélations avec les mesures homologues, se situant presque toutes entre .60 et .90, indiquent une bonne validité de convergence (Corbière et Fraccaroli, 2014).

Étude 2

Méthode

Participants. Cent quarante et un ($N = 141$) participants ayant un trouble mental ont été recrutés dans le cadre d'une recherche plus large menée dans le but d'évaluer une intervention basée sur la thérapie cognitive-comportementale de groupe (Lecomte, Corbière et Lysaker, 2014; Lecomte, Lysaker et Corbière, 2009) dédiée à des individus participant à un programme de soutien à l'emploi. Les personnes étaient contactées par le biais de leur conseiller en emploi.

Mesures. Parmi d'autres questionnaires et entrevues, les participants ont répondu à un questionnaire socio-démographique, au «*Structured Clinical Interview for DSM-IV-R Axis I Disorders*» (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997) pour confirmer le diagnostic et au même ensemble de 93 items (NEO-FFI, NEO-FFI-R, NEO-60) relatifs aux traits de personnalité administrés dans l'étude 1.

Tableau 2

Statistiques descriptives et différences entre les sexes (étude 1)

Facteur du NEO-15	Moyenne (ET) Total ($N = 259$)	Moyenne (ET) Femmes ($n = 213$)	Moyenne (ET) Hommes ($n = 46$)	<i>t</i>
N	9,6 (2,81)	9,8 (2,83)	8,6 (2,53)	2,56*
E	12,0 (1,91)	12,0 (1,98)	12,0 (1,56)	0,01
O	9,1 (2,77)	9,0 (2,76)	10,0 (2,68)	2,33*
A	11,9 (2,40)	12,1 (2,27)	10,8 (2,72)	3,01**
C	11,2 (2,66)	11,4 (2,54)	10,5 (3,08)	1,83

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

Tableau 3

Corrélations entre les facteurs du NEO-15 et leur facteur correspondant aux questionnaires à 60 items (étude 1)

Facteur du NEO-15	NEO-FFI	NEO-FFI-R	NEO-60
N	0,81	0,81	0,80
E	0,66	0,68	0,75
O	0,84	0,84	0,84
A	0,43	0,58	0,71
C	0,83	0,82	0,90

Note. Toutes les corrélations significatives à $p < 0,01$

Analyses et déroulement. Une AFC (méthode de vraisemblance maximale) a été réalisée sur la version courte retenue à l'étude 1. Des alphas de Cronbach, des tests *t* pour échantillons indépendants, des corrélations entre les facteurs du NEO-15 et les facteurs correspondants des NEO-FFI, NEO-FFI-R et NEO-60 ainsi que des corrélations entre l'âge et les facteurs du NEO-15 ont aussi été calculés.

Résultats

Les caractéristiques socio-démographiques et diagnostiques des participants sont présentées dans le tableau 4. L'âge moyen des participants était de 37 ans ($\bar{E}-T = 11,1$). Outre une légère différence entre les sexes pour le névrosisme (plus élevé pour les femmes), aucune différence n'a été décelée. Les indices d'ajustement étaient légèrement moins solides que ceux obtenus dans l'étude 1 avec un χ^2/dl de 1,57, un RMSEA de 0,064, un NNFI de 0,88 et un CFI de 0,90. Tous ces indices respectaient ou s'approchaient des seuils communément

acceptés (voir introduction). La figure 1 présente les coefficients de saturation pour chaque item au facteur qui lui est désigné. Les moyennes et écarts-types obtenus à partir du deuxième échantillon (étendue de 3 à 15) sont présentés dans le tableau 5. Aucun effet de l'âge n'a été trouvé. Les alphas de Cronbach étaient de 0,65 pour l'ouverture à l'expérience, 0,66 pour l'esprit consciencieux, 0,69 pour l'extraversion, 0,74 pour le névrosisme et 0,86 pour l'agréabilité. Les corrélations entre les facteurs du NEO-15 et leurs homologues des questionnaires à 60 items variaient entre 0,69 et 0,90 et étaient significatives à $p < 0,01$, suggérant une bonne validité de convergence (Corbière et Fraccaroli, 2014).

Dans l'ensemble, on observe dans la figure 1 que pour chaque échantillon, les indices de saturation des trois items au facteur désigné sont d'un même ordre de grandeur. Quoique les indices ne soient pas identiques pour les deux échantillons, il semble y avoir une tendance de saturation similaire dans les deux échantillons.

Tableau 4

Caractéristiques des participants (Étude 2 – N = 141)

Variables	n (%)
Sexe	
Femme	52 (37,4)
Homme	87 (62,6)
Langue maternelle	
Français	105 (76,1)
Anglais	12 (8,7)
Autres	21 (15,2)
État civil	
Célibataire	110 (80,3)
Marié / en relation	13 (9,5)
Divorcé / veuf	14 (10,2)
Diagnostic principal	
Trouble psychotique	80 (65,6)
Trouble bipolaire	23 (18,9)
Trouble dépressif majeur	17 (13,9)
Autre trouble	2 (1,6)

Note. Le nombre total de participants peut être inférieur à 141 étant donné la présence de données manquantes.

Tableau 5*Statistiques descriptives et différences entre les sexes (Étude 2)*

Trait du NEO-15	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	<i>t</i>
	Total (<i>N</i> = 141)	Femmes (<i>n</i> = 52)	Hommes (<i>n</i> = 87)	
N	9,4 (2,96)	10,1 (3,07)	9,0 (2,86)	2,12*
E	10,9 (2,59)	11,1 (2,44)	10,9 (2,64)	0,46
O	10,4 (2,53)	10,6 (2,64)	10,3 (2,47)	0,67
A	11,7 (2,73)	12,1 (2,31)	11,5 (2,95)	1,44
C	10,7 (2,46)	10,5 (2,63)	10,8 (2,37)	0,56

* $p < 0,05$.

Discussion

Alors que le modèle de personnalité du « Big Five » a fait l'objet d'abondantes recherches dans les dernières décennies (Aluja *et al.*, 2005; Borkenau et Ostendorf, 1990; Parker, Bagby et Summerfeldt, 1993), cette étude démontre que la solution factorielle d'une majorité des questionnaires brefs existants ne sont pas sans faille lorsque scrutés sous la loupe des AFC. En effet, les résultats montrent qu'aucun des questionnaires évalués (NEO-FFI, NEO-FFI-R ou NEO-60) ne présente des indices d'ajustement acceptables, notamment pour les indices NNFI et CFI.

À la suite d'une analyse fine et des correctifs apportés, cette étude présente une nouvelle version du questionnaire NEO, le NEO-15 (version à 15 items). En plus de présenter une solution factorielle qui respecte les normes communément acceptées pour différents indices d'ajustement, le NEO-15 a une bonne validité convergente telle que démontrée par des corrélations élevées et statistiquement significatives avec des versions de questionnaires NEO analogues. Le NEO-15 démontre également une bonne cohérence interne pour l'ensemble des cinq facteurs, et ce, même si chaque facteur n'est constitué que de trois items. À notre connaissance, le NEO-15 est la première version du questionnaire NEO à dégager une solution factorielle adéquate autant pour un échantillon clinique que non clinique (étudiants). C'est aussi la première version du questionnaire à démontrer sa pertinence auprès des personnes ayant un trouble mental. En effet, les χ^2/dl de 1,21 et de 1,57 étaient sous le seuil de 2 ou 3 (Byrne, 1989; Hofmann, 1995; Kline, 1998; Ullman, 2001), les RMSEA de 0,029 et de 0,064 étaient aussi sous le seuil de 0,08 (Browne et Cudeck, 1993), le NNFI était au-dessus du seuil de 0,90 (Hu et Bentler, 1995) dans l'étude 1 (0,98) et légèrement plus bas (0,88) dans l'étude 2 et, enfin, le CFI était d'au moins 0,90 dans les deux études (Mueller, 1996). Considérant qu'Aluja et ses collègues (2005) ont obtenu un χ^2/dl supérieur à 4 et un CFI inférieur à 0,70 avec leurs trois versions à 60 items du NEO PI-R, nous pouvons conclure que le NEO-15 présente des améliorations importantes.

Bien que ces résultats ne représentent que les premières étapes d'une validation plus complète du NEO-15, il y a de bonnes raisons de croire que cette nouvelle version du questionnaire pourrait aussi être utilisée dans d'autres contextes linguistiques et culturels, ainsi qu'auprès d'autres échantillons cliniques. En effet, des décennies de recherche interculturelle ont démontré que le modèle de personnalité du « Big Five » pouvait être considéré comme fidèle, valide et utile dans une variété de contextes, de cultures et de langues (Aluja *et al.*, 2005; McCrae et Costa, 2004a, 2004b; Plaisant *et al.*, 2010) et auprès de personnes de différents groupes d'âge (McCrae et Costa, 2007).

La limite la plus importante de cette étude est l'homogénéité relative des participants de l'échantillon utilisé dans l'étude 1 en termes d'âge, de sexe, et de niveau de scolarité. En effet, la plupart des participants étaient des femmes dans la vingtaine poursuivant des études universitaires. Même si nous avons tenté de recruter des participants dans le plus grand nombre de départements universitaires possible, il n'est pas exclu que différents échantillons de participants puissent produire des patrons de réponse différents qui modifieraient la solution factorielle du NEO-15.

Une autre des limites de cette étude est la taille des deux échantillons. Bien qu'il n'y ait pas de consensus entre les auteurs sur le nombre d'observations nécessaires afin de mener une analyse factorielle (Sivo, Fan, Witt et Willse, 2006), nous avons suivi les normes de Comrey et Lee (1992) en utilisant un premier échantillon d'un minimum de 200 personnes. Puisque notre deuxième étude a été réalisée avec l'intention de confirmer les résultats de l'étude 1, nous avons utilisé des lignes directrices moins contraignantes, notamment un ratio de cinq participants par item (Gorsuch, 1983; Hatcher, 1994). Il est toutefois vrai que la robustesse de nos résultats aurait été améliorée en utilisant des critères plus sévères, comme une taille d'échantillon de 300 participants et plus (Comrey et Lee, 1992) ou un ratio de dix participants par item administré (Schreiber, Nora, Stage, Barlow et King, 2006).

Bien que nous souhaitions couvrir un maximum de facettes pour chaque trait de personnalité à trois items du NEO-15, force est de constater que quatre ou cinq facettes ne sont pas représentées dans chaque facteur. En effet, trouver le bon équilibre entre une couverture adéquate du contenu et le temps de passation des outils de mesure implique de faire des compromis difficiles (Makransky, Mortensen et Glas, 2013). De plus, le trait agréabilité montre des résultats un peu moins forts que les autres traits au niveau des corrélations avec les mesures homologues. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une seule facette, soit la droiture (« straightforwardness »), est mesurée par les trois items retenus alors que les autres traits de personnalité couvrent deux facettes dans cette nouvelle version brève. Nous devons souligner que la plupart des mesures brèves du « Big Five » ne présentent pas une validité de contenu parfaite (c'est-à-dire six facettes par facteur). En ce sens, même si le NEO-60 compte 12 items par facteur, seulement trois ou quatre facettes sont couvertes.

Bien que ces résultats soient prometteurs, il est important de garder à l'esprit qu'ils ne représentent qu'une validation préliminaire du NEO-15. En effet, en plus de la nécessité de répliquer cette étude de validation avec des échantillons plus grands et plus hétérogènes, d'autres propriétés psychométriques nécessitent également d'être vérifiées, comme la fidélité test-retest, ainsi que la validité discriminante avec d'autres construits pertinents.

En conclusion, le NEO-15 est un questionnaire bref, robuste et pertinent auprès de populations cliniques et non cliniques. Les résultats des présentes études ont démontré que même des versions brèves des questionnaires NEO peuvent présenter de bonnes propriétés psychométriques, sans dénaturer leurs assises conceptuelles. Le NEO-15 peut être d'un intérêt particulier pour les études auprès des personnes dont les capacités attentionnelles sont faibles, comme les personnes ayant un trouble mental, lorsque le temps d'évaluation est limité ou encore quand la personnalité n'est pas la cible principale de l'évaluation. En effet, tous les individus n'ont pas les ressources personnelles nécessaires pour remplir de très longs questionnaires. De plus, les projets de recherche et les institutions souhaitent souvent des évaluations rapides et concises sans nuire à la qualité d'analyse et d'interprétation. Même si des études de réplication sont nécessaires, le NEO-15 se montre un outil prometteur avec l'avantage d'être facile à compléter et à analyser.

Abstract

Over the last decades, there has been an increased interest in efficiently assessing personality factors as potential predictors for outcome studies of people with a mental disorder. Many questionnaires have been developed to measure personality according to the Five-Factor Model. In wishing to address the need for a short and psychometrically sound personality assessment, a sample ($N = 259$) of university students and 141 individuals with a mental illness were recruited. The factor structure of existing short versions of the NEO PI-R (NEO-FFI,

NEO-FFI-R and NEO-60) was verified and confirmatory factor analyses enabled us to develop and validate a shorter version that yielded acceptable fit indices. The final 15-item questionnaire, with five equally distributed factors, showed good internal consistency (alphas above .65) and convergent validity. The good psychometric properties of the NEO-15 makes it well suited to measure personality in time-limited settings.

Keywords: NEO, personality factors, big five, mental disorder, validation

Références

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Aluja, A., Garcia, O., Rossier, J. et Garcia, L. F. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in Swiss and Spanish samples. *Personality and Individual Differences*, 38 (3), 591-604. doi:10.1016/j.paid.2004.05.014
- Bacher, F. (1987). Les modèles structuraux en psychologie. Présentation d'un modèle : LISREL. *Le Travail Humain*, 50, 347-368.
- Beauchamp, M.-C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C. et Corbière, M. (2006). Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophrenia Research*, 85 (1-3), 162-167. doi:10.1016/j.schres.2006.03.026
- Beauchamp, M.-C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C. et Corbière, M. (2011). Personality traits in early psychosis: Relationship with symptom and coping treatment outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 5 (1), 33-40. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00198.x 21272273
- Bentler, P. M. (1995). *EQS Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P. M. (2000). *EQS 6 structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- Borkenau, P. et Ostendorf, F. (1990). Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: A study on the 5-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 11 (5), 515-524. doi:10.1016/0191-8869(90)90065-Y
- Browne, M. W. et Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen et J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B. M. (1989). *Primer of LISREL: Basic Applications and Programming for Confirmatory Factor Analytic Models*. New York, NY: Springer Verlag.
- Corbière, M. (2020). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires : Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp.715-750). Chapitre 25. Presses de

- l'Université du Québec (PUQ), Québec. Deuxième édition.
- Cattell, R. B., Eber, H. W. et Tatsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL: IPAT.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2014) La conception, la validation et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure. Des exemples en santé mentale. Chapitre 24. In M. Corbière et N. Larivière *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Québec : Presse de l'Université du Québec, pp.577-624.
- Comrey, A. L. et Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T. et McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. et McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (1997). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fortin, G., Lecomte, T. et Corbière, M. (2017). Does personality influence job acquisition and tenure in people with severe mental illness enrolled in supported employment programs? *Journal of Mental Health*, 26 (3), 248-256. doi: 10.1080/09638237.2016.1276534
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 2, pp. 141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS® system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, N.C.: SAS Institute, Inc.
- Hofmann, R. (1995). Establishing factor validity using variable reduction in confirmatory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 572-582. doi:10.1177/0013164495055004005
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Ansell, E. B., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Markowitz, J. C., Gunderson J. G., Yen, S., Shea, M. T. et Skodol, A. E. (2009). The convergent and discriminant validity of five-factor traits: Current and prospective social, work, and recreational dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 23 (5), 466-476. doi:10.1521/pedi.2009.23.5.466
- Hu, L. T. et Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hu, L. T. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- John, O. P. et Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin et O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-139). New York: Guilford Press.
- Kentros, M., Smith, T. E., Hull, J., McKee, M., Terkelsen, K. et Capalbo, C. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: A pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (9), 549-555. doi:10.1097/00005053-199709000-00003
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lecomte, T., Corbière, M. et Lysaker, P. H. (2014). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour les personnes suivies dans le cadre d'un programme de soutien en emploi (TCC-SE). *L'Encéphale*, 40(S2), S81-S90. doi:10.1016/j.encep.2014.04.005
- Lecomte, T., Lysaker, P. et Corbière, M. (2009). *TCC-SE : Thérapie cognitive-comportementale pour le soutien à l'emploi (manuel du participant)*.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C. et Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102, 295-302. doi:10.1016/j.schres.2008.01.024 18295458
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E. et Bryson, G. (1998). Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: The association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Research*, 80 (1), 61-68. doi:10.1016/S0165-1781(98)00049-3
- Lysaker, P. H. et Davis, L. W. (2004). Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (15). doi:10.1186/1477-7525-2-15
- Makransky, G., Mortensen, E. L. et Glas, C. A. W. (2013). Improving personality facet scores with multidimensional computer adaptive testing: An illustration with the NEO PI-R. *Assessment*, 20 (1), 3-13. doi:10.1177/1073191112437756
- McCrae, R. R. et Costa, P. T. (2004a). Consensual validation of personality traits across cultures. *Journal of Research in Personality*, 38 (2), 179-201. doi:10.1016/S0092-6566(03)00056-4
- McCrae, R. R. et Costa, P. T. (2004b). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 587-596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1

- McCrae, R. R. et Costa, P. T. (2007). Brief versions of the NEO-PI-3. *Journal of Individual Differences*, 28 (3), 116-128. doi:10.1027/1614-0001.28.3.116
- Mueller, R. O. (1996). *Basic principles of structural equation modelling: An introduction to LISREL and EQS*. Secaucus, NJ: Springer Verlag.
- Ones, D. S., Viswesvaran, C. et Dilchert, S. (2005). Personality at work: Raising awareness and correcting misconceptions. *Human Performance*, 18 (4), 389-404.
- Parker, J. D. A., Bagby, M. R. et Summerfeldt, L. J. (1993). Confirmatory factor analysis of the revised NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 15 (4), 463-466. doi:10.1016/0191-8869(93)90074-D
- Pervin, L. A. et John, O. P. (1999), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A. et John, O. P. (2010). Histoire des "Big Five" : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 481-486. doi:10.1016/j.amp.2009.04.16
- Rolland, J. P., Parker, W. D. et Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71 (2), 269-291.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. et King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 99 (6), 323-337.
- Sivo, S. A., Fan, X., Witta, E. L. et Willse, J. T. (2006). The search for "optimal" cutoff properties: Fit index criteria in structural equation modeling. *Journal of Experimental Education*, 74 (3), 267-289. doi:10.3200/JEXE.74.3.267-288
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Suwa, H., Matsushima, E., Ohta, K. et Mori, K. (2004). Attention disorders in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58 (3), 249-256. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01227.x
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick et L. S. Fidell (Eds.), *Using Multivariate Statistics* (4th ed., pp. 653-771). Needham Heights, MA: Allyn et Bacon.



LES CARACTERISTIQUES TRANSACTIONNELLES INFLUENÇANT LA QUALITE DE VIE DES PERES D'ENFANTS PRESENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Andréa Belzil, Nathalie Poirier et Émilie Cappe

Université du Québec à Montréal

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental composé de déficits sur le plan de la communication sociale et sur le plan des comportements répétitifs ou d'intérêts restreints. Les pères et les mères composent différemment avec le trouble de leur enfant et puisque ce sont majoritairement les mères qui participent aux études, peu d'informations sont disponibles sur le vécu des pères d'enfants ayant un diagnostic de TSA. Ce projet vise à déterminer le niveau de qualité de vie des pères ayant un enfant présentant un TSA afin de mieux comprendre leur réalité, ainsi que de qualifier l'atteinte de la qualité de vie de ces pères en ciblant les caractéristiques transactionnelles corrélées à celle-ci. Pour ce faire, 49 pères d'enfants présentant un TSA ont rempli cinq questionnaires. Des corrélations significatives, positives et négatives, sont obtenues entre le score global de qualité de vie et les variables transactionnelles. Ainsi, plus les pères voient le diagnostic de leur enfant comme un défi et plus ils ont un sentiment de contrôle quant à l'évolution du développement de leur enfant, meilleure est leur qualité de vie. Plus ils jugent avoir une bonne disponibilité de leur réseau social, moins de répercussions du diagnostic de TSA s'observent sur leur qualité de vie. Cette recherche permet de mieux comprendre cette population sous-représentée, ce qui permet de proposer aux pères des soutiens adaptés à leurs besoins spécifiques.

See end of text for English abstract.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme (TSA), qualité de vie, pères, enfants

Auteur principal : Andréa Belzil
andrea.belzil@icloud.com
(514) 377-1219

© 2020. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.
Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) a une prévalence qui est évaluée à 1 % (APA, 2015). Le TSA est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits sur les plans de la communication sociale et des comportements répétitifs ou des intérêts restreints. Les premiers symptômes apparaissent au cours de la petite enfance (APA, 2015). Ces symptômes entravent de manière significative le fonctionnement adaptatif quotidien de l'enfant. Selon la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2015), il existe trois niveaux de sévérité en fonction du soutien requis par l'enfant : aide, aide importante, aide très importante. Or, la sévérité des symptômes et du niveau d'aide requis par l'enfant a un effet direct sur la qualité de vie des parents (Courcy et Vallée-Ouimet, 2013; des Rivières-Pigeon, Courcy et Dunn, 2014).

LES CARACTERISTIQUES D'UN ENFANT PRESENTANT UN TSA

Les parents sont parfois démunis face aux comportements difficiles et atypiques que peuvent avoir leurs enfants présentant un TSA. Ces derniers peuvent avoir des troubles du sommeil, des particularités alimentaires, des difficultés d'apprentissage, un manque d'autonomie, des troubles de communication, des difficultés d'insertion sociale, des limitations physiques et des troubles cognitifs (Cappe, Bobet et Adrien, 2009; Wintgens et Hayez, 2005). Or, ces problématiques exigent un investissement assidu dans les soins quotidiens (Cappe et al., 2009; Wintgens et Hayez, 2005). De plus, l'étude réalisée par Simonoff et collaborateurs (2008) montre que 70 % des jeunes adolescents de leur échantillon (n = 112) âgés de 10 à 14 ans présentaient au moins un trouble associé tandis que le DSM-5 rapporte que 40 % de ces derniers ont deux troubles ou plus (APA, 2015). Parmi ceux-ci, on retrouve les troubles anxieux (Matson et

Nebel-Schwalm, 2007), les troubles du comportement (Bradley, Summers, Wood et Bryson, 2004; Matson et LoVullo, 2008), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Gjevik, Eldevik, Fjaeran-Granum et Sponheim, 2011; Goldstein et Schwebach, 2004; Mannion, Leader et Healy, 2013), les troubles de l'humeur (Simonoff *et al.*, 2008) et le trouble du développement intellectuel (Charman *et al.*, 2011; Höglund Carlsson *et al.*, 2013; Postorino *et al.*, 2016). Ainsi, les déficits et les défis chez l'enfant ayant un TSA entraînent plusieurs adaptations chez les familles, tels que les loisirs, le travail, la santé physique et mentale, les relations sociales, amicales, familiales ou de couple (Cappe *et al.*, 2009).

L'ADAPTATION DES PARENTS AU TSA (MODELE TRANSACTIONNEL)

Le modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel, élaboré par Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994), permet de comprendre l'adaptation des parents au TSA de leur enfant ainsi que les impacts de ce diagnostic sur la qualité de vie des familles. Ce modèle théorique a été utilisé et adapté dans la littérature scientifique auprès de mères d'enfants présentant un TSA afin de démontrer les conséquences sur le plan de la qualité de vie. Des études antérieures utilisant ce modèle démontrent des effets des variables transactionnelles sur la qualité de vie chez les mères. Or, cette étude s'est inspirée de ce modèle afin d'explorer la qualité de vie des pères d'enfants présentant un TSA. Plus spécifiquement, ce modèle mentionne que les antécédents personnels et environnementaux peuvent avoir une incidence sur les processus transactionnels (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, stratégies d'adaptation) et sur les habiletés d'adaptation (qualité de vie). Le modèle intégratif et multifactoriel repose sur une approche transactionnelle du stress stipulant qu'un individu ne subit pas passivement une situation stressante, mais élabore des stratégies pour faire face au problème auquel il est confronté (Untas *et al.*, 2012). Plusieurs études relèvent un lien entre la gravité des symptômes et le niveau de fonctionnement des enfants ayant un TSA (Beaud et Quentel, 2011; Cappe *et al.*, 2009; Weiss, Sullivan et Diamond, 2003). Ainsi, plus les symptômes liés au TSA sont sévères et plus il y a de troubles associés, plus les répercussions sur la qualité de vie des parents sont importantes (Cappe *et al.*, 2009; Osborne et Reed, 2010). De la même manière, moins l'enfant présentant un TSA est autonome, plus le système familial sera altéré puisqu'il nécessite un soutien constant de sa famille dû à la sévérité de ses symptômes (Sanders et Morgan, 1997). En somme, le TSA a une incidence sur plusieurs aspects de la vie des parents tant sur les plans du stress perçu, de leur sentiment de contrôle, du soutien social perçu que sur le plan des stratégies d'adaptation employées.

LA QUALITE DE VIE

La qualité de vie d'une personne se construit selon des facteurs économiques (ressources financières), individuels

(convictions personnelles, vie spirituelle), psychologiques (accomplissement personnel) et sociaux (relations sociales) (Dardas et Ahmad, 2014; Gomez, Guitierrez, Castellanos, Vergara et Pradilla, 2010; Mugno, Ruta, D'Arrigo et Mazzone, 2007). Selon Gómez *et al.* (2010), les piliers d'une bonne qualité de vie résident dans la perception d'une bonne santé émotionnelle et mentale, et ce, dans divers contextes. Par les événements actuels et passés, la qualité de vie d'un individu se conceptualise (Dardas et Ahmad, 2014; Gómez *et al.*, 2010). Leurs perceptions de leur qualité de vie sont variables et influencées par leurs humeurs, leurs réactions émotionnelles et leurs jugements relatifs à la façon dont ils vivent leur propre vie (Dardas et Ahmad, 2014; Gómez *et al.*, 2010). De plus, le TSA amplifie habituellement la division des rôles parentaux, c'est-à-dire que les pères d'enfants ayant un TSA occupent généralement le rôle de pourvoyeur principal (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2014). Ces derniers voient habituellement leurs heures de travail augmentées alors que pour les mères il y a une diminution (Poirier et Vallée-Ouimet, 2015). En somme, dans les familles où l'on retrouve un enfant présentant un TSA, les parents semblent adopter des rôles plus traditionnels qui pourraient diminuer leur qualité de vie (Cappe *et al.*, 2009; Gray, 2003; Young, Dixon-Woods et Heney, 2002). Ainsi, avoir un enfant à besoins particuliers peut affecter la qualité de vie des pères.

Le stress perçu. Les parents d'enfants présentant un TSA ont habituellement un niveau de stress plus élevé que les parents d'enfants au développement typique (Brobst, Clopton et Hendrick, 2009; Matthews, Booth, Taylor et Martin, 2011; Mugno *et al.*, 2007; Schaaf, Cohen, Johnson, Outten et Benevides, 2011; Sénéchal et des Rivières-Pigeon, 2009) ou un enfant ayant un autre type de handicap (Beaud et Quentel, 2011; Oelofsen et Richardson, 2006; Yamada *et al.*, 2012). Pour les parents d'enfants ayant un TSA, le niveau de stress causé par les particularités de leur enfant mène à des effets négatifs sur leur qualité de vie. En somme, la lourdeur des soins, l'isolement, la chronicité du trouble, le manque de temps libre pour les loisirs, le sentiment d'insuffisance de soutien ainsi que les troubles du comportement amplifient le stress familial (Allik, Larsson et Smedje, 2006). De plus, un niveau de stress élevé chez les parents peut également mener à une santé mentale affaiblie et à un fonctionnement physique détérioré tant chez les mères que chez les pères (Cappe *et al.*, 2009). Or, une étude réalisée par Allik et collaborateurs (2006) révèle que le stress paternel est corrélé davantage avec l'état dépressif de la mère qu'avec la situation de l'enfant. En effet, le stress des pères dépend en partie de la santé mentale de leur conjointe, c'est-à-dire que plus les mères sont anxieuses ou déprimées, plus les pères sont à risque d'être stressés à leur tour (Hastings *et al.*, 2005). Ce phénomène découle probablement du fait que lorsqu'un des deux parents est déprimé ou anxieux, l'autre a moins accès à son soutien et éprouve ainsi un stress supplémentaire (Cappe, Bobet et Adrien, 2009).

Le contrôle perçu. Le contrôle perçu se traduit par certains traits et certaines croyances déterminant la manière dont les parents réagissent à une situation. Plusieurs inquiétudes et incertitudes surgissent chez les parents concernant leur enfant ayant un TSA. Plus spécifiquement, les interrogations et les inquiétudes des parents relatives à l'avenir de leur enfant sont d'autres facteurs nuisibles à la qualité de vie de l'ensemble de la famille et celles-ci créent des tensions familiales au quotidien (Cappe *et al.*, 2009). Une étude de Heaman (1995) qui mesure le stress chez les parents d'enfants au développement typique rapporte que le plus grand facteur de stress pour les mères (88,8 %) et pour les pères (85,2 %) est l'avenir de leur enfant. Pour faire face à ses défis quotidiens, les parents ont recours à diverses stratégies d'adaptation.

Le soutien social perçu. Les parents qui ont un enfant présentant un TSA ont tendance à se distancer de leur réseau social en s'empêchant de prendre part à plusieurs activités sociales et récréatives avec leur entourage (Courcy, 2013; Dunn, Burbine, Bowers et Tantleff-Dunn, 2001; Rao et Beidel, 2009). En comparaison aux pères d'enfants au développement typique, Sanders et Morgan (1997) observent moins d'engagements des pères d'enfants âgés de 7 à 11 ans et présentant un TSA ($n = 18$) en ce qui a trait aux activités sportives, récréatives, intellectuelles, culturelles et aux loisirs puisqu'ils se concentrent davantage sur leur vie professionnelle (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2014). En plus d'une participation sociale limitée, les parents doivent composer avec le caractère invisible du handicap, c'est-à-dire qu'il peut être difficile d'identifier physiquement un enfant ayant un diagnostic de TSA comparativement à un enfant qui présente un autre syndrome. L'absence de trait physique peut mener à la stigmatisation des parents face aux comportements inadéquats émis par leur enfant (Courcy et Vallée-Ouimet, 2013; Ludlow *et al.*, 2011; Neely-Barnes *et al.*, 2011).

Les stratégies d'adaptation. Le modèle intégratif et multifactoriel repose sur une approche transactionnelle du stress stipulant qu'un individu ne subit pas passivement une situation stressante, mais élabore des stratégies pour faire face au problème auquel il est confronté. Ce modèle a été adapté par Cappe (2009) afin de démontrer les effets de certaines variables transactionnelles sur la qualité de vie et sur les stratégies d'adaptation pouvant être utilisées pour faire face aux problèmes (Untas, Koleck, Rasclé et Bruchon-Schweitzer, 2012). Or, certaines stratégies d'adaptation permettent aux parents de contrôler davantage la situation stressante et de réduire la détresse qui y est associée (Cappe, 2009). Ainsi, les parents peuvent utiliser plusieurs types de stratégies d'adaptation, soit celles centrées sur la résolution de problème, sur les émotions ou sur la recherche de soutien social. D'une part, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème consistent pour l'individu à faire plusieurs essais tant comportementaux que cognitifs en vue de réduire le stress

ressenti (Lyons, Leon, Phelps et Dunleavy, 2010). D'autre part, celles centrées sur les émotions se définissent essentiellement par les pensées négatives s'apparentant à du ressassement face à une situation stressante spécifique (p. ex., culpabiliser ou se blâmer) (Lyons *et al.*, 2010). Ces stratégies sont généralement efficaces à court terme, mais non à long terme sur la qualité de vie des parents puisqu'elles ont tendance à détourner l'attention du réel problème (Cappe, 2009; Cappe *et al.*, 2011; Cappe *et al.*, 2018; Dardas et Ahmad, 2014). Puis, celles centrées sur la recherche de soutien social consistent pour l'individu d'aller chercher un soutien formel (professionnels, collègues) et informel (famille et amis) de son entourage afin de faire face aux obstacles (Gray, 2006). À cet égard, les parents qui les utilisent ont une relation améliorée avec leur enfant ainsi qu'une meilleure qualité de vie comparativement à ceux qui n'y ont pas eu recours (Cappe *et al.*, 2009; Dardas et Ahmad, 2014). Or, l'utilisation de stratégies d'adaptation, l'accès aux ressources et un soutien social adéquat permettent aux parents d'avoir une meilleure qualité de vie malgré le diagnostic de leur enfant.

En somme, plusieurs études (Cappe, 2009; Cappe *et al.*, 2009; Cappe, Poirier, Sankey, Belzil et Dionne, 2018; Poirier, Belzil et Cappe, 2018; des Rivières-Pigeon *et al.*, 2014) se sont penchées sur le vécu des mères et sur la manière dont le diagnostic de TSA de leur enfant a influencé leur vie. Par contre, peu de recherches ont étudié la réalité des pères d'enfants ayant un TSA. C'est pourquoi cette étude vise à documenter l'effet qu'un tel diagnostic peut entraîner sur la qualité de vie des pères en fonction du soutien social, du stress et du contrôle perçu ainsi que des stratégies d'adaptation.

Objectifs

L'objectif global est de déterminer le niveau de qualité de vie des pères ayant un enfant présentant un TSA afin de mieux comprendre leur réalité, ainsi que les problèmes qu'ils affrontent quotidiennement. Un sous-objectif se veut de préciser comment les caractéristiques transactionnelles (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, stratégies d'adaptation) et les particularités du trouble de leur enfant influencent la qualité de vie des pères.

Méthode

PARTICIPANTS

Les participants de cette étude sont 49 pères d'enfants présentant un TSA. Les critères d'inclusion de cette étude sont d'être le père biologique de l'enfant ayant un TSA âgé de 4 et 21 ans (âge de fréquentation scolaire) ainsi qu'avoir minimalement la garde partagée de ce dernier (une fin de semaine sur deux). Les pères sont âgés en moyenne de 46,4 ans ($ET = 8,63$; min : 28; max : 63) tandis que les enfants ayant un TSA ont en moyenne 12,1 ans ($ET = 4,62$; min : 4; max : 21). Ces derniers ont reçu leur diagnostic en moyenne à l'âge de 4,5 ans (min : 1; max : 9). Trente-six

Tableau 1*Description de l'échantillon : informations pertinentes sur les pères et leur enfant*

	% (n)
<i>Santé du père</i>	
- Problème	32,7 (16)
- Aucun problème	46,9 (23)
- N'ont pas répondu	20,4 (10)
<i>État civil</i>	
- Habite avec la mère	73,5 (36)
- Habite seul	4,1 (2)
- Habite avec nouvelle conjointe	4,1 (2)
- N'ont pas répondu	18,4 (9)
<i>Revenu familial</i>	
- Moins 20 000 \$	2,0 (1)
- 20 000 \$ - 40 000 \$	12,2 (6)
- 40 000 \$ - 60 000 \$	10,2 (5)
- 60 000 \$ - 80 000 \$	14,3 (7)
- 80 000 \$ - 100 000 \$	4,1 (2)
- 100 000 \$ - 120 000 \$	6,1 (3)
- Plus 120 000 \$	38,8 (19)
- N'ont pas répondu	12,2 (6)
<i>Sexe de l'enfant</i>	
- Féminin	18,4 (9)
- Masculin	81,6 (40)
<i>Nombre de trouble(s) associé(s) chez l'enfant</i>	
- Aucun trouble	42,9 (21)
- Un trouble	20,4 (10)
- Deux troubles	14,3 (7)
- Trois troubles	2,0 (1)
- Quatre troubles	2,0 (1)
- Cinq troubles	2,0 (1)
- N'ont pas répondu	16,3 (8)
<i>Type de troubles associés</i>	
- Troubles médicaux	24,5 (12)
- Troubles psychologiques	6,1 (3)
- Troubles neurodéveloppementaux	
o Trouble du développement intellectuel	6,1 (3)
o Trouble du déficit de l'attention	12,2 (6)
o Trouble développemental de la coordination	2,0 (1)
o Trouble spécifique des apprentissages	8,2 (4)
o Trouble des tics	2,0 (1)
o Trouble de langage	4,1 (2)
- Troubles de modulation sensorielle	4,1 (2)
- N'ont pas répondu	4,1 (2)

des enfants ayant un TSA ont une fratrie et 14 parmi ceux-ci ont aussi un diagnostic de TSA. Le tableau 1 décrit l'échantillon des pères et des enfants présentant un TSA

INSTRUMENTS DE MESURE

Les pères ont rempli une fiche signalétique qui a été construite par la première auteure de cet article afin de répondre aux besoins de cette étude. Celle-ci comprenait les renseignements sociodémographiques tels que l'âge, l'état civil et l'estimation du revenu familial ainsi que des informations portant spécifiquement sur l'enfant ayant un TSA. Les pères ont aussi rempli cinq questionnaires standardisés ayant été adaptés par Cappe (2009) aux familles d'enfants présentant un TSA. Tout d'abord, l'échelle de qualité de vie des parents d'enfants présentant un TSA de Cappe (2009) est créée spécifiquement pour les parents d'enfants présentant un TSA. Elle a pour but d'évaluer les conséquences du diagnostic de TSA sur sept domaines de la vie quotidienne des pères: 1) les activités de la vie quotidienne; 2) les activités et les relations professionnelles; 3) les activités et les relations sociales; 4) les activités et les relations familiales; 5) les activités et les relations avec l'enfant présentant un TSA; 6) le bien-être psychologique; et 7) l'épanouissement personnel (Cappe *et al.*, 2009 ; Cappe *et al.*, 2012). L'échelle de qualité de vie a une bonne cohérence interne pour les sept dimensions avec un coefficient de Cronbach au-dessus de 0,75 pour chaque dimension (Cappe, Wolff et Adrien, 2009). Cette échelle permet également d'établir un score général de qualité de vie, basé sur la somme des sept sous-scores de chaque domaine (Cappe, 2009). Les résultats qu'ils peuvent obtenir sont de 0 à 297. Plus ces scores globaux sont élevés, plus les répercussions des difficultés de l'enfant présentant un TSA sont importantes sur la vie générale des pères. L'Appraisal of Life Events Scale (ALES) (Ferguson, Matthews et Cox, 1999), adaptée par Cappe (2009), est une échelle de stress perçu associé au fait d'être le parent d'un enfant ayant un TSA. Cette échelle a permis d'évaluer le stress selon trois scores possibles : l'expérience perçue comme une menace (par ex., des moments intrusifs ou bouleversants), une perte (par ex. des moments malheureux ou déprimants), ou un défi (par ex., des moments enrichissants ou stimulants). Cet outil dispose d'une cohérence interne satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach se situant entre 0,88 et 0,83 (Cappe, 2009; Cappe, Wolff, Bobet et Adrien, 2011; Cappe *et al.*, 2017).

Le Cancer Locus of Control Scale (CLCS) (Cousson-Gélie, 1997), modifié pour la situation du TSA (Cappe, 2009) a été utilisé pour mesurer le degré de contrôle perçu par les pères concernant la situation de leur enfant soit le

contrôle perçu quant à l'apparition du TSA et vis-à-vis de l'évolution du développement de l'enfant relative au TSA (Cappe, 2012; Cappe *et al.*, 2011; Cappe, Wolff et Adrien, 2009). La cohérence interne de cette échelle est satisfaisante et les coefficients alpha de Cronbach sont de 0,75, 0,65 et 0,81 (Cappe, 2009). Le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) (Koleck, 2000) estime la disponibilité et la qualité du soutien social offert aux pères (Cappe *et al.*, 2011). Les deux dimensions, la disponibilité du soutien social et la satisfaction du soutien social, ont une cohérence interne satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach correspondant à 0,81 et 0,82 (Cappe, 2009; Cappe *et al.*, 2009). Enfin, le Ways of Coping Checklist-Revised (WCC-R) a été administré chez les pères afin d'évaluer les stratégies d'adaptation utilisées par ceux-ci pour faire face au stress occasionné par le diagnostic de leur enfant. Il existe trois types de stratégies que peuvent utiliser les pères : les stratégies centrées sur le problème, celles basées sur l'émotion et finalement celles centrées sur la recherche de soutien social. La cohérence interne des trois dimensions de cet outil est adéquate et les coefficients alpha de Cronbach sont égaux à 0,76, 0,73 et 0,76 (Cappe, 2009; Cappe *et al.*, 2009). Le tableau 2 rapporte les instruments de mesure remplis par les pères, précise les scores qu'il est possible d'obtenir et montre des exemples de questions que l'on retrouve dans les questionnaires.

PROCEDURES

Les participants ont été recrutés par l'entremise des réseaux sociaux, des associations de parents d'enfants présentant un TSA et de quelques cliniques privées offrant des services auprès de cette clientèle. Les pères ont manifesté leur désir de participer à cette étude en contactant la chercheuse principale. Une fois les critères d'inclusion vérifiés, les pères ont reçu le lien Internet, sur une plateforme sécurisée (LimeSurvey), qui donnait accès au formulaire de consentement, à la fiche signalétique ainsi qu'aux cinq questionnaires à compléter.

ANALYSE DES DONNÉES

Le devis de ce projet de recherche est de type quantitatif. Afin de décrire la qualité de vie des pères, des analyses descriptives ont été utilisées. Ensuite, pour déterminer les associations entre les processus transactionnels et la qualité de vie, des analyses de corrélations ont été réalisées. Ces analyses permettent de cerner les variables transactionnelles qui influencent la qualité de vie des pères d'enfants présentant un TSA. Ces analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (IBM Statistics version 20).

Tableau 2
Instruments de mesure

Questionnaires et variables transactionnelles	Scores possibles	L'étendue des sous-scores	Types de questions (Échelle de Likert)
Échelle de qualité de vie	1. Sept domaines de qualité de vie		
	A) Activités quotidiennes	0-54	« Ma vie quotidienne a changé »
	B) Activités et relations professionnelles	0-24	« J'ai arrêté de travailler »
	C) Activités et relations sociales		
Qualité de vie	D) Activités et relations familiales / couple	0-60	« Je me sens seul (e) »
	E) Activités et relations avec l'enfant ayant un TSA	0-60	« Ma famille m'invite moins »
	F) Bien-être psychologique		
	G) Épanouissement personnel	0-21	« Je ne comprends pas mon enfant »
	2. Score global de qualité de vie		
		0-51	« Je dors moins bien »
		0-27	« Ma vie s'est enrichie »
		0-297	
ALES	1. Expérience perçue comme une menace	0-50	« Bouleversante »
Stress perçu	2. Expérience perçue comme une perte	0-50	« Déprimante »
	3. Expérience perçue comme un défi		
		0-30	« Stimulante »
CLCS	1. Contrôle perçu quant à l'apparition du TSA	0-15	« l'apparition du TSA de mon enfant est due à mon style de vie »
Contrôle perçu	2. Contrôle perçu quant à l'évolution du développement de l'enfant	0-18	« je peux certainement influencer le développement de mon enfant »
	3. Croyances irrationnelles relatives au TSA	0-9	« mon enfant a un TSA en partie parce que Dieu en a décidé ainsi »
QSSP	1. Disponibilité	0-43	Quatre questions basées sur les aspects primaires du support social : affectif, instructif, estime de soi et aspect financier (nombre de personnes et niveau de satisfaction)
	2. Satisfaction	0-20	
Soutien social perçu			
WCC-R	1. Centrées sur le problème	0-27	« j'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi »
	2. Centrées sur l'émotion	0-27	« j'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse »
Stratégies d'adaptation	3. Centrées sur la recherche de soutien social	0-21	« j'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais »

Résultats

LA QUALITÉ DE VIE

Globalement, la plupart des domaines de la qualité de vie des pères ont un effet significatif sur le score global de la qualité de vie, excepté le domaine mesurant leur épanouissement personnel. Les résultats montrent que les pères ont un score global de qualité de vie se situant en moyenne à 128 (min : 30; max : 233). Cela signifie que les répercussions sur la qualité de vie sont dans la moyenne chez les pères.

LES VARIABLES TRANSACTIONNELLES

Des corrélations positives, négatives et significatives sont observées entre les variables transactionnelles (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu et stratégies d'adaptation) et le score total de la qualité de vie tel que le montre le tableau 3.

Le stress perçu. Concernant l'analyse des liens, les résultats montrent des corrélations positives et significatives entre le score de stress perçu « perte et menace », le score global de qualité de vie ($r = 0,69$) et les sous-scores des domaines de la qualité de vie « activités quotidiennes » ($r = 0,62$), « activités et relations professionnelles » ($r = 0,37$), « activités et relations

sociales » ($r = 0,55$), « activités et relations familiales » ($r = 0,69$), « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ($r = 0,37$) et sur le score global de qualité de vie ($r = 0,69$). En ce qui a trait au score de stress perçu comme un « défi », une seule corrélation positive et significative est obtenue avec « l'épanouissement personnel » des pères ($r = 0,32$). Toutefois, plusieurs corrélations négatives et significatives existent entre ce type de stress perçu et les « activités quotidiennes » ($r = -0,46$), les « activités et les relations sociales » ($r = -0,39$), les « activités et relations familiales » ($r = -0,54$), le « bien-être psychologique » ($r = -0,45$) et le score global de qualité de vie ($r = -0,47$).

Le contrôle perçu. Concernant les liens avec le contrôle perçu, des corrélations positives et significatives sont relevées entre le score « sentiment de contrôle quant à l'apparition du TSA » et le « bien-être psychologique » ($r = 0,38$) ainsi que le score global de qualité de vie ($r = 0,31$) des pères. On observe également une corrélation positive et significative entre le score « sentiment de contrôle quant à l'évolution du développement de l'enfant » et « l'épanouissement personnel » ($r = 0,43$). À l'inverse, des corrélations négatives significatives sont aussi obtenues entre le score « sentiment de contrôle quant à l'évolution du développement de l'enfant » et les sous-scores suivants : « activités quotidiennes » ($r = -0,38$), « activités et relations sociales » ($r = -0,29$), « activités et relations familiales » ($r = -0,39$), « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ($r = -0,31$), « bien-être psychologique » ($r = -0,39$) et sur le score global de qualité de vie ($r = -0,36$).

Le soutien social perçu. Pour ce qui est des liens avec le soutien social perçu, les scores de « disponibilité » ($r = -0,36$) et de « satisfaction » ($r = 0,61$) ont des effets significatifs négatifs et positifs sur le score global de qualité de vie. Des corrélations négatives sont aussi obtenues entre le score « disponibilité » et les sous-scores « activités quotidiennes » ($r = -0,30$), « activités et relations familiales » ($r = -0,36$) et « bien-être psychologique » ($r = -0,31$). À l'inverse, une seule corrélation négative significative est notée en lien avec le score « satisfaction » soit « l'épanouissement personnel » ($r = -0,32$) des pères. Les résultats montrent des corrélations positives entre le score « satisfaction » et les sous-scores suivants : « activités quotidiennes » ($r = 0,62$), « activités et relations sociales » ($r = 0,54$), « activités et relations familiales » ($r = 0,59$), « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ($r = 0,39$) et « bien-être psychologique » ($r = 0,57$).

Les stratégies d'adaptation. Seules les stratégies d'adaptation centrées sur les « émotions » ont un effet significatif sur le score global de qualité de vie ($r = 0,53$). Dans un premier temps, les résultats montrent une corrélation positive et significative entre les stratégies d'adaptation centrées sur les « problèmes » et celles centrées sur la « recherche du soutien social » sur « l'épanouissement personnel » ($r = 0,47$ et $r = 0,41$) des

pères. Dans un second temps, une corrélation négative et significative est obtenue entre les stratégies d'adaptation centrées sur les « problèmes » et sur les « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ($r = -0,49$). Finalement, celles centrées sur les « émotions » sont en corrélation (positive et significative) avec les sous-scores « activités quotidiennes » ($r = 0,50$), « activités et relations sociales » ($r = 0,45$), « activités et relations familiales » ($r = 0,47$) et « bien-être psychologique » ($r = 0,60$). Le tableau 3 montre les corrélations entre le score global de la qualité de vie, les domaines de la qualité de vie et les variables transactionnelles

Discussion

LA QUALITÉ DE VIE

L'objectif de cette étude consistait à la mise en évidence des perceptions des pères concernant l'influence du diagnostic de leur enfant sur leur qualité de vie ainsi que l'influence des variables transactionnelles sur celle-ci. Les résultats montrent que les pères ont un score global de qualité de vie se situant dans la moyenne. Ces derniers ne semblent donc pas démunis face aux défis que peut amener le diagnostic de TSA de leur enfant sur leur quotidien. Globalement, la plupart des domaines de la qualité de vie des pères ont un effet significatif sur le score global de qualité de vie, excepté leur épanouissement personnel. En effet, selon les résultats, leur épanouissement personnel n'est possiblement pas altéré puisque les pères travaillent davantage à l'extérieur du domicile familial et ils sont donc moins confrontés aux soins quotidiens que nécessite leur enfant présentant un TSA.

LES VARIABLES TRANSACTIONNELLES

Tout d'abord, les variables transactionnelles s'influencent entre elles et ces dernières ont également un effet sur la qualité de vie des pères d'enfants ayant un TSA.

Le stress perçu. Plus les pères perçoivent le TSA de leur enfant comme étant une menace ou une perte, plus on observe des répercussions du diagnostic sur leur qualité de vie. À l'inverse, lorsque les pères voient davantage le diagnostic de leur enfant comme étant un défi, ces derniers ont moins de relations conflictuelles avec leurs amis ou avec leur famille et leurs activités quotidiennes ainsi que leur bien-être psychologique sont moins affectés, ce qui corrobore les résultats obtenus dans l'étude de Cappe, Wolff, Bobet et Adrien (2011). De plus, les pères qui voient le diagnostic de leur enfant comme un défi rapportent une meilleure qualité de vie. C'est donc dire que les répercussions du TSA sont moindres que pour ceux qui voient le diagnostic de leur enfant comme une perte ou une menace. Aussi, lorsque les pères perçoivent le diagnostic de leur enfant de cette façon, ils n'arriveront généralement pas à le voir comme un défi. Parallèlement, ils vont aussi avoir tendance à être plus satisfaits de leur.

Tableau 3*Corrélations entre les domaines de la qualité de vie et les variables transactionnelles*

		Quotidien	Profession	Social	Famille	Enfant TSA	Bien-être psychologique	Épanouissement personnel	QDV total
Stress perçu	Perte	0,62**	0,37**	0,55**	0,69**	0,37**	0,70**	-0,23	0,69**
	Menace	0,62**	0,37**	0,55**	0,69**	0,37**	0,70**	-0,23	0,69**
	Défi	-0,46**	-0,06	-0,39**	-0,54**	-0,24	-0,45**	0,32*	-0,47**
Contrôle perçu	Apparition TSA	0,11	0,22	0,28	0,21	0,16	0,38**	0,19	0,31*
	Développement enfant	-0,38**	-0,16	-0,29*	-0,39**	-0,31*	-0,39**	0,43**	-0,36*
	Croyances irrationnelles	-0,04	-0,04	0,06	0,03	0,13	0,29*	-0,13	0,08
Soutien social perçu	Disponibilité	-0,30*	-0,28	-0,29	-0,36*	-0,11	-0,31*	-0,05	-0,36*
	Satisfaction	0,62**	0,22	0,54**	0,59**	0,39**	0,57**	-0,32**	0,61**
Stratégies d'adaptation	Problèmes	-0,11	-0,12	-0,13	-0,21	- 0,49**	-0,25	0,47**	-0,18
	Émotions	0,50**	0,18	0,45**	0,47**	0,19	0,60**	-0,08	0,53**
	Recherche soutien social	-0,05	-0,10	-0,05	-0,14	-0,16	-0,10	0,41**	-0,54

** La corrélation est significative au seuil bilatéral 0,01

* La corrélation est significative au seuil bilatéral 0,05

soutien social et vont employer des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions. Les résultats d'une étude réalisée par Cappe et collaboratrices (2018), où 77 parents (71 mères, 5 pères et 1 sans genre) ont participé, montraient des constats similaires concernant le stress perçu. Plusieurs études montrent aussi que les pères et les mères d'enfants ayant un TSA ont un niveau de stress similaire (Dardas et Ahmad, 2014; Hasting, 2003; Oelofsen et Richardson, 2006). En effet, tout comme les résultats obtenus dans l'étude de Cappe et collaboratrices (2018), plus les parents (principalement les mères) perçoivent le TSA de leur enfant comme étant une menace ou une perte, plus leur qualité de vie est affectée. Toutefois, selon Cappe et collaboratrices (2018), aucun effet significatif n'était noté pour les parents voyant le TSA de leur enfant comme un défi, à l'inverse de la présente étude. En effet, la qualité de vie des pères est satisfaisante et préservée lorsqu'ils arrivent à percevoir le TSA de leur enfant comme un défi. Cela constitue donc un facteur de protection non négligeable pour cette

population afin qu'ils aient un meilleur score global de qualité de vie. Ainsi, il serait intéressant d'outiller les pères d'enfants ayant un TSA sur les stratégies les plus efficaces (par exemple : techniques à employer pour faire face au stress induit par le diagnostic de TSA de leur enfant et sur ses conséquences) (Cappe, Wolff, Bobet et Adrien, 2011).

Le contrôle perçu. En ce qui a trait au contrôle perçu des pères, il est observé que plus ces derniers se sentent responsables de l'apparition du TSA, plus ils présentent des difficultés d'ordre psychologique et moins bonne est leur qualité de vie. À l'inverse, plus ils s'impliquent dans le développement de leur enfant, moins leurs activités quotidiennes, leurs relations sociales, leurs relations familiales, leur relation avec leur enfant ayant un TSA et leur bien-être psychologique sont perturbées. Selon une étude réalisée par Cappe et collaboratrices (2018), les résultats montraient des constats similaires concernant le contrôle perçu. Néanmoins, à l'inverse de cette étude,

Cappe et collaboratrices (2018) ont conclu que même si les parents (principalement les mères) se sentent responsables des manifestations du TSA de leur enfant, aucun effet n'est observé au niveau de leur qualité de vie. En revanche, plus les parents s'impliquent dans le développement de leur enfant, meilleure est leur qualité de vie. Ainsi, cette présente étude corrobore les résultats de la littérature scientifique, c'est-à-dire l'importance de l'implication des parents dans le développement de leur enfant afin de préserver leur santé psychologique et pour avoir une meilleure relation avec leur enfant présentant un TSA (Abouzeid et Poirier, 2014a; Abouzeid et Poirier, 2014b; Granger, des Rivières-Pigeon, Sabourin et Forget, 2012). Plusieurs études rapportent que les pères d'enfants ayant un TSA montrent un moins grand degré d'implication face aux soins ou à l'éducation à fournir à leur enfant suite à la division des rôles plus traditionnels (Cappe *et al.*, 2009; des Rivières-Pigeon *et al.*, 2014 ; Gray, 2003; Young, Dixon-Woods et Heney, 2002). Par conséquent, les pères doivent s'impliquer davantage auprès de leur enfant, par exemple, en assistant aux rendez-vous médicaux ou aux rencontres des professionnels. Or, ce qui semble aider les parents à intervenir adéquatement auprès de leur enfant est leur sentiment de compétence parentale qui fait référence à la confiance des parents en leurs capacités à gérer les problèmes de leur enfant (De Montigny et Lacharité, 2005; Kuhn et Carter, 2006; Sofronoff et Farbotko, 2002). Les parents d'enfants présentant un TSA ont usuellement une perception plus négative de leur propre compétence parentale (Courcy, 2013; Dunn *et al.*, 2001; Gray, 2002). Ainsi, il est important que les pères se sentent compétents vis-à-vis de leur enfant, car plus ils le sont, moins ils ont tendance à vivre une détresse psychologique (De Montigny et Lacharité, 2005). Pour ce faire, le programme *Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée* a été conçu pour les parents d'enfants présentant un TSA. Il a comme principal objectif de les amener à reconnaître, à développer ainsi qu'à actualiser leurs compétences parentales (Hardy, Bourassa, Rousseau, Stipanovic et Rivest, 2017). Ce programme comporte des rencontres échelonnées sur une période de 10 semaines et est composé de cinq ateliers qui possèdent chacun un thème spécifique : 1) à la découverte de mon enfant; 2) être parent, un ajustement au fil du temps; 3) la structuration : une avenue à explorer pour mieux gérer son quotidien; 4) communiquer avec mon enfant, une réciprocité à développer; 5) mon bilan personnel, un tremplin pour demain (Hardy *et al.*, 2017). Or, les pères doivent détenir des connaissances sur le diagnostic et sur les difficultés que celui-ci peut entraîner sur leur quotidien afin d'être bien outillés. Ainsi, ces derniers peuvent davantage développer leur sentiment de confiance en leurs propres ressources pour intervenir auprès de leur enfant en participant à ce type de programme (Pelchat, Lefebvre et Levert, 2005). En effet, leur participation à ce type de programme pourrait permettre aux pères un meilleur ajustement aux caractéristiques et aux besoins de leur enfant ayant un TSA (Hardy *et al.*, 2017). Ils pourraient

également partager leur réalité respective dans un endroit sécurisant (Hardy *et al.*, 2017). Les recherches de Weiss et collaborateurs (2013) et celle de Sofronoff et Farbotko (2002) montrent que les parents d'enfants ayant un TSA peuvent augmenter leurs compétences parentales grâce à du soutien (formel et informel) ou grâce à des programmes d'intervention qui ciblent spécifiquement ces compétences.

Le soutien social perçu. La disponibilité et la satisfaction du soutien social perçu des pères ont également un effet sur leur qualité de vie. En effet, plus les pères constatent que leur réseau social (l'entourage et les professionnels) est disponible pour eux, moins l'organisation de leur quotidien, leurs relations familiales et leur bien-être psychologique sont affectés. Des résultats similaires sont obtenus dans l'étude de Siman-Tov et Kaniel (2011). Plus spécifiquement, les parents qui reçoivent de l'aide formelle et informelle de leur entourage se sentent moins stressés et augmentent ainsi leur sentiment de contrôle (Siman-Tov et Kaniel, 2011). De plus, leur qualité de vie est vue plus positivement lorsque les pères ont accès à un soutien social. Néanmoins, des résultats surprenants sont observés vis-à-vis du niveau de satisfaction des pères. Plus ces derniers sont satisfaits du soutien social qu'ils reçoivent, plus ils ont de difficultés dans la gestion des activités quotidiennes, dans leurs relations sociales, familiales et avec leur enfant présentant un TSA, et plus ils ont des problèmes de santé psychologique. Par ailleurs, malgré leur satisfaction de leur réseau social, les répercussions négatives du TSA sont notées sur leur score global de qualité de vie. Seul leur épanouissement personnel est préservé par leur satisfaction au niveau de leur réseau social. Une étude de Cuzzocrea et collaborateurs (2015) rapporte des résultats similaires, c'est-à-dire que pour les parents d'enfants présentant un TSA, le soutien social ne semble pas toujours bénéfique. Des effets négatifs sont même relevés particulièrement pour les parents d'enfants ayant un TSA de niveau 3. À l'inverse, l'étude de Cappe et collaboratrices (2018) indique que plus les parents (mères principalement) sont satisfaits du soutien de leur entourage, plus leur qualité de vie est préservée. Ainsi, il semble que les pères ont plus de difficultés à qualifier le soutien social reçu et que cette variable transactionnelle a moins d'impact sur leur score global de qualité de vie. Il se pourrait également que le social ne joue pas la même fonction pour les pères que pour les mères d'enfants présentant un TSA. Il ne faudrait donc pas miser sur cet élément précis afin d'améliorer leur qualité de vie, mais davantage sur leur perception face à la disponibilité de leur entourage formel et informel. La présence d'un soutien adéquat a un effet bénéfique sur la qualité de vie des parents (Boyd, 2002). des Rivières-Pigeon, Courcy et Dunn (2014) mettent l'accent sur l'importance de fournir des mesures de soutien concrètes pour les parents d'enfants présentant un TSA telles que des services d'intervention précoce à la maison. Elles rapportent l'importance de briser leur isolement et ainsi leur

permettre d'accéder à davantage de soutien formel. Par exemple, les intervenantes se rendant à domicile ont plusieurs rôles dont celui de soutenir et d'outiller les parents (Courcy, Granger et des Rivières-Pigeon, 2014; Sabourin, des Rivières-Pigeon et Granger, 2011). Stipanivic, Bourassa, Hardy et Rivest (2017) ajoutent que ces intervenantes pourraient réaliser des rencontres de groupe à l'extérieur du domicile afin de briser le sentiment d'isolement des pères.

Les stratégies d'adaptation. Finalement, pour les stratégies d'adaptation utilisées par les pères, les résultats montrent que lorsque ces derniers font appel à celles centrées sur les émotions pour faire face à diverses situations stressantes, ils ont plus de difficultés à gérer leurs activités quotidiennes, sociales et familiales. Ils ont aussi plus de difficultés psychologiques et une qualité de vie affectée lorsque ce type de stratégies d'adaptation est employé. Lorsque les pères utilisent les stratégies d'adaptation centrées sur la résolution de problème, ils ont de meilleures relations avec leur enfant présentant un TSA. Les parents (essentiellement des mères) de l'étude de Cappe et collaboratrices (2018) obtiennent des résultats similaires face aux stratégies d'adaptation utilisées ainsi que sur leurs effets. Or, les études montrent que les stratégies d'adaptations centrées sur les émotions sont habituellement efficaces à court terme, mais pas à long terme (Cappe, 2009 ; Cappe *et al.*, 2011; Cappe *et al.*, 2018; Dardas et Ahmad, 2014). Tout d'abord, elles permettent de gérer la tension interne et de la rediriger. Par contre, il n'est pas rare qu'à long terme ces stratégies aient tendance à détourner l'attention du réel problème. Des comportements de fuite ou de déni peuvent donc en découler (Benson, 2010; Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Les études de Lyons et collaborateurs (2010) et de Pottie et Ingram (2008) rapportent aussi qu'une adaptation est mieux réussie lorsque les parents d'enfants présentant un TSA utilisent les stratégies d'adaptations centrées sur la résolution de problème et non pas celles centrées que sur les émotions. Plus spécifiquement, la difficulté causant le stress finit par se résoudre lorsqu'on utilise celles centrées sur la résolution de problème. Or, selon la littérature scientifique, les pères utilisent davantage celles centrées sur les émotions que les mères (Gray, 2003; Hastings *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2008). En somme, ces derniers vont donc opter pour ce type de stratégies et ainsi il sera plus difficile pour eux de prendre une position optimiste face aux bouleversements qu'apporte le diagnostic de TSA (Pottie et Ingram, 2008). D'ailleurs, lorsque les pères utilisent les stratégies d'adaptation centrées sur la résolution de problème, ils emploient aussi simultanément celles centrées sur la recherche de soutien social. Ce type de stratégies leur permet de diminuer leur niveau de stress, de dépression et d'anxiété qui peuvent avoir une influence sur leur qualité de vie (Benson, 2010 ; Hastings *et al.*, 2005 ; Smith, Seltzer, Tager-Flusberg, Greenberg et Carter, 2008). Néanmoins, lorsque les pères utilisent seulement les stratégies centrées sur la recherche de soutien social, aucun effet significatif n'est observé sur

la qualité de vie de ces derniers. Les professionnels œuvrant auprès des pères d'enfants ayant un TSA se doivent donc non seulement d'aider ces derniers à identifier leurs émotions, mais également à trouver des solutions aux diverses problématiques qui peuvent entraver leur quotidien. Ainsi, cela leur permettrait d'utiliser davantage des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et non sur les émotions. Lorsque les parents font appel aux stratégies d'adaptation centrées sur la résolution de problème, ils sont plus enclins à chercher des solutions et ont une meilleure qualité de vie (Dardas et Ahmad, 2014). Il serait aussi bénéfique pour ces derniers de participer à des thérapies cognitivo-comportementales en vue d'atténuer les pensées négatives (p. ex., mon enfant ne sera jamais autonome) qu'ils manifestent ainsi qu'à des programmes spécifiquement créés pour les parents d'enfants présentant un TSA (Lyons *et al.*, 2010 ; Smith *et al.*, 2008; Stipanivic, Couture, Rivest et Rousseau., 2014).

Apports et limites

La présente étude se démarque dans la littérature scientifique puisque l'échantillon est composé exclusivement de pères d'enfants présentant un TSA. Or, cette étude innovante amène des données très riches dans un domaine peu étudié. Cependant, certaines limites sont à considérer. Plus spécifiquement, les pères qui ont participé à cette étude avaient un revenu familial supérieur à la moyenne des salaires d'une famille québécoise (Statistique Canada, 2019). Ces pères ont donc une facilité financière pour se procurer divers services. Aussi, la motivation des pères était parfois difficile à solliciter et plusieurs relances de courriel ont dû être faites avec ceux-ci afin qu'ils terminent l'ensemble des questionnaires de cette étude. De plus, cette étude n'avait pas de groupe de comparaison. Il aurait été intéressant d'avoir aussi un groupe composé exclusivement des conjointes des pères. De ce fait, les deux groupes auraient rempli les mêmes questionnaires.

Conclusion

Cette recherche a mis en évidence les perceptions des pères concernant l'influence du diagnostic de TSA de leur enfant sur leur qualité de vie. Plus spécifiquement, la qualité de vie des pères d'enfants présentant un TSA est affectée par la présence du diagnostic. Au Québec, à notre connaissance, il n'existe pas de recherches qui se sont attardées sur le vécu personnel des pères. Il serait intéressant de voir si une amélioration de leur qualité de vie serait observable si les pères s'impliquaient activement dans le quotidien de leur enfant. Par exemple, solliciter leur participation dans des programmes tels qu'*Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée* afin d'améliorer leurs compétences parentales (Hardy, Bourassa, Rousseau, Stipanivic et Rivest, 2017). Ce programme a été évalué à travers trois établissements de la province en 2012 et huit services cliniques en France de 2015 à 2018. Il serait aussi pertinent de s'assurer que ce type de programme reflète bien la réalité paternelle de ces

derniers. La profession des pères semble préservée malgré le nombre d'heures de travail qui augmente à l'inverse des mères. Il est important de sensibiliser les pères sur l'effet d'une augmentation des heures de travail sur leur implication dans la dynamique familiale. De plus, l'effet du diagnostic de TSA sur la qualité de vie des pères diminue lorsque ces derniers arrivent à percevoir le TSA de leur enfant comme un défi et lorsqu'ils affirment avoir une bonne disponibilité de leur soutien social. De ce fait, il est capital que les pères brisent leur isolement social et qu'ils trouvent des stratégies adéquates pour faire face au stress qu'entraîne un tel diagnostic. Finalement, il serait intéressant d'aller explorer les variables transactionnelles qui influencent la qualité de vie des autres membres de la famille tels que la fratrie d'enfants ayant un TSA ainsi que de comprendre l'effet du diagnostic sur la qualité de vie des pères en adoptant une perspective longitudinale.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by deficits in social communication, repetitive behaviors and/or limited interests. Fathers and mothers compose differently with their child's disorder. The scientific literature regarding parental experience mostly focus on mothers' perspectives, thus, few is known about fathers' parental experiences with a child with ASD as well as the various factors that might interact with their quality of life. The scientific literature identifies specific factors that influence the quality of life of these parents. The objective of this study is to identify the quality of life of fathers with a child that present with ASD as well as identify the transactional characteristics that may interfere with the quality of life these fathers. Thus, 49 biological fathers completed five questionnaires. Significant correlations, positive and negative, are obtained between the quality of life score and the transactional variables. Results reveal that fathers that perceive themselves as having a better quality of life tend to see the child's diagnosis as a challenge or tend to identify a sense of control over the child's development. Furthermore, fathers that identify as having an available social network tend to have a better quality of life. This research provides a better understanding of an underrepresented population, which makes it possible to offer adapted support for these fathers' specific needs.

Keywords: Autism spectrum disorder (ASD), life quality, father, children

Références

Abouzeid, N. (2013). Les aspects liés à la santé physique et psychologique. Dans N. Poirier et C. des Rivières-Pigeon (Éds.), *Le trouble du spectre de l'autisme : l'état des connaissances* (p. 43-66). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Abouzeid, N. et Poirier, N. (2014a). Perception des effets de l'intervention comportementale intensive chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Enfance en difficulté*, 3, 107-137.

Abouzeid, N. et Poirier, N. (2014b). Perceptions des mères d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme ayant reçu une intervention comportementale intensive : leurs ressources et leurs défis. *Revue de psychoéducation*, 43 (2), 201-233.

Allik, H., Larsson, J. O. et Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school- age children with asperger syndrome or high-functioning autism. *Health Quality of Life Outcomes*, 4 (1), 1-8.

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, trad.). Paris, France : Elsevier Masson (ouvrage original publié en 2013 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC : Auteur).

Beaud, L. et Quentel, J.-C. (2011). Information et vécu parental du diagnostic de l'autisme II. Effets des troubles et qualité de vie. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169 (2), 132-139.

Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (2), 217-228.

Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants*. Sainte-Foy, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17 (4), 208-215.

Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L. et Bryson, S. E. (2004). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (2), 151-161.

Brobst, J. B., Clopton, J. R. et Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24 (1), 38-49.

Bruchon-Schweitzer, M. et Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles* (2^e éd.). Paris: Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF.

Cappe, É. (2009). *Qualité de vie et processus d'adaptation des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger* (thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes, Paris, France.

Cappe, É. (2012). Effet de l'inclusion sociale et scolaire sur le processus d'ajustement et la qualité de vie des parents d'un enfant présentant un trouble du spectre autistique. *Annales médico-psychologiques*, 170 (7), 471-475.

Cappe, É., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2009). Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger. *La psychiatrie de l'enfant*, 52 (1), 201-246.

Cappe, É., Gattegno, M.-P., Adrien, J.-L., Bobet, R. et FERNIER, A. (2009). Effet d'un programme spécialisé pour enfants autistes sur la qualité de vie de leurs parents. *Revue québécoise de psychologie*, 30 (2), 139-162.

Cappe, É., Poirier, N., Boujut, É., Nader-Grosbois, N., Dionne, C. et Boulard, A. (2017). Trouble du spectre de l'autisme et évaluation du stress perçu des parents et des professionnels : étude des priorités psychométriques d'une adaptation francophone de l'Appraisal of Life Event Scale (ALES-vf). *L'Encéphale*, 43 (4), 321-325.

Cappe, É., Poirier, N., Sankey, C., Belzil, A. et Dionne, C. (2018). Quality of life of French- Canadian parents raising a child with autism and effects of psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 27 (4), 955-967.

Cappe, É., Wolff, M. et Adrien, J.-L. (2009). Qualité de vie et ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble envahissant du développement. Dans N. Nader-Grosbois (Éds.), *Résilience, régulation et qualité de vie : concepts, évaluation et intervention* (p. 231-236). Louvain-la-Neuve, Belgique: Presses universitaires de Louvain.

Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2011). Quality of life: A key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20 (8), 1279-1294.

- Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2012). Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger: effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *L'évolution psychiatrique*, 77 (2), 181-199.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: Data from the special needs and autism projects (SNAP). *Psychological medicine*, 41 (3), 619-627.
- Courcy, I., Granger, S. et des Rivières-Pigeon, C. (2014). L'implication parentale en contexte d'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec. *Revue de psychoéducation*, 43 (1), 77-99.
- Courcy, I. et Vallée-Ouimet, J. (2013). La famille. Dans N. Poirier et C. des Rivières-Pigeon (dir.), *Le trouble du spectre de l'autisme* (p. 67-92). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein : rôle de certains facteurs psychologiques, biologiques et sociaux* (thèse de doctorat inédite). Université Victor Segalen, Bordeaux, France.
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P. et Larcán, R. (2015). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with disability. *Child Care in Practice*, 22 (1), 3-19.
- Dardas, L. A. et Ahmad, M. M. (2014). Quality of life among parent of children with autistic disorder: A simple from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities*, 35 (2), 278-287.
- De Montigny, F. et Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 387-396.
- des Rivières-Pigeon, C., Courcy, I. et Dunn, M. (2014). Les parents d'enfants ayant un TSA au Québec : portrait de la situation. Dans C. des Rivières-Pigeon et I. Courcy (Éds.), *Autisme et TSA : quelles réalités pour les parents au Québec ?* (p. 9-32). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, A. (2001). You see the need perhaps more clearly I have. *Journal of Family Issues*, 22 (3), 328-357.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A. et Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37 (1), 39-52.
- Ferguson, E., Matthews, G. et Cox, T. (1999). The Appraisal of Life Events (ALES) scale: Reliability and validity. *British Journal of Health Psychology*, 4 (2), 97-116.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T. et Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41 (6), 761-769.
- Goldstein, S. et Schwebach, A. J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (3), 329-339.
- Gómez, M. M. N., Gutiérrez, R. M. V., Castellanos, S. A. O., Vergara, M. P. et Pradilla, Y. K. R. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Therapia Psychologica*, 28 (1), 69-84.
- Granger, S., des Rivières-Pigeon, C., Sabourin, G. et Forget, J. (2012). Mothers' reports of their involvement in early intensive behavioral intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32 (2), 68-77.
- Gray, D. E. (2002). "Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed": Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24 (6), 734-749.
- Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science & Medicine*, 56 (3), 631-642.
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 970-976.
- Hardy, M.-C., Bourassa, J., Rousseau, M., Stipanovic, A. et Rivest, C. (2017). *Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée*. Trois-Rivières, Canada : Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Récupéré de http://institutditsa.ca/file/au-dela_presentation-programme.pdf
- Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (4), 231-237.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T. et Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (5), 635-644.
- Heaman, D. J. (1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: A comparison of mothers with fathers. *Journal of Pediatric Nursing*, 10 (5), 311-320.
- Höglund Carlsson, L., Norrelgen, F., Kjellmer, L., Westerlund, J., Gillberg, C. et Fernell, E. (2013). Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-6.
- Koleck, M. (2000). *Rôle de certains facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies communes : une étude semi-prospective en psychologie de la santé* (thèse de doctorat inédite). Université Victor Segalen, Bordeaux, France.
- Kuhn, J. C. et Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 564-575.
- Ludlow, A., Skelly, C. et Rohleder, P. (2011). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17 (5), 702-711.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R. et Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19 (4), 516-524.
- Mannion, A., Leader, G. et Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (1), 35-42.
- Matson, J. L. et LoVullo, S. V. (2008). A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. *Behavior Modification*, 32 (1), 61-76.
- Matson, J. L. et Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (1), 341-352.
- Matthews, R. A., Booth, S. M., Taylor, C. F. et Martin, T. (2011). A qualitative examination of the work-family interface: Parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Vocational Behavior*, 79 (3), 625-639.
- Neely-Barnes, S. L., Hall, H. R., Roberts, R. J. et Graff, J. C. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: Public perceptions and parental conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, 14 (3), 208-225.
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. et Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (22).
- Oelofsen, N. et Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31 (1), 1-12.
- Osborne, L. A. et Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (3), 405-414.
- Pelchat, D., Lefebvre, H. et Levert, M. J. (2005). L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état actuel des connaissances. *Enfances, familles, générations*, 3, 56-77.
- Poirier, N., Belzil, A. et Cappe, E. (2018). Qualité de vie des mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) alors qu'ils fréquentent une classe spéciale de niveau primaire ou secondaire. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28 (3), 141-151.
- Poirier, N. et Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 203-226.

- Postorino, V., Fatta, L., Sanges, V., Giovagnoli, G., De Peppo, L., Vicari, S. et Mazzone, L. (2016). Intellectual disability in autism spectrum disorder: Investigation of prevalence in an Italian sample of children and adolescents. *Research in Developmental Disabilities, 48*, 193-201.
- Pottie, C. G. et Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of child with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology, 22* (6), 855-864.
- Rao, A. P. et Beidel, C. D. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification, 33* (4), 437-451.
- Sabourin, G., des Rivières-Pigeon, C. et Granger, S. (2011). L'intervention comportementale intensive, une affaire de famille? Analyse du regard que posent les mères d'enfants autistes sur leurs intervenantes. *Revue de psychoéducation, 40* (1), 51-70.
- Sanders, J. L. et Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy, 19* (4), 15-32.
- Schaaf, C. R., Cohen, H. S., Johnson, L. S., Outten, G. et Benevides, W. T. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism, 15* (3), 373-389.
- Sénéchal, C. et des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec, 34* (1), 245-250.
- Siman-Tov, A. et Kaniell, S. (2011). Stress and personal resource as predictors of the adjustment of parents to autistic children: A multivariate model. *Journal of Autism Developmental Disorders, 41* (7), 879-890.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry, 47* (8), 921-929.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S. et Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38* (5), 876-889.
- Sofronoff, K. et Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6* (3), 271-286.
- Statistique Canada. (2019). Enquête sur la population active, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec. Récupéré de http://www.bdsso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01681FR_populationActive2019M02F00.pdf
- Stipanovic, A., Bourassa, J., Hardy, M.-C. et Rivest, C. (2017). L'action psychoéducative dans le contexte d'un programme destiné aux parents de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Dans M. Rousseau, J. Bourassa, N. Milette et S. McKinnon (dir.), *Pratiques psychoéducatives innovantes auprès des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Boucherville, Canada : Béliveau Éditeur.
- Stipanovic, A., Couture, G., Rivest, C. et Rousseau, M. (2014). Développement des modèles théoriques d'un programme destiné à des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Le journal sur les handicaps du développement, 20* (3), 19-29.
- Untas, A., Koleck, M., Rasclé, N. et Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie française, 57* (2), 97-110.
- Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P. et Lunsy, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7* (11), 1310-1317.
- Weiss, J. A., Sullivan, A. et Diamond, T. (2003). Parent stress and adaptive functioning of individuals with developmental disabilities. *Journal of Developmental Disabilities, 10* (1), 129-135.
- Wintgens, A. et Hayez, J.-Y. (2005). Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme. *Psychiatrie de l'enfant, 49* (1), 207-226.
- Yamada, A., Kato, M., Suzuki, M., Watanabe, N., Akechi, T. et Furukawa, T. A. (2012). Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry, 20* (12).
- Young, B., Dixon-Woods, M. et Heney, D. (2002). Identity and role in parenting a child with cancer. *Pediatric Rehabilitation, 5* (4), 209-214.

**VALIDATION PRÉLIMINAIRE DE
L'ÉCHELLE DES DISTRACTIONS COGNITIVES LORS DES RELATIONS SEXUELLES**
Audrey Brassard¹, Sylvie Tousignant², Yvan Lussier², et Anne-Laurence Gagné¹

¹Université de Sherbrooke

²Université du Québec à Trois-Rivières

Les distractions cognitives lors des relations sexuelles seraient liées à une plus faible excitation sexuelle, à des difficultés sexuelles, ainsi qu'à l'insatisfaction sexuelle et conjugale. Cet article présente les résultats de deux études appuyant la création et la validation préliminaire de l'Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (ÉDCS), une échelle permettant de pallier les faiblesses des instruments existants sur les pensées non-sexuelles pendant les relations sexuelles. Dans l'étude 1, 292 étudiants québécois hétérosexuels en couple ont rempli des questionnaires évaluant leurs distractions cognitives ainsi que leur satisfaction conjugale et sexuelle. Dans l'étude 2, 70 couples québécois hétérosexuels ont rempli des questionnaires évaluant leurs distractions cognitives, leurs expériences sexuelles et leur satisfaction conjugale. Les résultats des deux études suggèrent une structure factorielle unidimensionnelle des distractions cognitives, ainsi que des différences de genre pour certains items du questionnaire. Les femmes adultes (étude 2) rapportent globalement plus de distractions cognitives que les hommes, ce qui n'est pas le cas chez les étudiants (étude 1). Les distractions cognitives sont liées à l'insatisfaction sexuelle (étude 1), aux difficultés sexuelles (étude 2), ainsi qu'à une plus faible satisfaction conjugale (études 1 et 2). Ces deux études offrent des appuis préliminaires à la validité de construit, la validité concomitante et la cohérence interne de l'ÉDCS.

See end of text for English abstract.

Mots-clés : sexualité, distractions cognitives, validation, psychométrie

Correspondance:

Audrey Brassard, Ph.D., Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, 2500, boul. de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1, Téléphone : 819-821-8000 poste 65276, Fax : 819-821-7925.

Parmi les couples qui consultent en psychothérapie, nombreux sont ceux qui rapportent des difficultés sur le plan sexuel (Doss, Simpson et Christensen, 2004; Weeks et Gambescia, 2015). Au niveau de la population générale, un sondage effectué par Laumann, Paik et Rosen (1999) auprès d'un vaste échantillon ($n = 1410$ hommes; $n = 1749$ femmes) a révélé que 43 % des femmes et 31 % des hommes rapportent des difficultés sexuelles avec au moins un partenaire dans la dernière année. Les difficultés ou l'insatisfaction sexuelles sont associées avec d'autres types de problèmes, tels que l'insatisfaction conjugale (Leiblum, 2007), une plus faible estime de soi et un faible sentiment de bien-être (Pujols, Meston et Seal, 2010; Rowland et Kolba, 2018). Il s'avère donc pertinent d'identifier les facteurs qui contribuent à la détérioration de la fonction sexuelle chez les couples. Cet article se penche sur l'un de ces facteurs, soit les distractions cognitives lors des activités sexuelles.

La satisfaction sexuelle est une réponse affective découlant d'une évaluation subjective des expériences positives et négatives associées à la sexualité du couple (Byers, Demmons et Lawrence, 1998). Elle varie en fonction de la fréquence, de la qualité et de la variété des activités sexuelles (Velten et Margraf, 2017). Elle est associée à plusieurs activités sexuelles: les baisers, les caresses orales-génitales (surtout chez les hommes), la fréquence et la constance de l'orgasme (Birnbbaum, Glaubman et Mikulincer, 2001; Impett *et al.*, 2014) et, pour les femmes seulement, l'obtention de l'orgasme avant ou en même temps que celui de leur partenaire plutôt qu'après lui (Rowland et Kolba, 2018). Les couples qui communiquent à propos de la sexualité (Byers et Demmons, 1999; Velten et Margraf, 2017), qui cherchent à faire plaisir à leur partenaire (Impett *et al.*, 2014), qui partagent l'initiation des relations sexuelles et qui sont plus ouverts à l'expérimentation sexuelle (Velten et Margraf, 2017) sont plus satisfaits sexuellement.

Plusieurs recherches présentent des liens entre la satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale (p. ex., Byers *et al.*, 1998; Ein-Dor et Hirschberger, 2012; Muise, 2017; Velten et Margrak, 2017). En fait, la satisfaction sexuelle est l'un des multiples facteurs qui contribuent à la satisfaction conjugale (p. ex., Muise, 2017; Velten et Margrak, 2017). Les couples qui ont des relations sexuelles régulières (McNulty, Wenner et Fisher, 2016; Muise, Schimmack et Impett, 2016), ainsi qu'une meilleure communication à propos des préférences sexuelles (Byers et Demmons, 1999; Yoo, Bartle-Haring, Day et Gangamma, 2014) et les femmes qui ont davantage d'orgasmes (Impett *et al.*, 2014) rapportent une meilleure satisfaction conjugale.

DISTRACTIONS COGNITIVES

Afin d'identifier les facteurs qui sont reliés au bien-être sexuel, des études ont montré des associations entre la présence de distractions cognitives et la diminution de l'excitation sexuelle (p. ex., Carvalheira, Godinho et Costa, 2017; Pascoal, Rosa, da Silva et Nobre, 2018; Silva, Pascoal et Nobre, 2016). Les distractions peuvent être définies comme une attention portée à des stimuli non érotiques plutôt qu'aux stimuli érotiques dans la situation sexuelle (Pascoal *et al.*, 2018; Purdon et Holdaway, 2006). Dans leurs écrits fondateurs, Masters et Johnson (1970) ont proposé que le rôle de spectateur (c.-à-d., le fait d'être détaché de ses expériences sexuelles comme un observateur extérieur, d'évaluer ses performances et de se juger pendant les relations sexuelles) nuit au désir et à l'excitation sexuelle, car l'individu est alors distrait de ses sensations et de ses autres signaux sexuels. Dans la société occidentale, les préoccupations envers l'attirance physique et l'apparence du corps s'inscrivent bien dans le concept du rôle de spectateur, car elles inhibent l'excitation sexuelle et elles interfèrent avec la satisfaction sexuelle (Gagnon-Girouard *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2016; Wiederman, 2002). Ces préoccupations seraient de plus en plus fréquentes, autant chez les hommes que chez les femmes, en raison des nombreux idéaux véhiculés par la société et les médias (Gagnon-Girouard *et al.*, 2014).

Selon le modèle cognitif de Beck, Rush, Shaw et Emery (1979), les cognitions résultent de perceptions sélectives momentanées et de schémas. Les aspects de soi, du partenaire et de l'environnement sont perçus en fonction des modèles internes ou des schémas développés avec les expériences personnelles (p. ex., dans la famille d'origine), les apprentissages reliés à l'éducation et les messages véhiculés par les médias (Epstein et Baucom, 1993; Gagnon-Girouard *et al.*, 2014; Holmes, 2000). Lorsque ces modèles internes ou schémas sont négatifs, ils peuvent être réactivés d'une façon automatique et inconsciente dans les relations amoureuses et contribuer aux difficultés sexuelles (Barlow, 1996; Beck et Barlow, 1986; Pascoal *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2016), en plus de risquer de déclencher des sentiments comme la honte et la culpabilité (Géonet, De Sutter et Zech, 2013). La thérapie cognitive souligne l'importance d'identifier les cognitions

qui interfèrent avec le bon fonctionnement du couple afin de les rendre plus adaptées au contexte et ainsi faciliter les interactions au sein du couple (Beck *et al.*, 1979). Les études recensées sur les pensées non érotiques lors des relations sexuelles font ressortir la présence de trois principaux thèmes de pensées non érotiques: l'apparence physique, la performance sexuelle et les conséquences externes (p. ex., Hynie et Lydon, 1995; Lacefield et Negy, 2012; Murray et Milhausen, 2012; Nelson et Purdon, 2011; Purdon et Holdaway, 2006).

Apparence physique. L'apparence ou l'image du corps peut se définir autant par une évaluation personnelle de l'attirance physique face à l'ensemble de son corps ou de son « *sex appeal* » que par une évaluation particulière de ses propres organes génitaux (Wiederman, 2002). L'étude de Pascoal, Narciso et Pereira (2012) menée auprès de 760 adultes portugais révèle que le niveau global d'insatisfaction corporelle et le focus sur des parties du corps spécifiques sont les principaux prédicteurs des distractions cognitives liées à l'apparence chez les hommes et les femmes. Les distractions basées sur l'apparence ont été liées à une image négative du corps chez les deux genres (Silva *et al.*, 2016), mais aussi à la détresse psychologique chez la femme et à l'insatisfaction sexuelle chez l'homme (Carvalheira *et al.*, 2017; Meana et Nunnink, 2006). Des recherches sur les distractions cognitives auprès des hommes et des femmes ont montré des liens entre les préoccupations face à l'image du corps et les facteurs suivants: l'évitement des activités sexuelles, une fréquence moins élevée de relations sexuelles, un niveau plus faible de désir d'intimité et le sentiment de se sentir moins attirant, ce qui réduirait le niveau d'affirmation face à la sexualité (Gillen et Markey, 2019; Meltzer et McNulty, 2010; Wiederman, 2000). D'autres chercheurs (Gillen, Markey et Daniels, 2018; Pujols *et al.*, 2010) proposent qu'une estime positive du corps, ainsi qu'une faible fréquence de pensées liées à l'apparence lors des rapports sexuels sont associés positivement à la satisfaction sexuelle car l'individu est moins préoccupé par la perception de son partenaire par rapport à son corps et est donc plus enclin et à l'aise à s'engager dans des échanges intimes avec lui. Dans le même sens, les résultats de l'étude menée par Meltzer et McNulty (2010) révèlent que l'image corporelle positive des femmes est liée positivement à leur satisfaction sexuelle, ainsi qu'à celle de leur partenaire.

Performance. Plusieurs auteurs ont documenté le rôle des préoccupations des hommes face à leur performance sexuelle dans le développement et le maintien des problèmes érectiles (McCabe et Connaughton, 2014; Rosen, Heiman, Long, Fisher et Sand, 2016). Des études révèlent en effet que les distractions des hommes de la population générale sont surtout basées sur la performance (Meana et Nunnink, 2006; Nelson et Purdon, 2011; Purdon et Holdaway, 2006; Wiederman, 2000), ce qui pourrait en partie s'expliquer par les normes occidentales suggérant que l'expérimentation et l'expression sexuelle

soient davantage valorisées chez les hommes que chez les femmes (Gagnon-Girouard *et al.*, 2014; Hynie, Lydon et Taradash, 1997). Les femmes rapporteraient pour leur part davantage de difficultés liées au désir sexuel et à l'atteinte de l'orgasme plutôt qu'à leur performance sexuelle (Rowland et Koba, 2016). Or, certaines recherches (Carvalho *et al.*, 2017; Meana et Nunnink, 2006) ont révélé que les femmes ont un niveau de distractions basées sur la performance comparable à celui des hommes. Ces distractions sont liées à une image négative du corps et à l'insatisfaction sexuelle chez les deux genres, mais à la détresse psychologique chez la femme seulement, car celles-ci seraient plus susceptibles de vivre de l'anxiété face à leur image corporelle en raison de l'objectification fréquente du corps des femmes, les amenant à perdre le focus sur leurs sensations, leur plaisir et leur bien-être sexuel (Carvalho *et al.*, 2017; Meana et Nunnink, 2006).

Conséquences externes. L'étude de Purdon et Holdaway (2006) a permis d'identifier d'autres catégories de pensées non érotiques lors des relations sexuelles à partir d'un échantillon de 50 étudiantes et de 47 étudiants. En plus des distractions liées à la performance et l'image du corps, l'étude fait ressortir des pensées non érotiques liées aux conséquences externes, comme la peur de devenir enceinte, d'être entendu ou surpris par les autres, des préoccupations pour les tâches quotidiennes, le travail et les enfants, ou envers la fidélité du partenaire. Leurs résultats révèlent aussi des liens entre un niveau élevé de pensées non érotiques et de difficultés sexuelles ainsi qu'un niveau élevé d'anxiété. Comparativement aux hommes, les femmes rapportent une fréquence plus élevée de pensées non érotiques et un niveau plus élevé d'anxiété liée à ces pensées, de même qu'un niveau plus faible de satisfaction sexuelle (Purdon et Holdaway, 2006). L'étude qualitative menée par Murray et Milhausen (2012) auprès de 20 femmes a aussi permis d'identifier sept facteurs qui seraient liés au désir sexuel des femmes (niveau d'énergie, se sentir attirante, attirance physique pour le partenaire, attention et fidélité du partenaire, communication intime, événements de transition et possibilité de devenir enceinte), dont plusieurs sont similaires aux pensées non-érotiques externes (p. ex., possibilité de devenir enceinte, fidélité du partenaire). D'autres études (Hynie et Lydon, 1995; Hynie *et al.*, 1997) ont permis d'identifier la présence de préoccupations en lien avec la contraception et les infections transmises sexuellement (ITS) chez les femmes, ces préoccupations étant plus négatives lorsque les femmes proposent un condom à leur partenaire et lorsqu'elles acceptent d'avoir des relations sexuelles non protégées.

ÉVALUATION DES DISTRACTIONS COGNITIVES

Les études recensées permettent d'identifier trois principaux thèmes de distractions cognitives lors des relations sexuelles, soit l'apparence physique, la

performance et les conséquences externes. Or, à ce jour, très peu d'instruments de mesure des distractions cognitives sont disponibles. Dove et Wiederman (2000) ont développé une mesure permettant d'évaluer la présence des distractions cognitives pendant les relations sexuelles à partir d'un petit échantillon de 74 étudiantes universitaires. Leur outil comprend 20 items évaluant la présence de distractions liées à l'apparence physique (10 items) et à la performance sexuelle (10 items). Puisqu'une corrélation très élevée ($r = 0,83$) ressort entre les deux types de distraction, seul un score global est calculé pour leur mesure, qui présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,95$). Les distractions cognitives sont liées à une faible estime de soi sexuelle, à l'insatisfaction sexuelle, ainsi qu'à des orgasmes moins réguliers (Dove et Wiederman, 2000). Par contre, cet instrument se limite à deux types de distractions, négligeant les conséquences externes.

Pour sa part, le questionnaire de Purdon et Holdaway (2006) présente aux participants des exemples de pensées non érotiques et ceux-ci sont invités à écrire toutes les pensées qui les ont distraits de leur plaisir sexuel lors de leurs plus récentes expériences sexuelles. Il a été développé auprès de 47 étudiantes et 50 étudiants universitaires. Le questionnaire ne contient pas d'items prédéfinis auxquels doivent répondre les participants, ce qui limite les comparaisons et le calcul de ses qualités psychométriques. Chaque personne obtient un score global de pensées non érotiques, sans égard au contenu de ces pensées qui diffèrent d'un participant à l'autre.

Il apparaît donc important de développer un questionnaire évaluant les trois principaux thèmes de distractions cognitives documentés, aux moyens d'items prédéfinis permettant de démontrer ses qualités psychométriques. De plus, il semble nécessaire de valider une telle mesure auprès d'adolescents et d'adultes en relation de couple, plutôt que de se limiter aux étudiants universitaires. Cette mesure devrait enfin exclure les pensées relatives aux émotions et aux fantasmes, afin de mesurer uniquement les distractions cognitives, donc des pensées qui ont un caractère non érotique. Des études antérieures se sont déjà intéressées aux émotions (p. ex., Rowland, Cooper et Slob, 1996) et aux fantasmes pendant la sexualité (p. ex., Birnbaum, 2007).

Objectif

Cet effort de validation préliminaire vise à examiner les qualités psychométriques d'un nouveau questionnaire de distractions cognitives : l'Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (ÉDCS). Afin de pallier aux limites soulevées, l'ÉDCS est une mesure francophone couvrant un large éventail de distractions qui sera validée auprès d'un échantillon d'étudiants de plus grande taille, ainsi qu'auprès d'un échantillon composé de couples adultes en relation stable. Précisément, cette recherche a pour but d'examiner si l'ÉDCS présente une structure factorielle en trois facteurs, si des différences de

genre sont observées et si sa cohérence interne est adéquate. De plus, elle vise à explorer les associations entre les distractions cognitives et des variables auxquelles elles ont été reliées, soit la satisfaction conjugale et sexuelle ainsi que divers aspects de l'expérience sexuelle, afin d'appuyer la validité concomitante de l'instrument.

Étude 1

L'objectif de cette première étude vise à vérifier la structure factorielle et la cohérence interne de l'ÉDCS auprès d'étudiants en relation de couple de la population générale, d'examiner les différences de genre et de vérifier les associations entre les distractions cognitives, la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle.

Méthode

Participants et déroulement. Un échantillon de 292 étudiants hétérosexuels en relation de couple, dont 203 femmes et 89 hommes, a été recruté parmi les étudiants de niveau secondaire (43,2 %) et collégial (56,85 %) provenant de cinq établissements d'enseignement de la Mauricie, au Québec, dans le cadre d'une étude plus vaste sur les relations amoureuses des jeunes. Des auxiliaires de recherche ont présenté le projet en classe et remis aux étudiants éligibles une enveloppe pré-adressée contenant des questionnaires en format papier à remplir à la maison. Les participants devaient être en relation de couple et avoir eu au moins une relation sexuelle pendant les six derniers mois. Parmi ces participants, 1,1 % sont mariés, 11,4 % en cohabitation, 87,5 % en fréquentation. La durée moyenne de la relation est de 13,77 mois ($\bar{ET} = 12,75$) et 1,5 % ont des enfants. Concernant le statut de la relation, 36,1 % sont dans une première relation, 35,9 % dans une deuxième relation, 19,1 % dans une troisième relation et 9 % dans une quatrième relation ou plus. La moyenne d'âge des participants est de 17 ans ($\bar{ET} = 1,62$). L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'institution des chercheurs.

Instruments. Les participants ont répondu à une batterie de questionnaires auto-administrés d'une durée d'environ 45 minutes. Un questionnaire sociodémographique (p. ex., âge, état civil, niveau de scolarité, occupation) a permis de décrire les participants. En guise de remerciement, chaque participant a reçu une compensation de cinq dollars canadiens.

Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (ÉDCS). L'ÉDCS a été développée afin d'évaluer les distractions cognitives pendant les relations sexuelles. Cet outil inclut 15 pensées lors des relations sexuelles, basées sur une échelle en six points variant de (1) jamais à (6) toujours. Les items évaluent les distractions liées à la performance (6 items, p. ex., « Je suis dérangé(e) par des pensées envers mes performances sexuelles »), l'apparence (3 items, p. ex., « Je suis distrait(e) par des pensées envers la perception que mon (ma) partenaire peut avoir de mon corps »), ainsi que les conséquences externes (6 items, p. ex., « Je crains d'être

surpris(e) ou entendu(e) par d'autres personnes ») telles que les tâches quotidiennes, la contraception et les ITS. Certains items de l'ÉDCS sont inspirés du questionnaire sur les distractions cognitives de Dove et Wiederman (QDC; 2000), ainsi que la consigne : « Pendant les activités sexuelles, la plupart des gens ont des pensées concernant différentes choses. Pour chaque question, indiquez jusqu'à quel point il vous arrive d'avoir cette pensée en sélectionnant le chiffre approprié. L'expression partenaire réfère à votre partenaire amoureux ou sexuel actuel. L'expression activité sexuelle correspond à la stimulation mutuelle des organes génitaux (orale ou manuelle) ou à une relation sexuelle (avec pénétration) ».

Le QDC a d'abord été traduit en français par deux chercheurs de l'équipe au moyen de la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989). De cet outil, trois items évaluant l'image du corps et trois items évaluant la performance ont été sélectionnés sur la base de leur clarté, leur simplicité et l'absence de redondance dans leur formulation. Trois items supplémentaires de performance ont été créés pour évaluer les pensées quant à sa performance et celle de l'autre partenaire. Huit items rattachés aux conséquences externes ont été générés à partir des résultats des recherches antérieures. Ces 17 items ont été transmis à un chercheur et une clinicienne experts dans le domaine de la sexualité, qui ont évalués séparément leur clarté (lisibilité, concision, absence de confusion) et leur représentativité (pertinence, lien avec la définition). De ceux-ci, 15 items ont été retenus par les experts sur la base des moyennes de clarté et de représentativité supérieures à 5,00 sur une échelle de (1) mauvais à (6) excellent.

Satisfaction sexuelle. La satisfaction sexuelle a été mesurée à l'aide d'une version abrégée de l'Échelle de satisfaction sexuelle (ÉSS; Hudson, 1978, traduit par Comeau et Boisvert, 1985) évaluant le niveau global de satisfaction sexuelle dans le couple. Cette version contient dix items (p. ex., « Ma vie sexuelle est passionnante ») évalués à partir d'une échelle en cinq points variant de (1) rarement ou jamais à (5) la plupart du temps. Le score est formé de la somme des items, un score élevé reflétant une meilleure satisfaction sexuelle. L'ÉSS présente une bonne cohérence interne (Hudson, 1978), avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,92. Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est de 0,79.

Satisfaction conjugale. La satisfaction conjugale a été mesurée à l'aide de la version française abrégée en quatre items de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976) de Sabourin, Valois et Lussier (DAS-4; 2005). L'échelle comporte trois items évalués sur une échelle en six points variant de (0) jamais à (5) toujours (p. ex., « Te confies-tu à ton(ta) partenaire ») et un item évalué sur une échelle en sept points. Le score est formé de la somme des items, un score élevé reflétant une bonne satisfaction conjugale. Sabourin *et al.* (2005) ont démontré que la version abrégée était aussi efficace que la version originale en 32 items pour discriminer les couples en détresse des couples

heureux. La DAS-4 possède une cohérence interne adéquate ($\alpha = 0,84$) dans l'étude de Sabourin *et al.* et dans cet échantillon ($\alpha = 0,78$).

Résultats

Le Tableau 1 présente les moyennes, les écart-types et les tests *t* permettant de faire ressortir les différences hommes/femmes relatives aux 15 distractions cognitives. Deux items (2, 10) présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement suggérant une distribution s'éloignant de la normalité. Selon les analyses de comparaison, les femmes rapportent plus de distractions cognitives relatives à l'apparence physique que les hommes (items 1, 6, 12). Les femmes rapportent plus de distractions que les hommes quant à leurs habiletés à satisfaire leur partenaire (item 8) ainsi qu'envers la performance de leur partenaire (item 5). Au niveau des conséquences externes, les femmes craignent davantage que les hommes d'être surprises ou entendues par d'autres personnes lors des relations sexuelles (item 14). Comparativement aux femmes, les hommes sont plus distraits par leur performance sexuelle et plus particulièrement à l'idée d'avoir un orgasme trop tôt ou trop tard (item 11). Ils ont également plus d'inquiétudes à propos des maladies transmises sexuellement (item 15). Au niveau du score global (non présenté dans le Tableau 1), les comparaisons de moyennes indiquent que les femmes ($M = 2,13$; $ÉT = 0,56$) présentent autant de distractions que les hommes ($M = 2,03$; $ÉT = 0,50$), $t(290) = 1,38$, $p = 0,169$.

Une analyse factorielle exploratoire (AFE) avec la méthode d'extraction « Factorisation en axes principaux » et une rotation Oblimin a été conduite sur les 15 items, en s'appuyant sur les recommandations de Tabachnik et Fidell (2007). Puisque seuls cinq items présentaient une valeur manquante (< 1 %), la méthode d'effacement du cas (*listwise*) a été choisie, menant la taille d'échantillon à 287. Les postulats préalables à l'AFE sont respectés car la taille de l'échantillon est supérieure aux 150 participants requis (pour un ratio de 10 par item), la mesure d'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,835$) est satisfaisante, alors que la matrice de corrélation est adéquate selon le test de Bartlett, $\chi^2(105) = 1252,349$, $p < 0,001$. Les indices de communautés (*communality*) des items se situent au-delà de 0,200 pour la majorité des items, à l'exception des pensées envers l'infidélité du partenaire (0,178) et la crainte d'être surpris ou entendu (0,167). L'analyse factorielle permet de dégager un seul facteur ayant une valeur propre supérieure à 1 (4,633) et expliquant 30,89 % de la variance commune. Tel que présenté au Tableau 1, les coefficients de saturation des items sont supérieurs à 0,30, sauf pour l'item sur les tâches quotidiennes (qui pourrait être une préoccupation moins présente chez une population étudiante). La cohérence interne de cette structure unidimensionnelle, calculée à partir d'un alpha de Cronbach, est de 0,83, appuyant l'homogénéité de l'échelle globale.

Des analyses de corrélation entre le score global des distractions cognitives (15 items) et de la satisfaction sexuelle et conjugale ont également été effectuées pour vérifier la validité concomitante de l'ÉDCS. Les résultats révèlent des corrélations négatives entre les distractions cognitives et la satisfaction sexuelle ($r = -0,52$, $p < 0,001$) ainsi que la satisfaction conjugale ($r = -0,34$, $p < 0,001$), la corrélation étant plus élevée avec la satisfaction sexuelle.

Étude 2

L'objectif de la deuxième étude vise à vérifier la structure factorielle et la cohérence interne de l'ÉDCS auprès de couples d'adultes hétérosexuels de la population générale et de vérifier les différentes associations entre les distractions cognitives, la satisfaction conjugale et différents aspects de la vie sexuelle. Les différences de genre sont également explorées.

Méthode

Participants et déroulement. L'échantillon se compose de 106 femmes et 75 hommes provenant de la population générale de la province de Québec, parmi lesquels 70 sont des couples (l'homme et la femme du même couple). Ils sont des participants du dernier temps de mesure d'une étude longitudinale de trois ans sur le bien-être conjugal des couples menée au sein d'un échantillon représentatif de la population québécoise, recruté par une firme de sondage (taux de rétention : 31,76 %). Parmi ces participants, 30 % sont mariés et 70 % en cohabitation. La durée moyenne de la relation est de 9 ans ($ÉT = 4,41$) et 53 % ont des enfants. La moyenne d'âge des femmes est de 31,78 ans ($ÉT = 3,50$) et de 34,31 ans ($ÉT = 4,34$) pour les hommes.

Instruments. Les participants ont répondu individuellement à une batterie de questionnaires auto-administrés d'une durée d'environ 45 minutes, qu'ils ont ensuite retournés par la poste dans une enveloppe pré-affranchie. Un questionnaire sociodémographique a permis d'obtenir des informations sur les participants. En guise de remerciement, chaque participant a reçu une compensation monétaire de dix dollars canadiens. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'institution des chercheurs.

Échelle des distractions cognitives lors des relations sexuelles (ÉDCS). La version en 15 items de l'ÉDCS validée à l'étude 1 a été utilisée auprès de cet échantillon. La cohérence interne de l'ÉDCS (15 items), calculée au moyen de l'alpha de Cronbach, est de 0,79 pour les femmes et 0,75 pour les hommes de cet échantillon.

Questionnaire sur la sexualité. L'évaluation de l'expérience sexuelle a été réalisée à partir de six items élaborés par Brassard, Shaver et Lussier (2007) pour évaluer l'expérience sexuelle : la fréquence mensuelle des relations sexuelles, les fantasmes/rêves sexuels incluant le partenaire, l'évitement de la sexualité, la perception de

l'évitement sexuel du partenaire, les difficultés sexuelles et le fait d'accepter d'avoir des relations sexuelles lorsque la personne n'en a pas envie. Le nombre de relations

sexuelles par mois est indiqué à la main, puis chaque item est évalué séparément sur une échelle en cinq points variant de (1) jamais vrai à (5) toujours vrai

Tableau 1

Statistiques descriptives, tests t et coefficients de saturation des items de l'ÉDCS auprès des 292 étudiants (étude 1)

Distractions cognitives	Femmes <i>M (ÉT)</i> (<i>n</i> =203)	Hommes <i>M (ÉT)</i> (<i>n</i> =89)	Asymétrie (<i>ES</i>)	Kurtose (<i>ES</i>)	<i>t</i>	Coefficient de saturation	Alpha si l'item est retiré
1. Je crains que mon (ma) partenaire ne soit pas excité(e) à la vue de mon corps sans mes vêtements.	2,21 (1,18)	1,75 (0,97)	1,007 (0,143)	0,687 (0,284)	3,12**	0,743	0,807
2. Il m'arrive d'être préoccupé(e) par des tâches quotidiennes, comme le ménage, le lavage, etc.	1,52 (0,96)	1,34 (0,79)	2,322 (0,143)	5,756 (0,284)	1,61	0,281	0,829
3. Je me demande si mon (ma) partenaire est satisfaite(e) de la façon dont je touche son corps.	2,75 (1,21)	2,74 (1,41)	0,463 (0,143)	-0,190 (0,285)	0,10	0,693	0,810
4. Je m'inquiète à propos du moyen de contraception utilisé ou de la possibilité d'une grossesse non-planifiée.	2,14 (1,24)	2,22 (1,21)	0,907 (0,143)	0,232 (0,284)	0,54	0,385	0,827
5. Il m'arrive d'avoir hâte que mon (ma) partenaire obtienne son orgasme pour que l'activité sexuelle se termine.	2,00 (0,96)	1,47 (0,88)	1,167 (0,143)	1,329 (0,284)	4,41***	0,467	0,821
6. Je suis distrait(e) par des pensées envers la perception que mon (ma) partenaire peut avoir de mon corps.	2,21 (1,09)	1,80 (1,01)	0,773 (0,143)	-0,189 (0,285)	2,99*	0,758	0,805
7. Il m'arrive de penser que mon (ma) partenaire n'est pas très habile pour me satisfaire sur le plan sexuel.	1,77 (0,93)	1,67 (0,97)	1,290 (0,143)	1,358 (0,285)	0,84	0,495	0,820
8. J'ai des doutes à propos de mes habiletés à satisfaire mon (ma) partenaire sur le plan sexuel.	2,35 (1,09)	1,96 (1,00)	0,767 (0,143)	0,518 (0,285)	2,86**	0,747	0,807
9. Je suis dérangé(e) par des pensées concernant des situations stressantes (travail, famille, conflits, études, etc.)	1,80 (0,94)	1,58 (0,95)	1,188 (0,143)	0,779 (0,284)	1,81	0,375	0,824
10. Il m'arrive de penser que mon (ma) partenaire aurait pu m'être infidèle.	1,53 (0,93)	1,66 (0,88)	1,979 (0,143)	4,595 (0,284)	1,07	0,438	0,823
11. Je crains que mon (ma) partenaire s'impatiente si je n'obtiens pas un orgasme assez rapidement ou si je l'obtiens trop rapidement.	1,55 (0,91)	2,24 (1,26)	1,407 (0,143)	1,191 (0,284)	4,60***	0,502	0,821
12. Je peux davantage me concentrer sur mon plaisir si je suis dans une position où mon (ma) partenaire ne peut pas voir mon corps.	2,11 (1,25)	1,62 (1,07)	1,180 (0,143)	0,570 (0,284)	3,12**	0,569	0,818
13. Je suis dérangé(e) par des pensées envers mes performances sexuelles.	1,98 (1,05)	1,89 (1,15)	1,207 (0,143)	1,395 (0,285)	0,65	0,745	0,806
14. Je crains d'être surpris(e) ou entendu(e) par d'autres personnes.	2,74 (1,25)	2,27 (1,14)	0,464 (0,143)	-0,357 (0,284)	3,01**	0,412	0,826
15. J'ai des inquiétudes à propos des maladies transmises sexuellement.	1,71 (0,92)	2,00 (1,17)	1,309 (0,143)	1,453 (0,284)	2,00*	0,381	0,824

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

Satisfaction conjugale. La satisfaction conjugale a été mesurée à l'aide de la version française abrégée en quatre items du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS-4; Sabourin *et al.*, 2005) décrite à l'étude 1. Au sein de cet échantillon, la cohérence interne de l'instrument est de 0,88 pour les femmes et 0,82 pour les hommes.

Résultats

Le Tableau 2 présente les moyennes, les écart-types, les indices d'asymétrie et d'aplatissement et les tests *t* appariés pour les 15 distractions cognitives des 70 couples, comme il s'agit de données dyadiques non-indépendantes. Les items 2, 4, 12, 14 et 15 présentent des distributions qui s'éloignent davantage de la normalité. Selon les analyses de comparaison, les femmes

Tableau 2

Statistiques descriptives, tests t appariés sur les 70 couples complets et coefficient de saturation pour les hommes et les femmes (étude 2)

Items ÉDSC	Femmes (n=70)			Hommes (n = 70)			<i>t</i> apparié	Femmes (n=106)		Hommes (n=75)	
	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Asymétrie (ES)	Kurtose (ES)	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Asymétrie (ES)	Kurtose (ES)		Coefficient saturation	Alpha si item retiré	Coefficient saturation	Alpha si item retiré
Item 1	2,21 (1,10)	1,306 (0,287)	0,559 (0,566)	1,64 (0,95)	0,629 (0,287)	-0,139 (0,566)	3,44**	0,553	0,718	0,674	0,775
Item 2	2,19 (1,20)	2,201 (0,287)	5,036 (0,566)	1,31 (0,63)	0,888 (0,287)	0,435 (0,566)	5,24***	0,373	0,744	0,227	0,782
Item 3	2,61 (1,23)	0,000 (0,287)	-0,731 (0,566)	3,06 (1,36)	0,832 (0,287)	0,503 (0,566)	2,20*	0,661	0,697	0,753	0,765
Item 4	1,41 (0,79)	3,148 (0,287)	12,453 (0,566)	1,39 (0,86)	2,203 (0,287)	5,516 (0,566)	0,207	0,379	0,740	0,331	0,783
Item 5	2,16 (0,85)	1,713 (0,287)	3,129 (0,566)	1,40 (0,65)	0,136 (0,287)	-0,772 (0,566)	6,16***	0,373	0,735	0,422	0,782
Item 6	2,24 (1,03)	1,671 (0,287)	2,372 (0,566)	1,41 (0,70)	1,057 (0,287)	1,801 (0,566)	5,88***	0,780	0,726	0,538	0,751
Item 7	1,90 (1,01)	0,626 (0,287)	-0,796 (0,566)	1,96 (1,00)	1,250 (0,287)	1,697 (0,566)	0,39	0,355	0,720	0,574	0,785
Item 8	2,43 (0,96)	0,342 (0,287)	-0,480 (0,566)	2,27 (1,00)	0,465 (0,287)	0,136 (0,566)	1,05	0,787	0,710	0,734	0,751
Item 9	2,37 (1,05)	1,802 (0,287)	4,650 (0,566)	1,59 (0,79)	0,889 (0,287)	1,391 (0,566)	5,17***	0,376	0,743	0,244	0,780
Item 10	1,31 (0,65)	1,891 (0,287)	2,629 (0,566)	1,29 (0,57)	2,202 (0,287)	4,631 (0,566)	0,29	0,439	0,743	0,295	0,779
Item 11	1,49 (0,83)	0,701 (0,287)	-0,216 (0,566)	2,00 (1,00)	2,007 (0,287)	4,466 (0,566)	3,58**	0,490	0,725	0,577	0,780
Item 12	1,89 (1,06)	4,785 (0,287)	26,576 (0,566)	1,23 (0,75)	1,599 (0,287)	3,373 (0,566)	5,63***	0,557	0,740	0,292	0,775
Item 13	1,83 (0,93)	0,708 (0,287)	-0,708 (0,566)	1,94 (1,02)	0,796 (0,287)	-0,433 (0,566)	0,78	0,688	0,699	0,793	0,764
Item 14	2,23 (1,19)	2,097 (0,287)	5,108 (0,566)	1,57 (0,89)	0,909 (0,287)	0,602 (0,566)	4,00***	0,407	0,748	0,192	0,785
Item 15	1,04 (0,20)	4,849 (0,287)	24,540 (0,566)	1,20 (0,81)	4,577 (0,287)	19,517 (0,570)	1,56	0,021	0,774	-0,198	0,792

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

présentent plus de distractions cognitives concernant l'apparence que les hommes (items 1, 6, 12). Les femmes rapportent plus de pensées concernant le fait d'avoir hâte que le partenaire obtienne son orgasme pour que l'activité sexuelle se termine (item 5). Les femmes ont aussi plus de distractions que les hommes concernant les tâches quotidiennes (item 2), les situations stressantes (item 9) et la peur d'être surprises ou entendues (item 14). Comparativement aux femmes, les hommes se montrent plus préoccupés par leurs habiletés à satisfaire leur partenaire (item 3), de même que par la peur que leur partenaire s'impatiente s'ils obtiennent un orgasme trop rapidement ou trop lentement (item 11). Au niveau du score global (non présenté dans le Tableau 2), les femmes ($M=2,02$; $ÉT=0,50$) rapportent significativement plus de distractions lors des relations sexuelles que les hommes ($M=1,72$; $ÉT=0,45$), $t(69) = 5,09$, $p < 0,001$.

Deux AFE avec factorisation en axes principaux et rotation Oblimin ont été conduites séparément chez les 106 femmes et les 75 hommes afin de tenir compte de la non-indépendance des observations de couple et de conserver un maximum de participants. Il n'y a aucune valeur manquante. Concernant les postulats préalables à l'AFE (Tabachnik et Fidell, 2007), la taille de l'échantillon est dite passable pour les 106 femmes (ratio de 7 femmes par item) et les 75 hommes (ratio de 5 hommes par item), la mesure d'adéquacité de l'échantillonnage KMO est moyenne (0,671 pour les femmes; 0,682 pour les hommes) et la matrice de corrélation (test de Bartlett) est adéquate pour les femmes ($\chi^2(105) = 494,076$, $p < 0,001$) et pour les hommes ($\chi^2(105) = 307,976$, $p < 0,001$). Les indices de communautés (*communality*) des items se situent au-delà de 0,200 pour tous les items. Les deux analyses factorielles permettent de dégager un seul facteur ayant une valeur propre supérieure à 1 et expliquant 26,96 % de la variance commune pour les femmes et 25,26 % pour les hommes. Les indices de saturation des items sont supérieurs à 0,30, mis à part certains items (voir Tableau 2). Tout d'abord, l'item 15 présente un coefficient de saturation faible pour les femmes et les hommes. Il est fort probable que les couples en relation de plus longue durée soient moins préoccupés par les ITS. Les items concernant les tâches ménagères (item 2), les situations stressantes (item 9), l'infidélité du partenaire (item 10), la position du corps (item 12) et la peur d'être surpris ou entendu (item 14) présentent une saturation adéquate chez les femmes uniquement, ce qui pourrait refléter que ces préoccupations sont plus représentatives de l'expérience des femmes que de celle des hommes.

Le Tableau 3 présente les corrélations entre les scores globaux de distractions cognitives des femmes et des hommes, les six indicateurs de l'expérience sexuelle et les scores de satisfaction conjugale. Les résultats indiquent que les distractions cognitives des femmes et des hommes sont reliées à leurs difficultés sexuelles ainsi qu'à la perception du conjoint comme évitant les relations sexuelles. De plus, les distractions des femmes sont reliées

à leur évitement de la sexualité et au fait d'accepter d'avoir des relations sexuelles lorsqu'elles ne les désirent pas. Sur le plan dyadique, lorsque les femmes perçoivent que leur partenaire évite la sexualité et lorsqu'elles ont moins de fantasmes ou de rêves qui incluent leur partenaire, les hommes ont plus de distractions cognitives. De plus, les distractions cognitives des femmes sont positivement reliées aux distractions cognitives de leur conjoint (non présenté dans le Tableau 2), $r(68) = 0,464$, $p < 0,001$.

Discussion générale

Ces deux études avaient pour but la validation préliminaire d'un nouveau questionnaire de distractions cognitives lors des relations sexuelles en langue française, s'appuyant sur les trois dimensions identifiées dans les écrits scientifiques. Les deux études apportent des appuis préliminaires à la validité de construit, la validité concomitante et la fidélité de l'ÉDCS.

L'étude 1 a permis une première vérification de la structure factorielle et de la cohérence interne de l'ÉDCS auprès d'étudiants hétérosexuels en relation de couple, en plus de montrer des liens entre les distractions cognitives et deux concepts associés, soit la satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle. L'analyse factorielle n'a permis de dégager qu'un seul facteur des distractions cognitives, plutôt que les trois facteurs anticipés. Il est possible que les trois facteurs proposés dans la documentation présentent une grande hétérogénéité, ce qui peut rendre difficile leur regroupement en trois facteurs distincts. Néanmoins, la cohérence interne de la structure unidimensionnelle témoigne d'une homogénéité satisfaisante de l'échelle globale. Les indices de saturation des items sont acceptables, mis à part l'item sur les tâches quotidiennes, qui semble une préoccupation moins représentative chez les étudiants majoritairement en relation de couple sans cohabiter (elle semble plus saillante chez les couples adultes, comme le révèlent les résultats l'étude 2). Cet item a donc été conservé, car le questionnaire a l'avantage de s'adresser tant aux adolescents qu'aux adultes. Or, les chercheurs pourraient considérer retirer cet item du questionnaire dans les échantillons d'étudiants qui ne cohabitent pas avec leur partenaire.

Au niveau du score global, aucune différence de moyenne significative n'est apparue entre les distractions cognitives des étudiantes et des étudiants, suggérant leur présence chez les deux genres. De façon plus spécifique, même si une structure unifactorielle est apparue dans cette nouvelle mesure, les résultats indiquent que les femmes endossent davantage les items de distractions cognitives relatifs à leur apparence physique que les hommes. Il semble donc que les étudiantes sont préoccupées par la perception que leur partenaire peut avoir de leur corps. Bien que les femmes rapportent aussi des distractions au niveau de la performance, les hommes sont plus distraits par des pensées envers leur performance sexuelle et plus particulièrement à l'idée d'avoir un orgasme trop tôt ou

trop tard. Ces résultats sont cohérents avec les études antérieures (Meana et Nunnink, 2006; Purdon et Holdaway, 2006; Wiederman, 2000) au niveau de l'image du corps et de la performance. Enfin, les femmes craignent davantage d'être surprises ou entendues par d'autres personnes lors des relations sexuelles, alors les hommes présentent plus d'inquiétudes à propos des infections transmises sexuellement.

Les résultats ont aussi montré que les distractions cognitives sont liées à des degrés plus faibles de satisfaction sexuelle et de satisfaction conjugale (dans une moindre mesure), deux concepts différents des distractions cognitives, mais susceptibles d'y être associés. Ces résultats offrent un appui à la validité concomitante de l'outil et ils corroborent les études antérieures révélant des associations entre les distractions cognitives et

l'insatisfaction sexuelle (Dove et Wiederman, 2000; Gillen et Markey, 2019; Meana et Nunnink, 2006; Purdon et Holdaway, 2006).

L'étude 2 a permis de vérifier à nouveau la structure factorielle et la cohérence interne de l'ÉDCS, mais cette fois-ci auprès de couples d'adultes hétérosexuels de la population générale qui cohabitent. En plus de pouvoir étendre l'utilisation de l'échelle aux adultes, l'étude 2 a permis d'explorer les associations entre les distractions cognitives et la satisfaction conjugale ainsi que d'autres aspects de la vie sexuelle, comme la fréquence des relations sexuelles, l'évitement et les difficultés sexuelles. À l'instar de l'étude 1, les résultats des analyses factorielles exploratoires de l'étude 2 ne font ressortir qu'un seul facteur expliquant les distractions

Tableau 3

Corrélations entre les scores de distractions cognitives, l'expérience sexuelle et la satisfaction conjugale des hommes et des femmes de l'étude 2

Expérience sexuelle de la femme	Distractions cognitives des femmes	Distractions cognitives des hommes
1. Fréquence des relations sexuelles	-0,114	-0,129
2. Évitement sexuel	0,373**	0,180
3. Perception de l'évitement sexuel du partenaire	0,224*	0,251*
4. Fantômes/rêves qui incluent le partenaire	-0,155	-0,332**
5. Difficultés sexuelles	0,226*	0,181
6. Accepter les relations sexuelles non-désirées	0,335**	0,237
Expérience sexuelle de l'homme		
1. Fréquence des relations sexuelles	-0,226	-0,097
2. Évitement sexuel	-0,125	0,076
3. Perception de l'évitement sexuel du partenaire	0,204	0,309**
4. Fantômes/rêves qui incluent le partenaire	-0,087	0,038
5. Difficultés sexuelles	-0,053	0,238*
6. Accepter les relations sexuelles non-désirées	0,082	0,123
Satisfaction conjugale de la femme	-0,307**	-0,242*
Satisfaction conjugale de l'homme	-0,214	-0,237*

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

cognitives. Les indices de saturation sont acceptables pour la plupart des items, mis à part des pensées liées à des éléments externes, comme les ITS. Ici aussi, il est possible que les pensées reliées aux ITS soient moins saillantes chez les partenaires de longue durée que chez les étudiants en début de relation. Les chercheurs pourraient donc considérer retirer cet item du questionnaire dans les échantillons d'adultes en relation de couple exclusive.

Les résultats de l'étude 2 indiquent également que les distractions cognitives des femmes et des hommes adultes sont liées aux difficultés sexuelles, ce qui corrobore les études liant les distractions cognitives aux dysfonctions sexuelles (Nelson et Purdon, 2011, Pascoal *et al.*, 2018). De plus, lorsque les femmes évitent la sexualité ou acceptent d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire même si elles ne le désirent pas, il est possible que cette discordance entre leur comportement et leur désir contribue aux distractions cognitives lors des relations sexuelles, ce qui pourrait en retour limiter l'excitation, le plaisir et le désir. Les associations obtenues entre les distractions cognitives, les difficultés sexuelles et la satisfaction conjugale appuient également la validité concomitante de l'ÉDCS auprès des adultes en couple de la population générale.

Contrairement à l'étude 1, les résultats de l'étude 2 révèlent que les femmes adultes présentent un score global de distractions cognitives plus élevé que les hommes. Or, lorsque les distractions sont explorées de façon spécifique, les femmes endossent, comme les étudiantes, plus de distractions cognitives basées sur leur apparence que les hommes. Elles présentent également des distractions au niveau de la performance sexuelle du partenaire, tout comme les étudiantes. Or, alors que les femmes comme les étudiantes craignent davantage que les hommes d'être surprises lors des relations sexuelles, les femmes adultes en relation de couple rapportent plus de distractions que les hommes concernant les tâches quotidiennes et les situations stressantes, ce qui pourraient refléter la réalité des femmes en cohabitation.

FORCES, LIMITES ET IMPLICATIONS

L'ÉDCS présente l'avantage de s'adresser à la fois aux femmes et aux hommes ainsi qu'aux étudiants en relation de couple plus ou moins récente et aux adultes en relation de plus longue durée. Formé de peu d'items, qui sont faciles à comprendre et à répondre en peu de temps, cet instrument pourrait être utilisé en clinique pour amorcer une discussion et identifier des distractions cognitives qui interfèrent avec l'expérience sexuelle et relationnelle des individus en couple. L'ÉDCS pourrait aussi être utilisée auprès des individus qui présentent des dysfonctions sexuelles, ceux-ci étant à risque d'être préoccupés par l'anxiété de performance, de jouer un rôle de spectateur ou d'être distraits par des pensées non sexuelles. L'outil devrait toutefois être validé auprès d'une population clinique, avec et sans dysfonction sexuelle.

Le questionnaire présente également certaines limites. D'abord, la stabilité temporelle de l'instrument et sa validité prédictive n'ont pas été vérifiées dans ces deux études transversales corrélationnelles et devraient faire l'objet de futures études longitudinales. Les deux études présentées utilisent uniquement des questionnaires auto-rapportés sur les expériences sexuelles. Certaines réponses peuvent donc faire l'objet d'un biais de rappel ou de désirabilité sociale. Le questionnaire actuel ne peut être généralisé à l'ensemble de la population, ayant été validé auprès de personnes en relation de couple hétérosexuel uniquement. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer la structure factorielle de l'outil auprès d'un échantillon représentatif des minorités sexuelles et de genre. De plus, l'ÉDCS ne comprend pas d'item de distractions reliées aux expériences d'agression sexuelle, ce qui pourrait être une préoccupation très envahissante chez les victimes de violence sexuelle. Par ailleurs, la satisfaction conjugale a été mesurée à l'aide de la DAS-4 (Sabourin *et al.*, 2005) une mesure validée pour les couples mariés ou en cohabitation, alors que l'échantillon de l'étude 1 était composé majoritairement d'étudiants en relation de fréquentation. Or, il est probable que les résultats aient été peu affectés par cette limite, car les quatre items de cette échelle abrégée se veulent très généraux.

Au niveau de la structure factorielle, les différents thèmes de distractions cognitives de l'ÉDCS se regroupent sous une structure unidimensionnelle plutôt que tridimensionnelle. Puisque les tailles d'échantillon sont adéquate (étude 1) et passable (étude 2), il serait nécessaire de réaliser des analyses factorielles confirmatoires auprès de plus grands échantillons afin de comparer l'ajustement des modèles en un ou trois facteurs, en plus de tester l'invariance du genre. Même si un seul score global de distractions est calculé, l'homogénéité des items s'avère satisfaisante et les liens établis avec des mesures de satisfaction sexuelle (étude 1) et de difficultés sexuelles (étude 2) présentent des implications possibles au niveau du traitement des difficultés sexuelles. L'utilisation de l'ÉDCS en recherche pourrait faciliter l'identification des distractions cognitives autant chez les femmes que chez les hommes de différents groupes d'âge, qu'ils présentent des difficultés sexuelles ou non.

Les résultats de ces deux études incitent à poursuivre la recherche afin d'examiner davantage le contenu des pensées non-érotiques en fonction du genre, du statut conjugal (en cohabitation ou non) et de la durée de la relation, en particulier sur le plan des préoccupations externes. D'autres études pourraient également s'intéresser aux différents thèmes de distractions cognitives en lien avec la relation de couple actuelle ou les traumatismes passés, comme les agressions sexuelles. Il serait aussi pertinent de s'intéresser aux pensées qui précèdent et qui suivent les relations sexuelles, en plus des pensées présentes pendant l'activité sexuelle. D'autres recherches pourraient enfin s'intéresser aux facteurs qui

prédisposent les individus à développer certains thèmes de distractions en particulier (p. ex., les différents modèles parentaux, les différences culturelles et les styles d'attachement).

Abstract

Cognitive distractions during sex have been related to decreased sexual arousal, sexual difficulties, relationship dissatisfaction, and sexual dissatisfaction. This article presents the results of two validation studies of a new questionnaire assessing cognitive distractions during sexuality, a scale mitigating the weaknesses of existing instruments on cognitive distractions content during sexuality. In Study 1, 292 undergraduate students from the province of Québec completed self-reported measures of cognitive distractions, and relationship and sexual satisfaction. In Study 2, 70 heterosexual couples from the province of Québec completed self-report measures of cognitive distractions, relationship satisfaction, and experience of sexuality. Results from both studies suggest a unidimensional factorial structure of cognitive distractions, as well as gender differences for some items of the scale. Adult women (study 2) globally reported more cognitive distractions than men did, which was not the case for students (study 1). Cognitive distractions were related to low sexual satisfaction (study 1), sexual difficulties (study 2), and lower relationship satisfaction (studies 1 and 2). Both studies lend preliminary support to the construct validity, concurrent validity, and internal consistency of the scale.

Keywords: sexuality, cognitive distractions, validation, psychometrics

Références

- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 140-148.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. G. et Barlow, D. H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: I. Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 9-17.
- Birnbaum, G. E. (2007). Beyond the borders of reality: Attachment orientations and sexual fantasies. *Personal Relationships, 14*, 321-342.
- Birnbaum, G., Glaubman, H. et Mikulincer, M. (2001). Women's experience of heterosexual intercourse: Scale construction, factor structure, and relations to orgasmic disorder. *Journal of Sex Research, 38*, 191-204.
- Brassard, A., Shaver, P. R. et Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-493.
- Byers, E. S., Demmons, S. et Lawrence, K. A. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 257-267.
- Byers, E. S. et Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research, 36*, 180-189.
- Carvalho, A., Godinho, L. et Costa, P. (2017). The impact of body dissatisfaction on distressing sexual difficulties among men and women: The mediator role of cognitive distraction. *The Journal of Sex Research, 54*, 331-340.
- Comeau, S. et Boisvert, J-M. (1985). *Traduction du questionnaire de satisfaction sexuelle*. Document inédit. Montréal, QC, Canada.
- Doss, B. D., Simpson, L. E. et Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice, 6*, 608-614.
- Dove, N. L. et Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*, 67-78.
- Epstein, N. B. et Baucom, D. H. (1993). Cognitive factors in marital disturbance. Dans K. S. Dobson et P. C. Kendall (Éds), *Psychopathology and cognition* (pp. 351-385). San Diego, CA: Academic Press.
- Gagnon-Girouard, M.-P., Turcotte, O., Paré-Cardinal, M., Lévesque, D., St-Pierre Tanguay, B. et Bégin, C. (2014). Image corporelle, satisfaction sexuelle et conjugale chez des couples hétérosexuels. *Revue canadienne des sciences du comportement, 46*, 134-146.
- Géonet, M., De Sutter, P. et Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies, 22*, e9-e15.
- Gillen, M. M., Markey, C. H. et Daniels, E. A. (2018). Becoming positive: Our growing understanding of positive body image. Dans E. A. Daniels, M. M. Gillen et C. H. Markey (Éds), *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice* (pp. 1-5). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gillen, M. M. et Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image, 31*, 294-301.
- Holmes, J. G. (2000). Social relationships: The nature and function of relational schemas. *European Journal of Social Psychology, 30*, 447-495.
- Hudson, W. W. (1978). *A measurement package for clinical workers*. Honolulu, HI: University of Hawai'i school of social work.
- Hynie, M. et Lydon, J. E. (1995). Women's perceptions of female contraceptive behavior: Experimental evidence of the sexual double standard. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 563-581.
- Hynie, M., Lydon, J. E. et Taradash, A. (1997). Commitment, intimacy, and women's perceptions of premarital sex and contraceptive readiness. *Psychology of Women Quarterly, 21*, 447-464.
- Impett, E. A., Muise, A. et Peragine, D. (2014). Sexuality in the context of relationships. Dans D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus et L. M. Ward (Éds), *APA handbook of sexuality*

- and psychology, Vol. 1: Person-based approaches (pp. 269-315). American Psychological Association. doi: 10.1037/14193-010
- Lacefield, K. et Negy, C. (2012). Non-erotic cognitive distractions during sexual activity in sexual minority and heterosexual young adults. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 391–400.
- Laumann, E. O., Paik, A. et Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association, 281*, 537-544.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.
- Masters, W. H. et Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, MA: Little Brown.
- McCabe, M. P. et Connaughton, C. (2014). Psychosocial factors associated with male sexual difficulties. *The Journal of Sex Research, 51*, 31-42.
- Meana, M. et Nunnink, S. E. (2006). Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *Journal of Sex Research, 43*, 59-68.
- McNulty, J. K., Wenner, C. A. et Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior, 45*, 85-97.
- Muise, A. (2017). When and for whom is sex more beneficial? Sexual motivation in romantic relationships. *Canadian Psychology, 58*, 69-74.
- Muise, A., Schimmack et Impett, E. A. (2016). Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better. *Social Psychological and Personality Science, 7*, 295-302.
- Nelson, A. L. et Purdon, C. (2011). Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 395-406.
- Pascoal, P., Narciso, I. et Pereira, N. M. (2012). Predictors of body appearance cognitive distraction during sexual activity in men and women. *The Journal of Sexual Medicine, 9*, 2849-2860.
- Pascoal, P. M., Rosa, P. J., da Silva, E. P. et Nobre, P. J. (2018). Sexual beliefs and sexual functioning: The mediating role of cognitive distraction. *International Journal of Sexual Health, 30*, 60-71.
- Pujols, Y., Meston, C. M. et Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine, 7*, 905-916.
- Purdon, C. et Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research, 43*, 154-162.
- Rosen, R. C., Heiman, J. R., Long, J. S., Fisher, W. A. et Sand, M. S. (2016). Men with sexual problems and their partners: Findings from the International Survey of Relationships. *Archives of Sexual Behavior, 45*, 159-173.
- Rowland, D. L., Cooper, S. E. et Slob, A. K. (1996). Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 194-203.
- Rowland, D. L. et Kolba, T. N. (2016). Understanding orgasmic difficulty in women. *The Journal of Sexual Medicine, 13*, 1246-1254.
- Rowland, D. L. et Kolba, T. N. (2018). The burden of sexual problems: Perceived effects on men's and women's sexual partners. *The Journal of Sex Research, 55*, 226-235.
- Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27.
- Silva, E., Pascoal, P. M. et Nobre, P. (2016). Beliefs about appearance, cognitive distraction and sexual functioning in men and women: A mediation model based on cognitive theory. *The Journal of Sexual Medicine, 13*, 1387-1394.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne, 30*, 662-680.
- Velten, J. et Margraf, J. (2017). Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLOS ONE, 12*. doi.org/10.1371/journal.pone.0172855
- Weeks, G. R. et Gambescia, N. (2015). Couple therapy and sexual problems. Dans A. S. Gurman, J. L. Lebow et D. K. Snyder (Éds), *Clinical handbook of couple therapy* (5e éd., pp. 635–656). New York: Guilford Press.
- Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research, 37*, 60-68.
- Wiederman, M. W. (2002). Body image and sexual functioning. Dans T. F. Cash et T. Pruzinsky (Éds), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 287-294). New York: Guilford Press.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D. et Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex et Marital Therapy, 40*, 275-293.

QUEL EST L'IMPACT D'UNE TCC POUR LE TSPT SUR L'ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES, DE LA QUALITÉ DE VIE ET DU FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN?

André Marchand¹, Christine Therriault¹, Dominic Beaulieu-Prévost¹,
Li Anne Mercier¹, Geneviève Belleville² et Stéphane Guay³

¹Université du Québec à Montréal

²Université Laval

³Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objectifs. 1) Délimiter les stratégies d'intervention de la TCC les plus efficaces pour traiter le TSPT, et ce, à l'aide de trois mesures d'impacts, soit; la sévérité des symptômes, la qualité de vie et le fonctionnement au quotidien. 2) Observer les patrons de changements thérapeutiques spécifiques sur chaque mesure d'impact. **Méthode.** L'échantillon se compose de 80 individus atteints d'un TSPT résultant d'événements traumatiques variés. L'intervention comprend 20 séances de 90 minutes. Il s'agit d'un essai clinique et l'intervention inclut trois phases caractérisées par l'application de stratégies probantes. Les trois mesures d'impact étaient prises à cinq reprises: en prétraitement, après la troisième session, après la neuvième session, après la vingtième session et au suivi de 6 mois. **Résultats.** Une diminution considérable de la sévérité des symptômes du TSPT, une amélioration notable, mais moins importante de la qualité de vie et du fonctionnement au quotidien de patients. De plus, les progrès se maintiennent lors du suivi de six mois, à l'exception d'une très légère détérioration de la qualité de vie. **Conclusion.** La TCC a non seulement un effet réducteur sur les symptômes, mais elle semble aussi améliorer la qualité de vie et le fonctionnement au quotidien des personnes atteintes d'un TSPT. Les chercheurs cliniciens doivent poursuivre l'étude des prédicteurs d'efficacité du traitement du TSPT et orienter leurs efforts vers une évaluation plus étendue des mesures d'impact du traitement

Mots clés: Évolution des changements thérapeutiques; Mesures d'impact; TCC; TSPT.

See end of text for English abstract

Correspondance : Dominic Beaulieu-Prévost, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8, Courriel: beaulieu-prevost.dominic@uqam.ca

Remerciements - La préparation de l'étude a été facilitée par une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH).

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est l'un des troubles les plus répandus au sein de la population générale, présentant des taux de prévalence à vie variant entre 2,4 % et 12 % (Kessler *et al.*, 2005 ; Van Ameringen, Mancini, Patterson et Boyle, 2008). Selon Foa, Keane, Friedman et Cohen (2008), une des interventions de choix pour traiter le TSPT consiste en une thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Effectivement, des tailles d'effets élevées (d de Cohen = 1.0 et 1,27) associées à la réduction des symptômes sont observées à la suite de son utilisation auprès de patients avec un TSPT sans troubles connexes (Jonas *et al.*, 2013).

De plus, les résultats d'une méta-analyse permettent d'observer que la TCC (Thérapie cognitivo-comportementale) est efficace pour diminuer les principaux symptômes du TSPT (Bradley, Greene, Dutra et Westen, 2005) et que ses effets sont significativement supérieurs à l'absence de traitement, à un groupe contrôle à liste d'attente et à une thérapie de soutien (Butler, Chapman, Forman et Beck, 2006; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan et Foa, 2010; Resick, Monson et Gutner, 2007). Aussi, une autre méta-analyse (Van Etten et Taylor, 1998) souligne que les effets de la psychothérapie sont généralement supérieurs à ceux de la pharmacothérapie à long terme.

Cependant, malgré les effets positifs rapportés dans plusieurs études et les recommandations des groupes d'experts, la TCC présente des limites sur les plans de l'efficacité et du taux de rétention des patients en cours de traitement (Bradley *et al.*, 2005; Jonas *et al.*, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2018). En effet, la TCC étant un traitement multimodal, il est difficile de dégager les stratégies d'intervention (p.ex., la psychoéducation, l'exposition) les plus efficaces. En fait,

les prédicteurs d'efficacité de la TCC (c.-à-d., les stratégies d'intervention) pour le TSPT sont peu connus. De plus, au-delà de la méconnaissance de l'impact réel de chaque stratégie d'intervention de la TCC, les mesures d'impact utilisées dans les recherches reposent essentiellement sur la diminution des symptômes. Elles négligent les améliorations potentielles à un niveau plus fonctionnel, plus concret, c'est-à-dire, dans les différentes sphères de la vie du patient (p.ex., qualité de vie et fonctionnement quotidien), malgré le fait qu'une amélioration sur le plan des symptômes n'indique pas nécessairement une amélioration au niveau psychosocial (Kazdin, 2003).

Ainsi, on observe de plus en plus un nouvel intérêt chez les chercheurs cliniciens concernant la compréhension plus spécifique des stratégies d'interventions associées aux résultats de la psychothérapie du TSPT. Cette considération se reflète dans l'attention particulière sur ce qui se produit dans l'intervalle entre les mesures en prétraitement et celles en post-traitement. L'évaluation du changement est généralement effectuée exclusivement à l'aide de ses mesures, en prétraitement et en post-traitement occasionnellement lors de relances supplémentaires, ce qui ne permet pas d'observer la séquence temporelle des changements durant la TCC. Cela empêche également les chercheurs de répondre aux interrogations concernant les ingrédients thérapeutiques de la psychothérapie. Les chercheurs doivent orienter leurs efforts, non plus vers l'évaluation de l'efficacité de la TCC, mais vers une évaluation plus étendue des processus sous-tendant le changement thérapeutique et vers l'application de nouvelles mesures d'impact (*outcome*). Une meilleure compréhension des mécanismes de changement semble être un investissement à long terme des plus rentables dans l'optique d'améliorer la pratique clinique ainsi que l'obtention de services de soins de qualité.

Jusqu'à maintenant, très peu d'études portant sur l'efficacité de la TCC pour le TSPT (Jonas *et al.*, 2013) ont réellement permis d'identifier spécifiquement les stratégies thérapeutiques impliquées dans le changement thérapeutique ou d'aborder plus globalement ce qui se passe durant le traitement (Galovski, Blain, Mott, Elwood et Houle, 2012; Kazdin, 2007). La façon dont la séquence temporelle des mesures se trouve élaborée et planifiée lors d'un essai clinique peut dramatiquement influencer l'évaluation de l'amplitude des effets du traitement observés. En conséquence, l'intervention doit être d'une durée suffisamment longue pour que les effets attendus apparaissent.

Or, la plupart des études d'efficacité de la TCC du TSPT ne comprennent que huit ou neuf séances (Foa et Rothbaum, 1998; Taylor *et al.*, 2003). Comme le traitement peut prendre un certain temps pour produire la totalité de ses effets, cela implique que l'intervalle entre la mesure d'un changement sur le plan des symptômes et autres mesures d'impact doit être suffisamment étendu

pour permettre aux différentes stratégies d'intervention de la TCC de les affecter. Aussi, les temps de mesure doivent être bien synchronisés avec les moments où les changements se manifestent au risque de sous-estimer l'ampleur du changement et de ne pas détecter des médiateurs ou prédicteurs potentiels. Finalement, les temps de mesure doivent être suffisamment nombreux pour capturer les variations de changements (Laurenceau, Hayes et Feldman, 2007). Donc, plusieurs omissions d'ordre méthodologique ralentissent l'accumulation de connaissances concernant les moments clés (p.ex., entre chaque stratégie thérapeutique) de la TCC qui seraient des indicateurs de l'évolution des changements sur le plan de diverses mesures d'impact, dont la symptomatologie du TSPT.

Néanmoins, même lorsque les changements sont évalués à plusieurs reprises pendant le traitement, la majorité des études ne s'attardent qu'à la mesure la symptomatologie. Peu de recherches mesurent aussi les changements au niveau de mesures d'impacts complémentaires, malgré le fait qu'avoir un TSPT génère des répercussions négatives graves non seulement sur la santé mentale des patients, mais aussi sur d'autres sphères de leur vie, comme leur qualité de vie (QV: Olatunji, Cisler et Tolin, 2007) et leur fonctionnement psychosocial (Wiersma, 2006). Ainsi, selon Crits-Christoph et ses collègues (2008), l'utilisation de mesures d'impact complémentaires aux mesures de symptômes permettrait de s'assurer de la réhabilitation complète des patients dans leur environnement quotidien et, par le fait même, de l'efficacité manifeste de la TCC. Quelques études au cours des deux dernières décennies ont inclus une mesure de fonctionnement au quotidien (FQ: Jonas *et al.*, 2013), de la QV générale (Hofmann, Wu et Boettcher, 2014) et de la QV au travail (Phillips, Bruehl et Harden, 1997; Schnurr et Lunney, 2012). Les données obtenues concernant la QV entre autres demeurent mitigées. Certaines études suggèrent que la réduction des symptômes du TSPT est associée à des améliorations au niveau de la QV (Crits-Christoph *et al.*, 2008; Schnurr et Lunney, 2012). Néanmoins, d'autres études présentent une séquence différente, soit une amélioration de la QV suivie par la réduction des symptômes de TSPT et, par la suite, d'un changement au niveau du fonctionnement au quotidien (Lutz, Lowry, Kopta, Einstein et Howard, 2001). Cependant, les conclusions générales concernant la QV et le FQ demeurent limitées compte tenu de nombreuses lacunes méthodologiques et de l'hétérogénéité des mesures utilisées.

En outre, la plupart des études ne fournissent pas une définition opérationnelle de la QV (Lacerte, Guay, Beaulieu, Belleville et Marchand, 2017) ainsi que du fonctionnement au quotidien. De plus, comme mentionné précédemment, la plupart des études ont utilisé un devis pré-post/relance pour évaluer l'efficacité du traitement, ce qui ne permet pas de répondre à un éventail de questions concernant l'évolution des patients durant le processus

thérapeutique. Selon Laurenceau et ses collègues (2007), l'utilisation d'un devis temporel avec des observations étroitement et logiquement espacées durant l'intervention (p.ex., entre chaque stratégie d'intervention) permettrait de mieux comprendre l'effet de chacune des stratégies d'intervention spécifique sur l'évolution et l'amélioration de la condition globale du patient atteint du TSPT.

À notre connaissance, aucune étude n'a examiné simultanément les relations entre l'application de chacune des principales stratégies d'intervention de la TCC pour traiter le TSPT et leur impact sur la sévérité de symptômes, la QV et le fonctionnement au quotidien (FQ). Or, pour Katschnig (2006) et Wiersma (2006), la mesure de la QV et celle du FQ s'avèrent indispensables à une meilleure compréhension de l'efficacité réelle du traitement du TSPT. L'utilisation de la QV et du FQ peut donc être considérée comme un complément à la mesure de l'intensité des symptômes. De plus, on ne sait toujours pas si les mesures de symptômes se généralisent facilement à la pratique clinique et captent adéquatement l'étendue des séquelles provenant du traumatisme.

Le but de cette étude consiste à observer l'évolution des changements thérapeutiques lors de l'implantation des stratégies d'intervention cognitive et comportementale spécifiques afin de traiter le TSPT (20 séances). Le premier objectif consiste à cibler les stratégies d'intervention de la TCC les plus efficaces concernant la sévérité des symptômes, la qualité de vie et le fonctionnement au quotidien. Le deuxième objectif vise à mieux observer les patrons de changements thérapeutiques spécifiques sur chaque mesure d'impact, et ce, en fonction des différentes stratégies d'intervention de la TCC.

Méthode

PARTICIPANTS

Les participants ont été recrutés au Centre d'étude sur le trauma (CET) intégré au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM). Le comité d'éthique du CRIUSMM a approuvé le projet de recherche et les participants n'ont pas reçu de compensation financière. Ce projet s'est effectué sur une période de quatre ans et deux mois, soit entre 2009 et 2013. L'échantillon se composait de 80 individus ayant reçu un diagnostic de TSPT selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Au total, 225 participants ont contacté le Centre d'étude sur le trauma. Quatre-vingts des participants dépistés lors d'une évaluation téléphonique ou en personne étaient éligibles à la présente étude. Neuf participants ont abandonné en cours de traitement. Ainsi, 71 participants, soit 46 femmes et 25 hommes, ont complété le traitement (voir tableau 1) et 66 participants ont été évalués au suivi de 6 mois. L'âge moyen des participants était de 38,00 ans (ÉT = 11,35). Quarante-cinq pour cent des participants ont subi un traumatisme

interpersonnel (p. ex., abus sexuel, violence) et 55% ont vécu un traumatisme non interpersonnel (p. ex., accident ou catastrophe, stress lié à la mort et autres événements traumatiques). Soixante-dix-huit pour cent des participants (n = 68) avaient au moins un trouble comorbide à l'Axe I, soit un trouble anxieux (45%, n = 39 ; c.-à-d., trouble panique avec agoraphobie, agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique, trouble obsessionnel compulsif, trouble d'anxiété généralisée), de dépression (55%, n = 44), de dysthymie (4%, n = 3) ou de dépendance faible à modérée à l'alcool ou une autre drogue (8%, n = 7). Le Tableau 1 met en évidence les moyennes des participants ayant complété le traitement (n = 80) et ceux l'ayant abandonné (n = 7) ainsi que la distribution de l'échantillon. Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre ces deux conditions au niveau des données sociodémographiques, ou du CAPS en pré-test. Par contre, le niveau de la QV et du FQ était supérieur chez les individus ayant complété le traitement (45,0 vs 33,7, $p = 0,03$).

Critères d'inclusion et d'exclusion. Pour être inclus, les participants devaient être âgés de 18 à 65 ans, avoir été exposés à au moins un événement traumatique à l'âge adulte, et avoir un diagnostic principal de TSPT. Les critères d'exclusion étaient les suivants: (a) des traumatismes répétés liés à la guerre; (b) une dépendance à l'alcool ou aux drogues; (c) des idées suicidaires actives; (d) un épisode psychotique passé ou présent ou un trouble d'origine organique ou une déficience intellectuelle; (e) un trouble bipolaire; (f) une menace incessante (p.ex., un harcèlement continu du conjoint); (g) des problèmes personnels excessivement stressants (p.ex., la participation à un procès); et (h) un trouble de personnalité sévère. Les participants devaient consentir à ne pas commencer de traitement psychopharmacologique, psychothérapeutique ou de soutien entre le début de l'intervention et la relance. Advenant la présence d'une médication avant le début de l'étude, les participants devaient consentir à ne pas modifier leur médication (type ou dose) pendant la durée de l'étude, si possible.

Les mesures d'impact. La sévérité des symptômes du TSPT. Les participants ont été évalués dans un premier temps à l'aide d'une entrevue clinique standardisée, soit le *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders* (SCID-I), afin d'établir la présence d'un TSPT et de troubles de santé mentale concomitants à l'Axe I. La sévérité des symptômes du TSPT a été mesurée dans un deuxième temps à l'aide du *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS), une autre entrevue semi-structurée (Blake *et al.*, 1995). Ces deux entrevues cliniques démontrent de bonnes qualités psychométriques (Lobbestael, Leurgans et Arntz, 2011). Il est important de mentionner que les entrevues sont effectuées par des évaluateurs indépendants, c'est-à-dire, des étudiants gradués en psychologie qui ont reçu une formation spécifique pour

Tableau 1*Description de l'échantillon et comparaison selon le statut d'abandon ou le traitement complété*

Variables	Total (n=80)	Traitement complété (n=71)	Abandons (n=9)	$t_{(ddl)}$ ou $X^2_{(ddl, n)}$	p
Femmes, n (%)	51 (63,7)	46 (64,8)	5 (55,6)	$X^2_{(1,80)} = 0,30$	0,587
Âge moyen (ÉT)	38,00 (11,35)	38,65 (11,35)	38,29 (13,35)	$t_{(78)} = 1,44$	0,153
Statut conjugal				$X^2_{(1,80)} = 0,46$	0,499
Célibataire	44 (55,00)	40 (56,30)	4 (44,40)		
En couple	36 (45,00)	31 (43,70)	5 (55,6)		
Scolarité, n (%)				$X^2_{(1,80)} = 4,91$	0,055
Primaire/Secondaire	27 (33,75)	21 (29,60)	6 (66,70)		
Post-secondaire	53 (66,25)	50 (70,40)	3 (33,30)		
Types de trauma, n (%)				$X^2_{(1,80)} = 2,60$	0,159
Violence non-interpersonnelle	42 (52,50)	35 (49,30)	7 (77,80)		
Violence interpersonnelle	38 (47,50)	36 (50,70)	2 (22,20)		
Années depuis l'événement traumatique, moyenne (ÉT)	2,12 (3,75)	2,20 (3,95)	1,39 (0,88)	$t_{(78)} = 0,58$	0,564
CAPS, moyenne (ÉT)	79,61 (13,52)	78,58 (13,08)	87,78 (14,91)	$t_{(80)} = -1,77$	0,109
WHOQOL, moyenne (ÉT)	43,93 (13,60)	45,04 (13,51)	33,65 (10,26)	$t_{(72)} = 2,70$	0,026
EFQ, moyenne (ÉT)	5,91 (1,57)	5,78 (1,58)	6,92 (1,11)	$t_{(80)} = -2,31$	0,018

Notes. CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale (Mesure de la sévérité des symptômes du TSPT) ; EFQ = Échelle du Fonctionnement au Quotidien ; ÉT = écart-type; WHOQOL = World Health Organization Quality of Life (Mesure de la qualité de vie).

administrer le SCID ainsi que le CAPS et ayant été supervisés par les chercheurs principaux (Marchand et Guay). Les évaluateurs indépendants n'étaient pas impliqués dans les autres aspects de l'étude et étaient aveugles aux hypothèses de recherche.

La qualité de vie. Cette mesure d'impact a été évaluée à l'aide de la version française du questionnaire *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF ; WHOQOL Group, 1998). Ce questionnaire, largement utilisé par les chercheurs dans le domaine, a été élaboré afin d'être valide dans différentes cultures. Il contient 26 items représentant quatre domaines de la QV (c.-à-d., la santé physique, psychologique, les relations sociales et l'environnement) évalués sur une échelle de Likert de 1 (Faible) à 5 (élevée). Chacune des quatre échelles est transformée pour que les scores varient de 0 à 100, un score plus élevé représentant une meilleure qualité de vie. En ce qui concerne la validation en version française du WHOQOL-BREF, la cohérence interne pour chacun des domaines était de $\alpha = 0,74$ (santé physique), $\alpha = 0,59$ (santé psychologique) et $\alpha = 0,62$ (relations sociales), le domaine de l'environnement n'a pas pu être analysé (Baumann, Erpelding, Regat, Collin, et Briancon, 2010). Dans la présente étude, la cohérence interne de trois domaines sur quatre est acceptable (c.-à-d., santé physique: $\alpha = 0,79$; santé psychologique: $\alpha = 0,79$; relations sociales: $\alpha = 0,48$; environnement: $\alpha = 0,72$, respectivement). Étant donné le nombre d'items limité pour le domaine des relations sociales (trois items), il est plus difficile d'obtenir un alpha satisfaisant, car sa mesure est sensible au nombre d'items (Skevington, Lofty et O'Connell, 2004). Pour la présente étude, un score moyen des quatre échelles a été utilisé pour réduire le nombre de variables dépendantes. La cohérence interne du score moyen est de 0,76 dans l'échantillon.

Le fonctionnement au quotidien. L'Échelle du Fonctionnement au Quotidien (EFQ) est un questionnaire conçu par le Centre d'étude sur le trauma permettant de mesurer le degré perçu du FQ d'un individu, et ce, dans sept domaines de vie (c.-à-d., emploi, études, relation conjugale, relations familiales, vie sociale, passe-temps/loisirs/vacances et activités quotidiennes ; Freeston, 1997). Les participants doivent indiquer pour chacun des domaines, dans quelle mesure les symptômes de stress post-traumatique ont affecté chacun des domaines de leur quotidien en utilisant une échelle de Likert de 1 (aucun problème) à 9 (difficultés sévères). Le score final est calculé comme étant la moyenne des domaines applicables selon la réalité de chaque participant (p.ex., le domaine des « études » n'était pas appliqué pour les individus n'étant plus aux études). Un score élevé correspond à des problèmes de FQ plus importants. Comme le nombre de domaines peut varier, il est impossible de calculer un alpha de Cronbach standard. La cohérence interne a donc été calculée sur les observations sans données manquantes en excluant le domaine « études » (le plus souvent manquant), mais en remplaçant la valeur au domaine

« emploi » par celle au domaine « études » si le domaine emploi était manquant. Un alpha de Cronbach de 0,64 a ainsi été calculé.

Procédure et traitement. Les participants ont complété une série d'instruments de mesure au prétest (T_0), après trois séances (T_1), après neuf séances (T_2), au post-test (T_3) et lors d'une relance six mois plus tard (T_4). Les participants ont été traités individuellement par l'un des huit psychologues du Centre d'étude sur le trauma, membres de l'Ordre des Psychologues du Québec, et formés pour appliquer les stratégies d'intervention à l'étude. La thérapie s'échelonnait sur 20 séances d'une durée de 90 minutes. Le protocole d'intervention basé sur celui proposé par un groupe d'experts (Foa *et al.*, 2008) et portant principalement sur la stratégie d'exposition prolongée, a été développé, adapté et validé empiriquement dans le cadre d'études antérieures réalisées par deux des principaux cliniciens chercheurs au CET (Germain, Marchand, Bouchard, Drouin et Guay, 2009 ; Guay et Marchand, 2007).

L'intervention comprend trois phases caractérisées par des stratégies d'intervention spécifiques: (1) la session 1 portait majoritairement sur l'établissement d'un lien thérapeutique et l'évaluation des composantes du TSPT et les sessions 2 à 3 étaient dédiées à de la psychoéducation concernant les symptômes, l'exposition prolongée ainsi que l'apprentissage, si nécessaire, d'une stratégie de gestion de l'anxiété (technique de la respiration diaphragmatique); (2) les séances 4 à 9 étaient dédiées à l'exposition en imagination concernant les souvenirs de l'événement traumatique et lorsque pertinent, de la correction cognitive; (3) les séances 10 à 19 étaient ensuite dédiées à l'exposition *in vivo* aux situations évitées et finalement la vingtième session visait la prévention de la rechute. Au début de traitement, les participants ont reçu un manuel incluant les composantes du TSPT et une description vulgarisée de la façon d'appliquer les stratégies d'intervention. Ils devaient compléter les devoirs hebdomadaires attribués par le thérapeute. Les thérapeutes étaient tenus de suivre les consignes d'application du protocole d'intervention standardisé. À titre indicatif, le nombre de séances de thérapie a pu varier dans certains cas, en incluant les abandons en cours de traitement ($M = 17,1$; $ÉT = 4,9$).

En effet, les cliniciens effectuaient exceptionnellement plus de séances thérapeutiques que le nombre prévu selon le protocole d'intervention lorsqu'ils évaluaient que les participants nécessitaient plus de séances, alors qu'ils réduisaient le nombre de séances lorsque les symptômes n'étaient plus présents. Sur les 80 participants, seulement quatre ont eu une séance additionnelle et deux participants ont eu quatre séances additionnelles. Le délai moyen entre le début et la fin du traitement était de 7,64 mois. ; $ÉT = 1,53$). Chaque séance d'évaluation et d'intervention était enregistrée sur bande audio afin de vérifier si les assistants de recherche, titulaire d'une maîtrise en psychologie, et les psychologues avaient

correctement mis en œuvre l'application de la procédure d'évaluation ainsi que celle d'intervention. Enfin, des accords inter-juges concernant le diagnostic du TSPT ont été effectués afin de confirmer si le participant répondait ou non aux critères diagnostiques. Basés sur 34,0% des entretiens d'évaluation au pré-test et de 32,0% au post-test, les accords inter-juges se sont avérés très élevés avec des accords de 100% et de 91,3% respectivement. Lors des entretiens d'évaluation, les assistants étaient aveugles aux hypothèses de recherche et à l'identité du thérapeute. Pour contrôler et démontrer l'adhérence des thérapeutes au protocole d'intervention, 20 % des séances enregistrées ont été choisies au hasard et écoutées par des cliniciens indépendants. L'intégrité thérapeutique s'est révélée également excellente avec un accord de 99,6%.

Stratégie analytique. Les analyses de prédiction ont été effectuées sur Stata 15 à partir de régressions linéaires multiniveaux. Des modèles à effets fixes ont été utilisés (commande *xtreg*, option *fe*), car l'objectif était d'évaluer les changements intra-individuels à travers le temps et non les différences interindividuelles entre les participants. Trois analyses séparées ont été effectuées afin de prédire chacune des trois mesures d'impact (c.-à-d., CAPS, WHOQOL et l'EFQ).

Notons que pour chacune des analyses, deux variables ont été ajoutées en plus du temps de mesure, soit le nombre de séances additionnelles au temps mesuré par rapport au nombre prévu (c.-à-d., 20 séances) et le nombre de séances en moins au temps mesuré par rapport au nombre prévu. Ces variables ont permis de tenir compte du fait que, pour une minorité de participants, le traitement s'est terminé avant le nombre de rencontres prévues (p.ex., s'il y avait rémission des symptômes avant la fin) ou quelques séances ont été ajoutées (p.ex., dans l'objectif de consolider les effets du traitement). Aucun remplacement de données manquantes n'a été effectué. Toutes les analyses ont utilisé un seuil de signification statistique de 0,05. Finalement, l'évolution des changements pour les trois mesures d'impact a été présentée de façon synthétique dans une figure unique. Pour rendre les valeurs prédites des trois mesures (à chaque temps de mesure) comparables entre elles dans la figure, elles ont été standardisées en référence à la valeur prédite et l'écart-type de chaque mesure au pré-test. De plus, le signe a été inversé pour le CAPS et le EFQ, pour qu'une amélioration de symptômes et du fonctionnement quotidien soit représentée par une valeur positive.

Résultats

RÉSUMÉ DES MODÈLES

Des analyses de corrélations entre les trois mesures d'impact au pré-test (T_0) ont démontré une relation modérée entre le CAPS et le WHOQOL ($r = -0,35$), et de fortes relations entre le CAPS et l'EFQ ($r = 0,62$) et entre le WHOQOL et l'EFQ ($r = -0,48$). Cela suggère que ces mesures d'impact représentent des construits en partie interdépendants.

Les résultats des trois analyses de régression sont présentés au Tableau 2 et résumés dans la Figure 1. Les corrélations intra-classes variaient entre 0,57 et 0,68, ce qui indique qu'entre 32% et 43% de la variance des variables dépendantes provenait des variations intra-individuelles, c'est-à-dire des variations au fil des jours. Cela confirmait la pertinence de modéliser ces changements quotidiens. La variance intra-individuelle expliquée par les modèles variait de 40% à 61%, ce qui suggère des effets de forte amplitude. Au total, 80 participants avaient des données pour au moins deux des temps de mesure, et le nombre total d'observations était de 371 pour la prédiction du CAPS et de l'EFQ, et de 351 pour la prédiction du WHOQOL.

EFFET SUR LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES (CAPS)

Concernant le CAPS, les analyses démontrent une baisse de neuf (9) points associée à la psychoéducation (T_1), une baisse de 17 points associée à l'exposition en imagination (T_2) puis de 17 points lors de l'exposition *in vivo* (T_3), et aucun changement statistiquement significatif entre la fin du traitement et la relance à six mois (T_4). Il n'y a pas d'effet statistiquement significatif associé aux séances additionnelles, mais il y a une baisse d'un point par séance de moins. Cela suggère que le peu de participants ayant profité d'une à quatre séances supplémentaires avaient des niveaux de symptômes comparables aux autres, mais que ceux qui ont eu moins de séances avant l'évaluation avaient moins de symptômes. Cela s'explique par le fait que les quelques participants qui ont été évalués avant le moment prévu ou que la thérapie s'est terminée avant 20 séances l'ont été parce que leur niveau de symptômes était plus bas. Des tests *post hoc* ont confirmé que l'effet associé à l'exposition *in vivo* est statistiquement plus important que celui associé à la psychoéducation ($p = 0,025$). Aucune autre différence entre les trois étapes n'était statistiquement significative.

EFFET SUR LA QUALITÉ DE VIE (WHOQOL)

Concernant le WHOQOL, les analyses démontrent une augmentation de quatre points associée à la psychoéducation (T_1), une augmentation de sept points associée à l'exposition en imagination (T_2), une augmentation de six points associés à l'exposition *in vivo* (T_3) et une diminution de quatre points entre la fin du traitement et la relance à six mois (T_4). Il n'y a pas d'effet statistiquement significatif associé aux séances additionnelles, mais il y a une baisse d'un demi-point par séance de moins. Cela suggère que les quelques participants ayant profité d'une à quatre séances supplémentaires avaient des niveaux de symptômes comparables aux autres, mais que ceux qui ont eu moins de séances avant l'évaluation avaient moins de symptômes.

Cela s'explique par le fait que les quelques participants qui ont été évalués avant le moment prévu ou dont la thérapie s'est terminée avant 20 séances l'ont été parce que leur niveau de symptômes était plus bas. Des tests *post hoc* ont confirmé que les effets associés à chacune des trois

Tableau 2

Prédiction des trois mesures d'impact par régressions linéaires à effets fixes ($n = 80$)

Variables	CAPS		WHOQOL		EFQ	
	B	Δ^3	B	Δ^3	B	Δ^3
Constante ¹	75,8179,3482,86	n/a	41,4843,7045,93	n/a	5,625,886,14	n/a
Temps de mesure ²						
- T1	-14,00-9,02-4,04	-14,00-9,02-4,04	1,304,387,45	1,304,387,45	<i>-0,60-0,220,14</i>	<i>-0,60-0,230,14</i>
- T2	-31,31-26,20-21,09	-22,26-17,18-12,11	8,3311,4914,65	4,077,1110,16	<i>-1,63-1,250,87</i>	<i>-1,40-1,02-0,64</i>
- T3	-49,27-43,61-37,95	-22,92-17,41-11,90	14,0917,5721,05	2,736,089,43	<i>-3,09-2,67-2,25</i>	<i>-1,84-1,42-1,01</i>
- T4	-46,70-40,96-35,22	<i>-2,762,658,06</i>	10,4714,0517,62	<i>-6,88-3,52-0,16</i>	<i>-2,87-2,44-2,01</i>	<i>-0,170,230,64</i>
Séances additionnelles	<i>-3,331,426,17</i>	n/a	<i>-3,82-0,971,87</i>	n/a	<i>-0,100,250,60</i>	n/a
Séances de moins	-2,36-1,24-0,11	n/a	0,580,581,26	n/a	<i>-0,09-0,010,08</i>	n/a
Caractéristiques du modèle						
Signification statistique du modèle	F(6,285)=75,82 ($p<0,0001$)		F(6,265)=28,87 ($p<0,0001$)		F(6,285)=49,02 ($p<0,0001$)	
Corrélation intraclasse	0,57		0,68		0,68	
R ² intra-individuel	61,5%		39,5%		50,8%	
R ² complet	40,0%		17,7%		24,1%	

Notes. CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; EFQ = Échelle du Fonctionnement au Quotidien; WHOQOL = World Health Organization Quality of Life; Les intervalles de confiance (95%) sont représentées par des indices pour améliorer la clarté des résultats, tel que recommandé par Louis et Zeger (2009); Les effets statistiquement non-significatifs sont en *italique*; 1. La constante représente la valeur au T0; 2. La catégorie de référence pour l'effet (B) est le T0; 3. Cette colonne présente les effets par rapport au temps précédent.

phases (c.-à-d., psychoéducation puis expositions en imagination et *in vivo*) n'étaient pas statistiquement différents.

EFFET SUR LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT AU QUOTIDIEN (EFQ)

Concernant l'EFQ, les analyses démontrent qu'il n'y a aucun changement statistiquement significatif associé à la psychoéducation (T₁), une diminution des problèmes de fonctionnement d'un point associée à l'exposition en imagination (T₂), puis une diminution d'un point et demi associée à l'exposition *in vivo* (T₃), et aucun changement statistiquement significatif entre la fin du traitement et la relance à six mois (T₄). Il n'y a pas d'effet statistiquement significatif associé aux séances additionnelles ni aux séances en moins. Cela suggère que les quelques participants ayant profité de séances supplémentaires ou en moins avaient des niveaux de symptômes comparables aux autres. Des tests *post-hoc* ont confirmé que l'effet associé à la psychoéducation était statistiquement plus petit que celui de l'exposition en imagination ($p = 0,017$) et *in vivo* ($p < 0,001$), mais que les effets associés aux deux types d'expositions n'étaient pas statistiquement différents entre eux.

Discussion

Les gains thérapeutiques chez les participants, et ce, à trois moments distincts durant l'intervention (4, 10 et 20 semaines) permettent d'observer, au-delà de la diminution considérable de la sévérité des symptômes du TSPT, une amélioration notable, mais moins importante de la qualité de vie et du fonctionnement au quotidien de patients. De plus, les progrès se maintiennent lors du suivi de six mois, à l'exception d'une très légère détérioration de la qualité de vie.

L'efficacité de la TCC est également appuyée par une diminution importante du nombre de diagnostics du TSPT au post-test (79% des participants n'avaient plus de TSPT). Il est possible d'observer que deux des mesures d'impact (la sévérité des symptômes et la qualité de vie) obtiennent déjà des changements significatifs chez les individus après l'application de la première modalité d'intervention dite psycho-éducationnelle. Ces résultats concordent avec ceux de Crits-Christoph et ses collègues (2008), ainsi que ceux de Schnurr et collègues (2006). Il y a également une amélioration pour les trois mesures d'impact après l'application de la deuxième modalité d'intervention dite d'exposition en imagination et, puis après l'application de l'exposition *in vivo*. Il y a donc des changements statistiquement significatifs et importants après chacune des trois modalités d'interventions spécifiques. C'est à la fin des séances d'exposition en imagination (T₂) et celle *in vivo* (T₃) que nous observons des changements les plus culminants.

Cette observation concorde avec les études qui soutiennent que l'utilisation de stratégies d'exposition prolongée sont des plus probantes lorsqu'elles sont

utilisées conjointement (APA, 2017). Qui plus est, les expositions en imagination et *in vivo* sont efficaces en particulier pour les symptômes d'anxiété et d'évitement (Guay et Stader, 2019), et ce, auprès de plusieurs types de patients tant féminins que masculins, incluant les victimes d'accidents automobiles, de traumatismes militaires, d'agressions physiques et sexuelles, ou d'abus sexuels durant l'enfance.

Cependant, en ce qui concerne le fonctionnement quotidien, les premiers changements n'apparaissent seulement qu'après l'application de l'exposition en imagination. Les participants semblent s'améliorer sur le plan du fonctionnement quotidien moins rapidement comparativement à l'intensité des symptômes et la qualité de vie. Il est possible que l'amélioration des patients au niveau du fonctionnement quotidien demande un certain temps avant de se manifester. Ce résultat correspond en partie avec celui observé par Lutz et collègues (2001), à savoir que l'amélioration du fonctionnement quotidien survient après qu'il y eut un changement dans la qualité de vie et la réduction des symptômes.

L'amélioration plus lente au niveau du fonctionnement quotidien ainsi que la légère détérioration de la qualité de vie suite au traitement multimodal révèle l'importance et l'utilité de travailler avec des mesures d'impact diversifiées et complémentaires qui évaluent les multiples répercussions du trauma. En effet, elles permettent de mieux évaluer la trajectoire et la modulation des changements cliniques durant et après le traitement, et ce, en fonction de l'application de modalités d'interventions spécifiques. Il s'avère donc essentiel de poursuivre les recherches en utilisant des mesures d'impacts diverses dans les études d'efficacité clinique, afin de mieux comprendre les processus de changement, leur évolution et de délimiter les stratégies les plus efficaces. Les résultats de cette étude appuient l'affirmation de Crits-Christoph et ses collègues (2008) à l'effet que la recherche portant sur l'efficacité des interventions en santé mentale se doit d'évaluer lors d'un traitement, non seulement la réduction des symptômes, mais aussi d'autres aspects de la vie des individus, et ce, afin de s'assurer de la réhabilitation complète des patients. Il semble pertinent de suggérer aux chercheurs cliniciens d'insérer, autant possible des mesures d'impact intra et ex-thérapeutiques afin de mieux évaluer les changements du patient durant le processus thérapeutique, la pertinence des stratégies d'interventions employées et leurs effets sur le rétablissement complet de ce dernier.

Les cliniciens en TCC auraient avantage d'adopter une vision plus globale de l'évolution des patients durant le processus thérapeutique (c.-à-d., avant, pendant et après le traitement). Ils doivent tenir compte des modifications notables dans la vie quotidienne des individus traités (p.ex., au niveau de leur qualité de vie, de leur fonctionnement au quotidien, de leurs régulations affectives, de leurs problèmes connexes, s'il y a lieu, etc.).

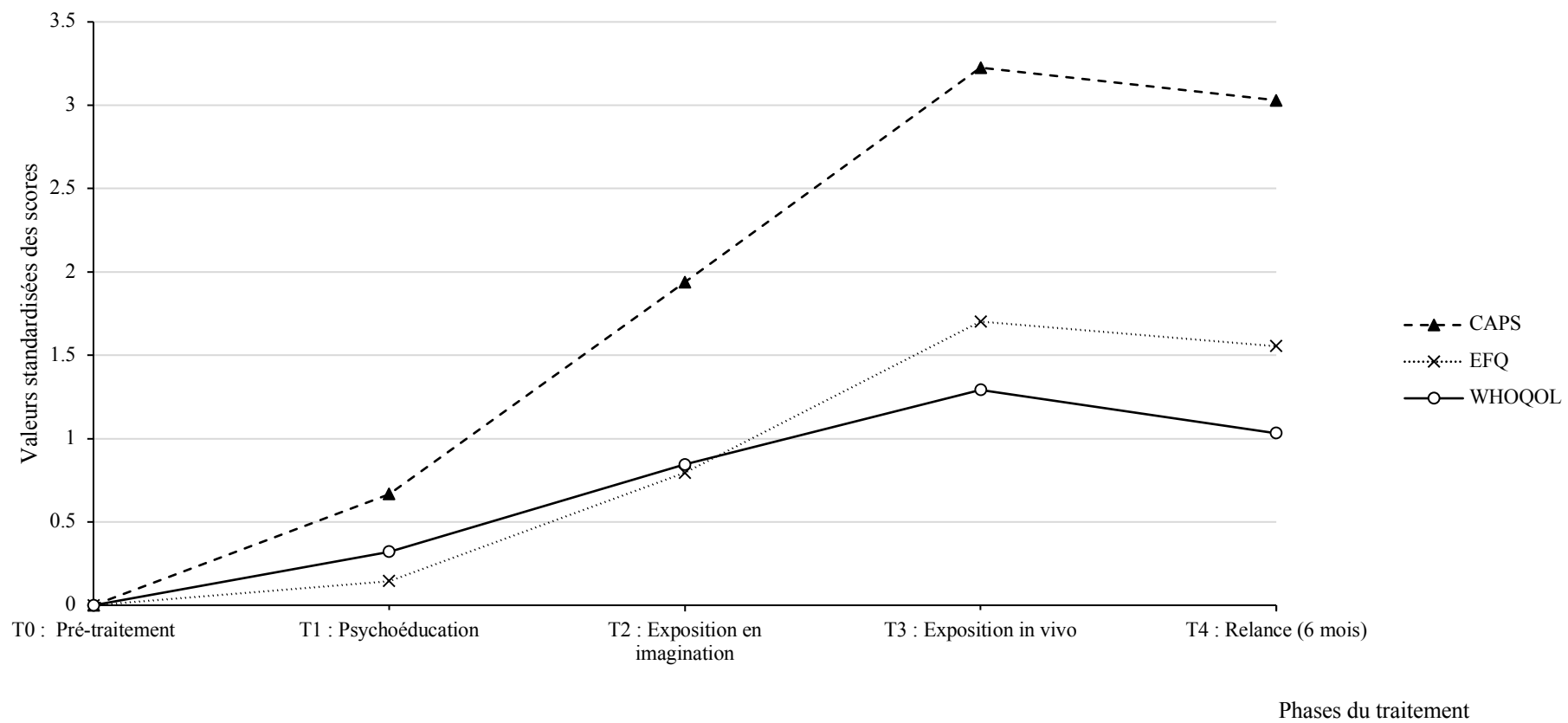


Figure 1

Évolution standardisée des trois mesures d'impact au cours du traitement à l'aide d'une intervention cognitive-comportementale

Ce discernement permettrait également d'obtenir une évaluation plus étendue des séquelles et des répercussions du traumatisme afin de choisir des interventions les plus pertinentes et probantes en fonction des difficultés très souvent multiples et des besoins du patient. De plus, les cliniciens seront plus vigilants concernant la réponse de ce dernier aux interventions proposées en évaluant rapidement la conséquence des stratégies d'intervention utilisées lors du processus thérapeutique afin de s'y adapter. En fonction des résultats obtenus, le clinicien pourra réviser les objectifs thérapeutiques initiaux, réajuster rapidement le plan d'intervention en conséquence, mesurer la généralisation des acquis thérapeutiques du patient dans différentes sphères de sa vie (p. ex, au niveau du travail, au niveau psychosocial, du couple, des enfants, etc.) et enfin d'intégrer des stratégies de prévention de la rechute, à court, moyen et long terme.

Par ailleurs, le choix des mesures d'impact diversifiées et complémentaires dépend de l'évaluation initiale du client par le psychothérapeute, de leur facilité d'application et de corrections, de leur qualité métrologique de leur pertinence, etc. Il existe une multitude de possibilités. Nous avons mentionné le type et l'intensité des symptômes, la qualité de vie, le fonctionnement au quotidien, mais il peut y en avoir en d'autres comme la motivation du patient, le niveau d'anxiété, de dépression de ce dernier, etc.

LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Afin d'interpréter les résultats avec précaution et nuance, il convient de mentionner certaines limites. La nature corrélationnelle du devis et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas de formuler des inférences causales dues à une incapacité d'écarter définitivement des hypothèses alternatives expliquant les améliorations observées. Aussi, l'utilisation d'un échantillon de convenance peut limiter la généralisation des résultats. En effet, la majorité des participants ont été recommandés par la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Il est possible que ces individus possèdent des caractéristiques particulières, par exemple sur le plan motivationnel, qui les différencient d'un autre échantillon.

LES FORCES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente plusieurs atouts. La conception de mesures prospectives, longitudinales et répétées de l'étude a permis d'observer certaines trajectoires de mesures d'impact durant le processus thérapeutique et six mois plus tard, ce qui est rarement employé dans les études déjà existantes. Ce type de protocole diminue le risque de biais lié à la mémoire des participants et donc, augmente la validité des résultats obtenus. Aussi, l'inclusion de divers types d'événements traumatiques permet d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population et facilite la généralisation des résultats. Ensuite, une force majeure de cette étude concerne sa rigueur méthodologique.

En effet, tous les évaluateurs ont été formés et supervisés par des experts en TSPT. Les procédures d'évaluation ont été vérifiées à l'aide d'écoute des enregistrements audio par des experts évaluant le(s) diagnostic(s) établi(s). L'utilisation d'un protocole de traitement détaillé et standardisé a également permis de s'assurer de l'intégrité thérapeutique, jugée excellente. De plus, le protocole allouait suffisamment de temps pour appliquer adéquatement et pleinement les stratégies d'intervention. Ceci a pu avoir pour effet de réduire les possibilités d'abandons pendant la thérapie. En effet, seulement 11% des participants ont abandonné au cours du traitement. Bradley et ses collègues (2005) obtiennent des taux d'attrition de l'ordre de 24% lors de l'utilisation de stratégies dites d'exposition.

Enfin, les mesures d'impact du traitement comprenaient non seulement la sévérité des symptômes, mais aussi la QV générale et du FQ afin de saisir pleinement l'expérience des patients dans leur globalité. Les participants présentant un trouble concomitant au TSPT ou ceux qui prenaient une médication psychotrope pour le TSPT ont été acceptés dans l'étude afin de mieux représenter la réalité clinique. De plus, des entrevues semi-structurées ont été employées afin de déterminer la présence d'un diagnostic de TSPT et de troubles concomitants, diminuant le risque de faux positifs ou faux négatifs.

Conclusion

Les résultats de la présente étude clinique permettent de constater que la TCC pour traiter le TSPT a non seulement un effet réducteur sur la symptomatologie, mais elle a aussi une incidence de premier plan sur l'amélioration de la QV et le FQ des personnes atteintes d'un TSPT. Néanmoins, l'amélioration associée aux trois mesures d'évaluation semble s'effectuer à différents moments durant de la thérapie. Ainsi, il est essentiel d'inclure des mesures additionnelles (p. ex., la qualité de vie et le fonctionnement quotidien) à la mesure de la symptomatologie lors des traitements afin d'avoir une vision globale et plus juste de l'évolution du patient pendant et après la thérapie.

Les chercheurs cliniciens auraient avantage lors de l'évaluation des processus thérapeutiques: 1) à choisir avec justesse les moments de prises de mesures en fonction des caractéristiques de l'intervention à l'étude (Germain, Marchand, Bouchard, Guay et Drouin, 2010) ; 2) d'augmenter la fréquence des évaluations concernant les mesures d'impact, car intégrer des évaluations additionnelles concernant les effets des diverses interventions ainsi que des médiateurs putatifs au cours du traitement permettra d'observer des patrons de changement plus complexes (pas seulement linéaires) et d'augmenter la précision et la fiabilité des mesures de changement (Little et Rubin, 2019); 3) d'évaluer plus d'un médiateur ou mécanisme de changement (Galovski *et al.*, 2012); 4) d'utiliser un traitement multimodal

suffisamment étendu (p. ex., au moins 20 séances et plus) afin d'observer les modifications thérapeutiques; 5) de planifier une taille échantillonnale amplement élevée; 6) de choisir des mesures d'impact représentatives du fonctionnement global de l'individu dans sa vie de tous les jours.

Donc, il ne fait aucun doute que les chercheurs cliniciens doivent poursuivre l'étude des prédicteurs d'efficacité du traitement du TSPT et orienter leurs efforts vers une évaluation plus étendue des mesures d'impact du traitement.

Abstract.

Objectives. 1) To identify the most efficient CBT intervention to treat PTSD, using three outcome measures: severity of symptoms, quality of life and daily functioning. 2) To observe the patterns of specific therapeutic changes on each outcome measure. **Method.** The sample consists of 80 individuals with a diagnosis of PTSD resulting from various traumatic events. The intervention consists of 20, 90-minute sessions. The study represents a clinical trial and the intervention consists of three phases characterized by the application of empirically supported strategies. The impact measures were assessed at five times: pretreatment, after the third session, after the ninth session, after the twentieth session and at the 6-month follow-up. **Results.** A considerable decrease in the severity of PTSD symptoms, a noticeable, but less significant improvement in the quality of life and daily functioning of patients. In addition, progress is maintained during the six-month follow-up, with the exception of a very slight deterioration in quality of life. **Clinical researchers should continue to study predictors of treatment effectiveness for PTSD and direct their efforts towards a more comprehensive evaluation of treatment outcome measures.**

Keywords: CBT; Evolution of therapeutic changes; Outcome measures; PTSD

Références

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4^e ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults*. Washington, DC: Author.

Baumann, C., Erpelding, M. L., Regat, S., Collin, J. F. et Briancon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58 (1), 33-39. doi: 10.1016/j.respe.2009.10.009

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. et Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (1), 75-90.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 214-227. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. et Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J. et Goldstein, L. (2008). Changes in positive

quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (4), 419-430. doi: 10.1037/a0014340

Foa, E. B. et Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford Press.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. et Cohen, J. A. (Dir). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Deerfield, IL: Guilford Press.

Freeston M. H. (1997). *L'évaluation du fonctionnement au quotidien*. Document inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, Canada.

Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L. et Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (6), 968-981.

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S. et Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (1), 42-53. doi: 10.1080/16506070802473494

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. et Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13 (1), 29-35. doi: 10.1089/cyber.2009.0139

Guay S. et Marchand A. (2007). *Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint ou d'un proche*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Fond de la recherche en santé du Québec (#3899-15).

Guay, S. et Stader, J. (2019). Meilleures pratiques en traitement du trauma chez l'adulte. Dans Bond, S., Belleville, G. et Guay, S., (dir), *Les troubles liés aux événements traumatiques* (p. 113), Québec, les presses de l'université de Laval.

Hofmann, S. G., Wu, J. Q. et Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (3), 375-391. doi: 10.1037/a0035491

Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C. et Olmsted, K. R. (2013). *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4^e éd). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Katschnig H. (2006). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Dans H. Katschnig, H. Freeman et N. Sartorius (dir.), *Quality of life in mental disorders* (p. 3-17). New York, NY: John Wiley & Sons.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.7.768

Lacerte, S., Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Belleville, G. et Marchand, A. (2017). Quality of life in workplace trauma victims seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 32 (4), 249-266. doi: 10.1080/15555240.2017.1370379

Laurenceau, J. P., Hayes, A. M. et Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27 (6), 682-695. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.007

Little, R. J. et Rubin, D. B. (2020). *Statistical analysis with missing data* (3e éd.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Lobbestael, J., Leurgans, M. et Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (1), 75-79. doi: 10.1002/cpp.693

- Louis, T. A. et Zeger, S. C. (2009). Effective communication of standard errors and confidence intervals. *Biostatistics*, 10 (1), 1-2. doi:10.1093/biostatistics/kxn014
- Lutz, W., Lowry, J., Kopta, S. M., Einstein, D. A. et Howard, K. I. (2001). Prediction of dose–response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (7), 889-900. doi: 10.1002/jclp.1057
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27 (5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Phillips, M. E., Bruehl, S. et Harden, R. N. (1997). Work-related post-traumatic stress disorder: Use of exposure therapy in work-simulation activities. *American Journal of Occupational Therapy*, 51 (8), 696-700.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. et Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30 (6), 635-641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Resick, P. A., Monson, C. M. et Gutner C. (2007). Psychosocial treatments for PTSD. Dans M.J. Friedman, T. M. Keane et P.A. Resick, (dir.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (p. 279-305). New York, NY: Guilford Press.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M. et Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 707-713. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.707
- Schnurr, P. P. et Lunney, C. A. (2012). Work-related outcomes among female veterans and service members after treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63 (11), 1072-1079. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.707
- Skevington, S. M., Lotfy, M. et O'Connell, K. 2. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13 (2), 299-310.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K. et Ogradniczuk, J. (2003) Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (2), 330-338. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.330
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *Neuroscience & Therapeutics*, 14 (3), 171-181. doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- Van Etten, M. L. et Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5 (3), 126-144. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28 (3), 551-558. doi: 10.1017/S0033291798006667
- Wiersma, D. (2006). Role functioning as a component of quality of life in mental disorders. Dans H. Katchnig, H. Freeman et N Sartorius (dir.), *Quality of life in mental disorders* (p. 45-56). New York, NY: John Wiley & Sons.

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE BASÉE SUR LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT) AUPRÈS D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES PRÉSENTANT DES TRAITS OU UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

Martine Coulombe, Frédérick Dionne, Michael Cantinotti

Université du Québec à Trois-Rivières

La santé mentale des étudiants universitaires fait l'objet d'un intérêt grandissant. Bien que les premières manifestations des troubles de santé mentale et notamment du trouble de la personnalité limite (TPL) soient fréquentes chez les jeunes adultes universitaires, il existe très peu d'interventions pour venir en aide à cette clientèle. En raison de son modèle théorique, de son format d'intervention et de ses appuis empiriques, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pourrait constituer une approche prometteuse dans le contexte universitaire. Cette étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe brève basée sur l'ACT menée auprès de 84 étudiants universitaires présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Elle repose sur un devis préexpérimental (pré et post) et utilise des données collectées entre 2013 et 2016 dans un centre d'aide aux étudiants. L'intervention démontre des résultats significatifs autant sur les variables de symptômes du TPL, les croyances fondamentales liées au TPL, l'attitude envers les problèmes et l'impulsivité que sur les variables de processus, comme l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, la suppression des pensées et la pleine conscience. L'ACT s'avère être une approche pertinente et prometteuse dans l'offre de services des centres d'aide aux étudiants universitaires.

See end of text for English abstract.

Mots clés : trouble de la personnalité limite (TPL), étudiants universitaires, thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), efficacité, programme d'intervention

Remerciements : L'auteure principale remercie le Centre d'aide aux étudiants (CAE) de l'Université Laval notamment Henri Hamel, directeur jusqu'en 2014, sa directrice actuelle Louise Careau, ainsi que Chantal Thibodeau, psychologue.

Financement : *Bell Cause pour la Cause* a subventionné le CAE de l'Université Laval, entre 2013 et 2016 pour développer et implanter l'intervention faisant l'objet de l'évaluation.

Les premiers diagnostics psychologiques apparaissent dans 75 % des cas avant l'âge de 24 ans (Kessler *et al.*, 2005). Les manifestations du trouble de la personnalité limite (TPL) surviennent majoritairement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ces données soulèvent des préoccupations à l'endroit de la santé psychologique des étudiants des collèges et des universités. Le TPL est défini comme un mode de fonctionnement envahissant, rigide et stable qui génère de la détresse sur le plan psychologique (APA, 2013). Les personnes présentant un TPL ont une propension à ressentir des émotions intenses comme la tristesse, l'anxiété, la colère et le vide intérieur. En réponse à ces affects, elles peuvent adopter des comportements impulsifs comme l'automutilation, l'abus de substances et les gestes suicidaires répétés (David *et al.*, 2017). Une méta-analyse portant sur la prévalence du TPL dans les collèges et les universités montre qu'elle varie entre 0.5 et 32 % (Meaney, Hasking et Reupert, 2016). Une étude longitudinale sur dix ans, conduite par Gunderson *et al.* (2011), rapporte que le diagnostic de TPL est associé à des difficultés de fonctionnement notamment sur le plan scolaire et professionnel malgré une amélioration des symptômes. Ils recommandent d'offrir des interventions supportant une meilleure adaptation sur ces enjeux.

Des programmes de prévention, d'intervention, de gestion de crise et de soutien sont généralement offerts dans les universités pour venir en aide aux personnes aux prises avec de la détresse psychologique ou un trouble de santé mentale (CACUSS/CMHA, 2013; Hanlon, 2012). L'évaluation des interventions et les politiques institutionnelles en santé mentale comportent toutefois certaines limites (De Somma, Jaworska, Heck et MacQueen, 2017; Jaworska, De Somma, Fonseca, Heck et MacQueen, 2016). Intervenant en première ligne, les collèges et les universités doivent composer avec des demandes qui dépassent souvent les ressources

financières et humaines disponibles (Pedrelli, Nyer, Yeung, Zulauf et Wilems, 2015). De plus, le TPL est une condition associée à une utilisation fréquente des services en santé mentale (Cailhol *et al.*, 2015) qui est souvent laissée-pour-compte dans l'offre de services psychologiques étudiants.

À ce jour, la Division 12 de l'American Psychological Association (2019, novembre) suggère quatre approches thérapeutiques appuyées empiriquement pour le traitement du TPL et qui interviennent sur des cibles communes telles que la dérégulation émotionnelle, l'impulsivité comportementale et les difficultés interpersonnelles (Fonagy, Luyten et Bateman, 2017). Parmi celles-ci, on retrouve la Thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993, 2014), la Psychothérapie focalisée sur le transfert (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 1979), la Thérapie des schémas (Young, Klosko et Weishaar, 2003) et la Psychothérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2006). Au-delà de la qualité et de l'efficacité reconnues de ces approches, elles demeurent toutefois difficiles à implanter dans des milieux institutionnels qui requièrent des services de soins simples, ciblés, ponctuels et brefs (David *et al.*, 2017; Paris, 2016, 2017).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et Wilson, 2012) connaît un essor considérable dans le milieu de l'éducation (Pistorello, 2013). Récemment, dans un essai aléatoire mené auprès d'étudiants provenant de trois universités québécoises, Grégoire, Lachance, Bouffard et Dionne (2018) ont montré qu'une intervention basée sur l'ACT a eu des effets supérieurs à une liste d'attente sur l'amélioration du bien-être psychologique, de la flexibilité psychologique et de l'engagement scolaire. L'ACT vise à développer une meilleure flexibilité psychologique chez les étudiants en développant six processus psychologiques : le moment présent et la flexibilité attentionnelle, le soi observateur, l'acceptation des émotions, la défusion cognitive, l'identification de valeurs et les actions engagées (Dionne, Ngô et Blais, 2013; Hayes *et al.*, 2012).

Selon la théorie de l'ACT, l'évitement expérientiel (la tendance à éviter les ressentis émotionnels et cognitifs) est un processus central dans l'explication des troubles de santé mentale comme le TPL. L'évitement expérientiel et la dérégulation émotionnelle seraient d'ailleurs des processus très similaires en plus d'être associés aux manifestations les plus dommageables liées au TPL, telles que l'abus de substance, l'automutilation et les tentatives de suicide (Buckholdt *et al.*, 2015; Linehan, 1993, 2004). En raison de son modèle explicatif du TPL et de son format d'intervention, l'ACT pourrait être une approche pertinente pour le TPL en milieu universitaire.

Une méta-analyse récente montre que l'ACT s'avère plus efficace que les traitements usuels, la liste d'attente ou un groupe contrôle pour des problématiques variées telles que l'anxiété, la dépression, les dépendances et les problèmes somatiques et se compare aux traitements plus

conventionnels offerts en thérapie cognitive comportementale (A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits et Emmelkamp, 2015). Ducasse et Fong (2015) ont recensé des recherches qui rapportent des effets bénéfiques de l'ACT sur des problématiques diverses, dont le trouble de personnalité limite. S'intéressant plus spécifiquement aux femmes avec un diagnostic de TPL présentant des comportements d'automutilation, Gratz, Tull et Levy (2014) ont démontré que des interventions basées sur la régulation émotionnelle peuvent diminuer l'évitement expérientiel ainsi que les comportements d'automutilation. À notre connaissance, deux études à devis expérimental portant spécifiquement sur l'ACT et le TPL ont montré que l'ACT était plus efficace qu'un groupe contrôle offrant le traitement usuel pour réduire l'évitement expérientiel et les symptômes autorapportés du TPL (Morton, Snowdon, Gopold et Guymer, 2012) et que cette efficacité se comparait à d'autres approches thérapeutiques, dont la thérapie comportementale dialectique (Reyes-Ortega *et al.*, 2019).

À ce jour, peu d'études se sont penchées sur l'efficacité de l'ACT en regard de la problématique du TPL. Celles-ci s'appuient en général sur de petits échantillons (en deçà de 65 participants) et sont conduites sur des échantillons cliniques. À notre connaissance, aucune étude n'a été menée auprès d'étudiants universitaires. Cette recherche vise à combler ces lacunes et propose d'évaluer les effets d'une intervention de groupe basée sur l'ACT auprès d'étudiants présentant des traits ou un diagnostic de TPL dans un centre d'aide universitaire. Si l'intervention s'avère bénéfique, elle pourrait représenter une solution avantageuse en termes de rapport coût-efficacité pour intervenir auprès des étudiants aux prises avec un TPL ou un problème de dérégulation émotionnelle.

Objectifs de la recherche

Cette étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe brève basée sur l'ACT auprès d'une clientèle étudiante universitaire présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Plus spécifiquement, elle cherche à : 1) évaluer les effets de l'intervention sur l'amélioration significative de variables cognitives et comportementales présentes dans le TPL, soit l'intensité des symptômes autorapportés, les croyances fondamentales liées au TPL, les attitudes face aux problèmes et l'impulsivité; 2) évaluer les effets de l'intervention sur l'amélioration de variables de processus liées au modèle théorique de l'ACT, soit l'évitement expérientiel, la tendance à la suppression des pensées, la fusion cognitive, et la pleine conscience.

Méthode

PARTICIPANTS

Les participants ont été recrutés entre l'automne 2013 et l'hiver 2016 par les psychologues du centre d'aide aux étudiants (CAE) de l'Université Laval. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) présenter au moins

trois traits associés au TPL, évalués par un outil de référence développé par les psychologues du CAE et/ou un diagnostic de TPL révélé par l'étudiant; 2) être inscrit à l'université. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) vivre une situation de crise au moment de la référence; 2) avoir eu des idées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide au cours de la dernière année et 3) présenter une situation active d'abus de substance au moment de la référence. Ce projet a obtenu les approbations éthiques de l'Université du Québec à Trois-

Rivières (CER-16-224-07.07) et de l'Université Laval (2016-079/18-03-2016).

Comme l'illustre le Tableau 1, l'échantillon était majoritairement composé de femmes (94 %) inscrites au premier cycle (76 %) et l'âge moyen était de 25,7 ans (É-T : 4,9 ans). Au total, 30 femmes et deux hommes, soit 38 % des participants, ont révélé avoir reçu un diagnostic formel de TPL posé par des professionnels externes au CAE.

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon

Sexe	Nombre (%)	Âge (M) (ET)	Cycle d'études			Situation diagnostique (Dx) des étudiants référés au groupe		
			Pré-Univ*	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	Sans Dx **	Avec Dx
Femme	79 (94 %)	23,8 (3,1)		60 (76 %)	14 (18 %)	5 (6 %)	7,13 (1,36)	30 (37,9 %)
Homme	5 (6 %)	25,9 (5,0)	1 (20 %)	4 (80 %)	0	0	6,70 (1,25)	2 (40 %)
Total	84 (100 %)	25,7 (4,9)	1 (1 %)	64 (76 %)	14 (17 %)	5 (6 %)	6,08 (1,35)	32 (38 %)

*Il s'agit d'étudiants inscrits à l'université qui poursuivent des cours préparatoires à leur admission à un programme.

** Score moyen et écart-type obtenus à la Grille des traits TPL utilisée pour la référence au groupe.

Au total, 101 étudiants répondaient aux critères d'inclusion et respectaient les critères d'exclusion du groupe. Le diagramme de flux des participants montre que 84 d'entre eux ont débuté l'intervention (baisse de 17%) et que 11 (13%) ont abandonné. Les motifs invoqués pour refuser de participer au groupe n'ont pas été documentés. Les participants devaient remplir des questionnaires avant le début et à la fin de l'intervention.

INTERVENTION

L'intervention de groupe ACT a été développée au CAE de l'Université Laval, grâce à l'obtention d'une subvention *Bell cause pour la cause*. L'intervention a été créée par la première auteure et son contenu a été manualisé dans un guide d'animation et un cahier du participant (Coulombe, Careau, Thibodeau et Bernier, 2013). Au total, six psychologues du CAE, déjà initiés à l'ACT, ont été formés pour offrir l'intervention. Les rencontres, animées en tandem, n'étaient ni filmées ni enregistrées. Un total de neuf groupes répartis sur six trimestres a accueilli entre six et 13 participants chacun. Ceux-ci pouvaient contacter un des deux animateurs entre les rencontres en cas d'urgence. Le programme d'intervention comprenait six rencontres hebdomadaires de deux heures qui portaient sur les thèmes suivants : 1) accueillir ses émotions ; 2) réguler ses émotions ; 3) défusionner ; 4) identifier ses valeurs; 5) réduire l'impulsivité et améliorer la tolérance à la détresse et 6) résoudre les problèmes et développer des actions

engagées. Chaque rencontre prévoyait un temps de méditation et des exercices à pratiquer entre les rencontres.

INSTRUMENTS DE MESURE

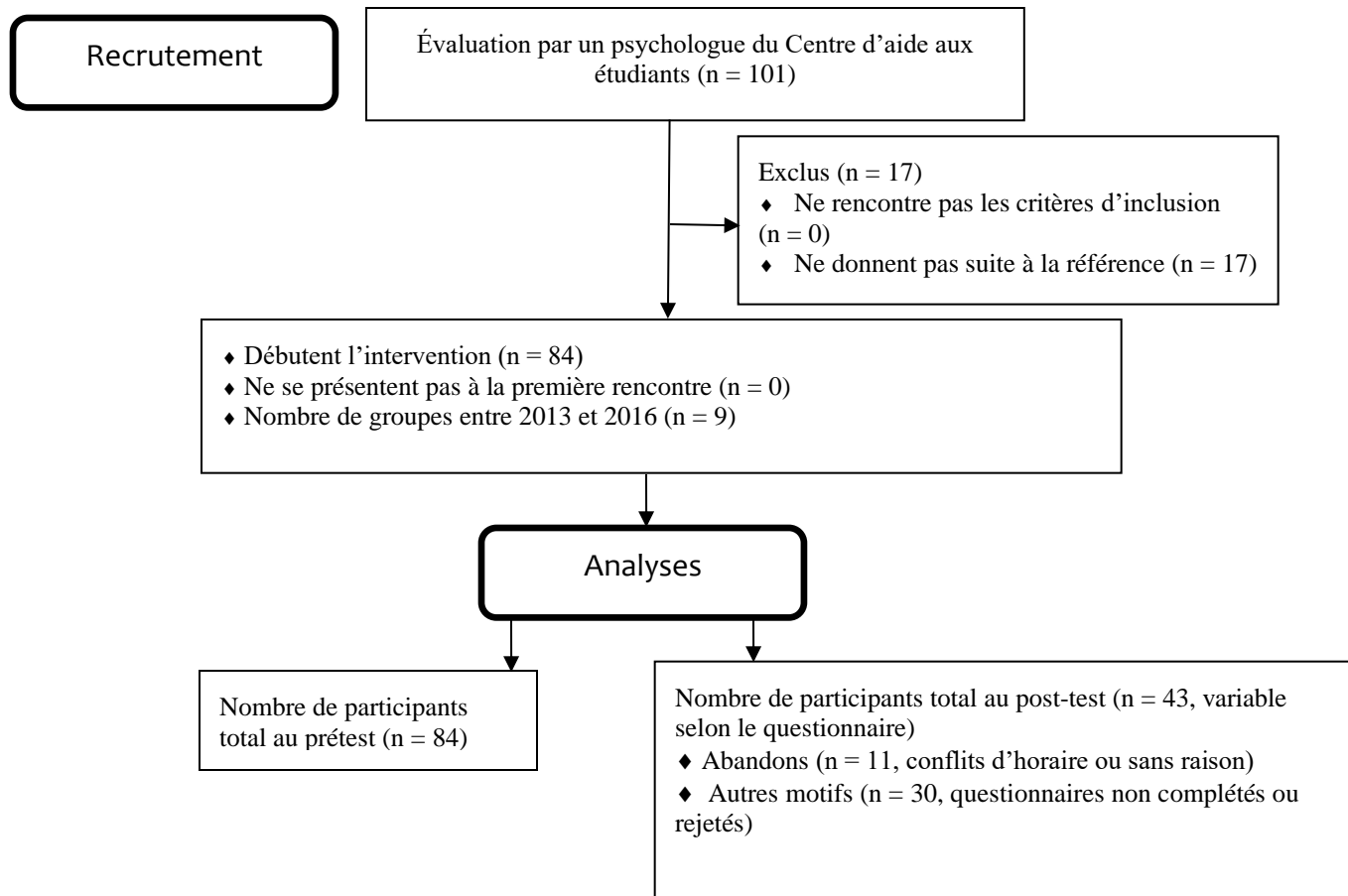
Des instruments de mesure portant sur les variables cognitives et comportementales du TPL ainsi que sur les variables des processus de l'ACT ont été utilisés.

Grille des traits TPL. Il s'agit d'un instrument développé au CAE pour la référence au groupe qui a été élaboré à partir des principales manifestations du TPL rapportées dans la littérature. Elle permet d'identifier jusqu'à 23 traits cognitifs et comportementaux associés au TPL. Un exemple d'item est : « Je suis habité par une sensation chronique de vide ». Une échelle de Likert allant de 0 « absence du trait » à 10 « présence intense du trait » est utilisée. L'alpha de Cronbach est de 0,88 (items = 23). Trois traits, atteignant un score plus grand ou égal à 5, étaient requis pour la référence au groupe, et ce, indépendamment du fait qu'il s'agissait d'un trait cognitif ou comportemental.

Questionnaire des croyances de la personnalité (PBQ; Beck et Beck, 1995 dans Bouvier, 2009, 3^e édition). Ce questionnaire évalue les croyances spécifiques liées aux troubles de personnalité. Elles portent sur la vision de soi et des autres en contexte relationnel. La recherche a utilisé la sous-échelle du TPL

Figure 1

Diagramme de flux de participants



dont le coefficient interne est de 0,89. Selon Butler, Brown, Beck et Grishman (2002), cette sous-échelle présente une bonne cohérence interne, de même qu'une validité diagnostique, et peut être utilisée à des fins diagnostiques et de thérapie cognitive du TPL. Un exemple d'item est : « Même une personne proche pourrait être déloyale ou infidèle ». Le questionnaire est autoadministré et coté sur une échelle de Likert à cinq niveaux allant de 0 « je ne crois pas du tout », à 4 « je crois totalement ». Plus le score est élevé, plus la croyance est marquée et plus elle influence le comportement. Ce questionnaire est compatible avec la conceptualisation des troubles de la personnalité du DSM-5 (Bhar, Beck et Butler, 2012).

Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP; Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005). Cet outil évalue l'attitude face aux problèmes en termes de doute envers les compétences de résolution de problèmes et d'anticipation de menaces au bien-être. Ces attitudes sont associées à des stratégies d'évitement et à de l'impulsivité ou de la négligence et seraient présentes dans de

nombreuses psychopathologies. Le questionnaire est autoadministré et comprend 12 items cotés sur une échelle de Likert en cinq niveaux allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « extrêmement correspondant ». Un exemple d'item est : « J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger ». La cohérence interne est de 0,90 et la fidélité test-retest sur cinq semaines est de 0,87.

Échelle d'impulsivité (BIS-10; Barrat, 1993). Il s'agit d'un outil autoadministré qui comporte 34 items cotés sur une échelle de Likert à quatre niveaux allant de 1 « rarement/jamais » à 4 « presque toujours/toujours ». Un exemple d'item est : « Je fais les choses sans y penser ». Les scores se situent entre 34 et 136. Un score élevé est lié à une impulsivité élevée. La traduction française affiche un coefficient de cohérence interne de 0,82 pour le score global (Baylé *et al.*, 2000).

Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II; Hayes et al., 2006). Ce questionnaire mesure l'évitement expérientiel et l'incapacité à agir efficacement en présence d'expériences psychologiques difficiles. La version française utilisée comprend 10 items et est

autoadministrée (Monestès, Villate, Mouras, Loas et Bond, 2009). Un exemple d'item est : « J'ai peur de mes émotions ». La cotation s'effectue à partir d'une échelle de Likert à sept niveaux allant de 1 « jamais vrai » à 7 « toujours vrai ». L'Alpha de Cronbach est de 0,83 et l'outil présente une bonne stabilité temporelle, $r = 0,80$ à trois mois. Plus le score est élevé, plus la flexibilité psychologique est grande.

Inventaire des tendances à la suppression (WBSI; Wegner et Zanakos, 1994). Cet inventaire mesure l'évitement expérientiel au niveau des pensées, la tendance à essayer de contrôler les pensées intrusives et à les faire disparaître. Il s'agit d'un outil autoadministré de 15 items cotés sur une échelle de Likert à cinq niveaux allant de 1 « pas d'accord du tout » à 5 « tout à fait d'accord ». Un exemple d'item est : « Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser ». Les scores possibles se situent entre 15 et 75. Un score élevé reflète une tendance à la suppression de pensées plus prononcée. Ce questionnaire présente des alphas de Cronbach de 0,87 et de 0,89. La version française a été validée par Schmidt *et al.* (2009) et s'avère adéquate pour l'utilisation en recherche.

Questionnaire de fusion cognitive (CFQ-28; Dempster, Bolderston, Gillanders et Bond, 2009). Ce questionnaire mesure deux facteurs : la fusion et la défusion cognitive. Il présente une cohérence interne de 0,86. Un plus haut score reflète une fusion cognitive plus marquée. C'est un questionnaire autoadministré de 28 items cotés sur une échelle de Likert à sept niveaux allant de 1 « jamais vrai » à 7 « toujours vrai ». Un exemple d'item est : « Je lutte contre mes pensées ». La traduction française était en cours de validation au moment de l'utilisation de l'outil. Elle a été extraite du livre de Monestès et Villate (2011).

Échelle d'attention et de pleine conscience (MAAS; Mindful Attention Awareness Scale, Brown et Ryan, 2003). Cet outil mesure la tendance à être attentif et conscient du moment présent et de l'expérience actuelle et il est destiné à des personnes qui ne possèdent pas d'expérience particulière en pleine conscience ou méditation (Monestès et Villate, 2011). Il s'agit d'un outil autoadministré coté sur une échelle de Likert en six niveaux, soit 1 « presque toujours » à 6 « presque jamais ». Un exemple d'item est : « Je grignote sans réaliser que je suis en train de manger ». Les scores totaux varient entre 15 à 90. Plus le score total est bas, plus la perte de contact avec l'instant présent est importante. L'outil présente un alpha de Cronbach de 0,84. La version française a été validée par Jermann et ses collaborateurs (2009) et peut être utilisée en recherche.

PLAN D'ANALYSE

L'étude est rétrospective et exploratoire et elle adopte un devis de type préexpérimental (pré et post-test). Elle fait une utilisation secondaire de données recueillies dans

un contexte clinique d'implantation d'une nouvelle intervention au CAE. L'ensemble des analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel SPSS (version 26). La recherche utilise une analyse de variance à mesures répétées (modèle mixte linéaire). Un test sur le ratio de vraisemblance (*Likelihood-ratio test*) a été effectué et une structure de covariance diagonale (c.-à-d., variances hétérogènes et corrélations nulles entre les temps de mesure) s'est avérée la mieux ajustée aux données. L'alpha obtenu pour chacune des variables à l'étude a fait l'objet d'une correction séquentielle selon la méthode Holm-Bonferroni.

Résultats

Avant de procéder aux analyses paramétriques, une exploration des données a été réalisée et confirme que la distribution ainsi que la variance des données et des résidus sont normales. Les résultats sont regroupés dans deux tableaux et seront présentés sommairement. Le Tableau 2 rassemble les résultats de l'analyse de variance (modèle mixte linéaire), leur seuil de signification ajusté et la taille d'effet pour chacune des variables.

Le Tableau 3 fournit des informations complémentaires qui permettent d'apprécier les résultats obtenus à l'analyse de variance, notamment les moyennes entre les deux temps de mesure ainsi que les intervalles de confiance pour chaque variable.

Les résultats montrent que toutes les variables à l'étude affichent des différences significatives entre le pré et le post-test. En outre, on observe une réduction significative de l'intensité des symptômes du TPL autorapportés, $F(1, 30,23) = 64,51, p = 0,006$. Ce résultat présente une grande taille d'effet ($d = 1,49$). On note une tendance similaire sur le plan des croyances liées à la personnalité limite, $F(1, 44,86) = 9,33, p = 0,004$, bien que ce résultat comporte une petite taille d'effet ($d = 0,40$). De même, l'attitude négative envers les problèmes s'améliore de façon significative $F(1, 50,37) = 24,84, p = 0,007$ avec une taille d'effet modérée ($d = 0,74$). Enfin, l'impulsivité diminue significativement à la suite de l'intervention, $F(1, 42,6) = 4,51, p = 0,05$. On note une petite taille d'effet ($d = 0,39$).

Les analyses menées sur les variables du processus de l'ACT se sont, elles aussi, toutes révélées significatives. Ainsi, l'évitement expérientiel laisse place à une plus grande acceptation, la différence entre les deux temps de mesure étant significative $F(1, 50,77) = 26,97, p = 0,008$. Ce résultat s'accompagne d'une grande taille d'effet ($d = 0,98$). La suppression des pensées s'améliore de façon significative, $F(1, 43,14) = 9,56, p = 0,003$. Elle présente toutefois une petite taille d'effet ($d = 0,43$). De même, la défusion diminue significativement $F(1, 55,15) = 23,81, p = 0,01$ et comporte une grande taille d'effet ($d = 0,92$). La pleine conscience s'améliore significativement $F(1, 39,53) = 8,73, p = 0,025$ après l'intervention. Cette différence est associée à une petite taille d'effet ($d = 0,45$).

Tableau 2

Résultats à l'analyse de variance (modèle linéaire mixte) obtenus entre les deux temps de mesure pour chaque variable dépendante

Variable dépendante	Ddl du numérateur	Ddl du dénominateur	F	Sig.	Sig correction HB*	Taille d'effet**
Grille traits TPL	1	30,23	64,51	0,000	0,006	1,49 (G)
PBQ	1	44,86	9,33	0,004	0,017	0,40 (P)
QAP	1	50,37	24,84	0,000	0,007	0,74 (M)
BIS-10	1	42,60	4,51	0,040	0,05	0,39 (P)
AAQ-II	1	50,77	26,97	0,000	0,008	0,98 (G)
WBSI	1	43,14	9,56	0,003	0,013	0,43 (P)
CFQ-28	1	55,15	23,81	0,000	0,01	0,92 (G)
MAAS	1	39,53	8,73	0,005	0,025	0,45 (P)

*Sig correction Holm-Boneferoni

** d de Cohen : 0,20 effet de petite taille (P); 0,50 effet de taille moyenne (M); 0,80 et plus effet de grande taille (G).

Tableau 3

Moyennes marginales ajustées et intervalles de confiance pour chaque variable

Variable dép.	Intervalles de confiance 95%					
	M marginales ajustées		Borne inférieure	Borne supérieure	Borne inférieure	Borne supérieure
	Temps 1	Temps 2	Temps 1		Temps 2	
Grille traits TPL	6,92	4,15	6,59	7,24	3,37	4,9
PBQ	22,66	18,71	20,03	25,28	15,84	21,59
QAP	37,22	30,61	34,97	39,47	28,03	33,19
BIS-10	80,20	77,47	77,72	82,69	74,32	80,63
AAQ-II	42,49	47,27	41,19	43,79	45,73	48,81
WBSI	56,86	51,69	54,96	58,76	48,47	54,92
CFQ-28	72,18	63,03	70,05	74,31	59,81	66,25
MAAS	48,06	52,40	45,31	50,81	48,79	56,02

Discussion

Cette étude de nature exploratoire est l'une des premières à suggérer qu'une intervention brève basée sur l'ACT pourrait être considérée comme une option thérapeutique utile pour les étudiants universitaires présentant des traits ou un diagnostic de TPL. Cette hypothèse est congruente avec les résultats obtenus dans le cadre de recherches cliniques évaluant l'efficacité d'interventions basées sur l'acceptation et la régulation des émotions auprès de femmes avec un diagnostic de TPL (Gratz *et al.*, 2012, 2014; Gratz, Bardeen, Levy et Dixon-Gordon, 2015). Ces recherches ont aussi mis en évidence les effets d'une telle approche sur l'amélioration de la régulation émotionnelle, la diminution de l'évitement expérientiel, de la dépression, de l'anxiété et du stress, fréquents dans la problématique du TPL.

La recherche permet d'observer une diminution de l'intensité des symptômes autorapportés du TPL associée à une grande taille d'effet. Elle rejoint ainsi les conclusions de Morton *et al.* (2012) qui ont comparé deux groupes répartis aléatoirement, l'un recevant un suivi habituel combiné à un groupe ACT (n = 20) et l'autre ne recevant que le traitement habituel (n = 21). Cette étude a montré que la condition expérimentale avait amélioré l'appréciation subjective des symptômes du TPL par les participants. Des essais aléatoires ultérieurs mettant à profit des mesures écologiques permettraient de mieux rendre compte de l'évolution des états subjectifs liés au TPL ainsi qu'une appréciation plus nuancée de cet impact clinique (Miskewicz, *et al.*, 2015). Par ailleurs, les résultats de l'intervention sur des dimensions cognitives (croyances et attitudes) sont intéressants même si leurs tailles d'effet sont respectivement petites et modérées. La réduction du score d'impulsivité rejoint les résultats d'autres recherches qui associent l'entraînement à la pleine conscience à la réduction de l'impulsivité ainsi qu'à l'amélioration de l'humeur négative associée à la rumination, l'agressivité et aux idéations suicidaires (Carmona i Farrés *et al.*, 2019, Dixon, Paliliunas, Belisle et Shaffer, 2018; Geiger, Herr et Peters, 2019). Ce résultat est intéressant puisque les personnes avec un TPL ont une propension à prendre des décisions impulsives allant souvent à l'encontre de leurs propres intérêts de façon à obtenir un soulagement immédiat, au détriment des objectifs à plus long terme (LeGris, Toplak et Links, 2014; Sánchez-Navarro, Weller, López-Navarro, Martínez-Selva et Bechara, 2014).

L'ensemble des variables liées au processus de l'ACT présentent des améliorations au terme de l'intervention. Un résultat intéressant en raison de sa portée clinique est la diminution de l'évitement expérientiel (ou l'amélioration de l'acceptation), un mécanisme explicatif central dans l'ACT. L'évitement expérientiel et la dérégulation émotionnelle sont des variables associées aux manifestations les plus dommageables du TPL (Gratz *et al.*, 2012, 2015; Linehan 1993, 2014). Ce résultat est prometteur puisqu'il rejoint les conclusions d'autres

travaux portant sur l'efficacité de l'ACT auprès de clientèles présentant des problèmes de santé mentale sévères ou réfractaires à la psychothérapie, tels que les troubles de la personnalité (Chakhssi, Janssen, Pol, Van Dreumel et Westerhof, 2015; Clarke, Kingston, James, Bolderson et Remington, 2014). Les résultats portant sur la diminution de la tendance à la suppression des pensées et de la fusion cognitive sont cohérents avec ceux de Beblo *et al.* (2013), qui mettent en perspective l'efficacité des approches centrées sur l'acceptation des émotions pour intervenir sur la tendance à la suppression des pensées négatives observées dans le TPL. Ces résultats, combinés à ceux obtenus avec les variables portant sur les croyances liées au TPL et sur les attitudes face aux problèmes, suggèrent la pertinence d'une intervention ACT pour améliorer la flexibilité de certains processus cognitifs associés au TPL. Les participants à l'intervention de groupe ACT ont notamment amélioré leur niveau de pleine conscience. L'entraînement à la pleine conscience a démontré son utilité auprès des personnes présentant un TPL sur la réduction de leurs symptômes (Elices *et al.*, 2016).

Limites et contribution

L'étude comporte quelques limites qu'il importe de prendre en considération dans l'appréciation des résultats. Premièrement, le devis préexpérimental, sans groupe contrôle et mesures longitudinales, ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre l'intervention et les bénéfices perçus. Deuxièmement, le faible taux de réponse au posttest constitue un élément qui limite la portée de l'étude. Troisièmement, l'utilisation de mesures autorapportées peut engendrer de la désirabilité sociale chez les participants. Quatrièmement, une force de cette étude est qu'elle a été menée en milieu naturel. Toutefois, l'utilisation de données secondaires n'a pas permis de contrôler certaines variables. Par exemple, les suivis individuels concomitants au groupe chez quelques participants n'ont pas été contrôlés, générant la possibilité de surestimer la réponse thérapeutique propre à la condition du groupe. En outre, les données portant sur les comorbidités ou sur les parcours traumatiques ou de consultations des participants n'étaient pas disponibles et constituaient des facteurs qui auraient pu enrichir la compréhension du phénomène étudié. Cinquièmement, malgré les qualités psychométriques satisfaisantes, l'utilisation de la *Grille des traits TPL* demeure un instrument maison qui n'offre pas de seuils diagnostiques clairs, ce qui augmente le risque de surévaluer la présence de traits chez les participants. En dépit de ces limites, les résultats soutiennent ceux obtenus dans d'autres études et suggèrent que l'ACT pourrait être une approche prometteuse pour intervenir auprès d'étudiants présentant des traits ou un diagnostic de TPL dans un contexte universitaire. Peu d'études se sont intéressées directement à la problématique du TPL chez les étudiants universitaires. Pourtant, les conséquences de ce trouble sur le parcours personnel et scolaire sont importantes.

L'intervention évaluée comporte l'avantage d'être peu coûteuse et facilement intégrable aux centres d'aide aux étudiants des universités. Ces résultats mériteraient d'être validés par des essais aléatoires avec groupe contrôle prévoyant des mesures longitudinales afin d'évaluer si les gains se maintiennent à long terme (trois mois, six mois ou un an). Il serait aussi pertinent de varier la durée de l'intervention jusqu'à l'atteinte d'un seuil asymptomatique des gains mesurables. De nouveaux essais cliniques pourraient aussi contrôler certaines variables telles que la présence ou non de thérapie individuelle concomitante au groupe et comparer la taille d'effet des gains observés en fonction de la sévérité des symptômes au prétest.

University student's mental health is generating a growing body of research. Even though its first manifestations appear between age 18 and 25, little is known about interventions with Borderline Personality Disorder (BPD) in university setting. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention has shown promises for these students. This study assessed the impact of a brief group intervention based on ACT conducted among 84 university students with BPD traits or diagnosis. It was based on a pre-experimental design (pre-post intervention) and uses data collected between 2013 and 2016. Significant results were obtained on self-reported symptoms of BPD, fundamental's BPD beliefs, attitude towards problems, impulsivity, acceptance of negative affects, cognitive fusion, suppression of thoughts and on mindfulness. ACT seems a promising approach for university students with BPD.

Keywords: borderline personality disorder (BPD), university students, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), effectiveness, intervention program

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2019, novembre). *Research supported psychological treatment*. Repéré à URL: <http://www.div12.org/psychological-treatments>.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington D.C., American Psychiatric Association. ISBN9780890425541.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J. et Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84 (1), 30-36. URL : doi:10.1159/000365764.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological and environmental data. In W.G. McCown, J. L. Johnson et M.B. Shure (Ed.). *The impulsive client: Theory, research and treatment*, (pp. 39-56). American Psychological Association. URL: <https://doi.org/10.1037/10500-003>.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Baylé, F. J., Bourdel, M. C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J.-M., Adés, J. et Léo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *La Revue canadienne de psychiatrie*, 45 (2), 156-165.
- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszak, A. et Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 210, 505-509, URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.036>.
- Bhar, S. S., Beck, A. T. et Butler, A. C. (2012). Beliefs and personality disorders: An overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (1), 888-100.
- Bouvier, M. (1999). Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. (3^e édition). Masson, 323 p.
- Brown, K. W. et Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. et Grishman, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (10), 1231-1240.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., Anestis, M. D., Lavender, J. M., Jobe-Shields, L. E., Tull, M. T. et Gratz, K. L. (2015). Emotion regulation difficulties and maladaptive behaviors: Examination of deliberate self-harm, disordered eating and substance misuse in two samples. *Cognitive Therapy Research*, 39, 140-152.
- Cailhol L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, E., Villeneuve, E., Laporte, L. et David, P. (2015). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, INSPQ (Institut National de santé publique du Québec).
- Canadian Association of College and University Student Services (CACUSS) and Canadian Mental Health Association (CMHA). (2013). Post-secondary student mental health: Guide to a systemic approach. Vancouver, BC.
- Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Dominguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R. et Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on borderline personality disorder: Impulsivity versus emotional dysregulation. *Mindfulness*, 10, 1243-1254, URL: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1071-4>.
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S. M., Van Dreumel, M. et Westerhof, G. J. (2015). Acceptance and commitment therapy group treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personality and Mental Health*, 9, 345-356.

- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H. et Remington, B. (2014). Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: J. Wiley and Sons.
- Coulombe, M., Careau, L., Thibodeau, C. et Bernier, M. (2013). Sous le coup de l'émotion : les enjeux relationnels des émotions, Guide d'animation (134 p.), Cahier du participant (69 p.). Centre d'aide aux étudiants, Université Laval.
- David, P., Côté, R., Demers, P., Desrosiers, L., Laporte, L., Ratel, S., Renaud-Gagnon, L., Tremblay, M., Villeneuve, E. et Gilbert, M. (2017). Offre de services de groupe pour les troubles de personnalité en contexte de 1^{ère} ligne en santé mentale - Cadre de référence, Centre National en Santé Mentale, Québec.
- Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D. et Bond, F. L. (2009). *The development of a measure of cognitive fusion: the CFQ*. World-Conference III of the Association for Behavioral and Contextual Science, Enschede, Netherlands.
- De Somma, E., Jaworska, N., Heck, E. et MacQueen, G. M. (2017). Campus mental health policies across Canadian regions: Need for a national comprehensive strategy. *Canadian Psychology / Canadian Psychological Association*, 2017, 58 (2), 161-167.
- Dionne, F., Ngô, T. L. et Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38 (2), 111-130.
- Dixon, M., Paliliunas, D., Belisle, J. et Shaffer, J. L. (2018). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, URL: Doi: 10.1016/j.jcbs.2018.11.003
- Ducasse, D. et Fong, G. (2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'Encéphale - Journal of Clinical Psychiatry and Psychopharmacology*, 41 (1), 1-9.
- Elices, M., Pascual, J. C., Porella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C. et Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7, 584-595.
- Fonagy, P., Luyten, P. et Bateman, A. (2017). Treating borderline personality disorder with psychotherapy: Where do we go from here? *JAMA Psychiatry*, 74 (4), 316-217.
- Geiger, P., Herr, N. R. et Peters, J. R. (2018). Deficits in mindfulness account for the link between borderline personality features and maladaptive humor styles. *Personality and Individual Differences*, 139, 19-23.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le questionnaire d'attitude face aux problèmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15 (4), 141-153.
- Gratz, K. L., Bardeen, R., Levy, R. et Dixon-Gordon, K. L. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 29-35.
- Gratz, K. L., Levy, R. L. et Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 335-380.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. et Levy, R. L. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-months follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Psychological Medicine*, 44, 2099-2112.
- Gregoire, S., Lachance, L., Bouffard, T. et Dionne, F. (2018) The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49 (3), 360-372.
- Gunderson, G., Stout, R.L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C.A., Ansell, E. B., Pinto, A. et Skodol, A. E. (2011) Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68 (8), 827-837, URL: doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hanlon, C. (2012). Addressing mental health issues on University Campus. *University Manager Magazine*, Summer, 51-58.
- Hayes, S. D., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2e éd.). New York, É.-U.: Guilford Press.
- Jaworska N., De Somma, E., Fonseka, B. Heck, E. et MacQueen, G. M. (2016). Mental health services for students at post-secondary institutions: A national survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61 (12), 766-775, URL: doi:10.1177/0706743716640752.
- Jermann, F., Billieux, J., Laroi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A. et Van der Linden, M. (2009). Mindful attention awareness scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21 (4), 506-514, URL : http://dx.doi.org/10.1037/a0017032.
- Kessler, R. C., Berglundt, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime

- prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, June, 62 (6), 593-602, doi: 10.1001/archpsych.62.6.593.
- LeGris, J., Toplak, M. et Links, P. S. (2014). Affective decision making in women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 698-719, URL: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2014_28_140.
- Linehan, M. (1993, 2014). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Meaney, R., Hasking, P. et Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PloS ONE*, 11 (5), URL: Doi: 10.1371/journal.pone.0155439.
- Miskewicz, K., Fleeson, W., Mayfield A. E., Law, M. K., Mneimne, M. et Furr, R. M. (2015). A contingency-oriented approach to understanding borderline personality disorder: Situational triggers and symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 29 (4), 486-502.
- Monestès, J. L. et Villate, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*. Paris : Elsevier Masson.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G. et Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59 (4) : 301-308, URL: Doi : 10.1016/j.erap.2009.09.001
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. et Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4), 527-544.
- Paris, J. (2016). Making psychotherapy for borderline personality disorder accessible. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27 (4), 297-301.
- Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: Making treatment brief, effective and accessible*. New York, Academic Press.
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C. et Wilems, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment consideration. *Academic Psychiatry*, 39 (5), 503-511, URL: Doi: 10.1007/s40596-014-0205-9.
- Pistorello, J. (2013). *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention, prevention, and outreach*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles García, R. et Arango, I. (2019). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, [Epub ahead of print], URL: Doi: 101111/papt.12240.
- Sánchez-Navarro, J. P., Weller, J. A., López-Navarro, J. M., Martínez-Selva, J. M. et Bechara, A. (2014). Suboptimal decision making in borderline personality disorder: Effect of potential losses. *Spanish Journal of Psychology*, 17 (38), URL: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2014.39>.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., Brinkmann, K. et Van der Linden, M. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): A review of previous findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, 9 (4), 323-330, URL: <https://doi.org/10.1080/00223890902935738>.
- Wegner, D. M. et Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62 (4), 615-640, URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>.
- Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

**PERCEPTION DE CONTRÔLE ET STRATÉGIES DE COPING
CHEZ DES FEMMES MALGACHES ATTEINTES DE CANCERS FÉMININS**

**Saraha Randriamorasoa¹, Caroline Dugal²⁻³, Patricia Eid⁴,
Gaëlle Cyr², Olivier Rakotomalala¹ et Claude Bélanger²**

¹Université Catholique de Madagascar, ²Université du Québec à Montréal,

³ Université de Sherbrooke, ⁴Université Notre Dame (Louaize, Liban)

Les cancers féminins constituent un important facteur de décès à Madagascar en raison d'un taux de prise en charge médicale qui est relativement bas. Les liens entre perceptions et coping dans le cas d'un stress chronique comme celui qui est présent dans le cancer féminin sont mis en perspective dans le contexte social de Madagascar où les cancers, et plus encore les cancers féminins, peuvent être considérés comme un châtimeur divin. L'ostracisme et la stigmatisation dont peuvent être victimes les personnes atteintes de cancer peuvent engendrer chez ces dernières une difficulté à s'adapter à la maladie. Cette investigation est donc faite en tenant compte de ce contexte psychosocial particulier propre à Madagascar. Ces difficultés sont examinées à la lumière des modèles explicatifs des mécanismes d'adaptation au stress chronique qui proposent l'existence de liens entre les perceptions d'un individu et les stratégies de coping qu'il utilise. L'objectif de cette étude est donc d'investiguer la relation entre le contrôle perçu et les stratégies de coping chez les femmes malgaches diagnostiquées avec un cancer mammaire ou gynécologique ($n = 55$), en tenant compte du contexte psychosocial particulier propre à Madagascar. Une étude à devis corrélational a été mise en place pour évaluer les niveaux de stress, de contrôle, de soutien social perçu et les stratégies de coping. Les variables sous étude ont été mesurées au moyen des questionnaires suivants qui ont été traduits en malgache: *Cancer Locus of Control Scale*, *Perceived Stress Scale*, *Questionnaire de soutien social* et *Brief COPE*. Les résultats montrent des liens positifs, d'une part entre les stratégies de coping émotionnel et la perception de contrôle, et d'autre part entre l'adoption du coping centré sur le problème et le soutien social. De plus, les données permettent de constater la présence de liens entre diverses stratégies de coping. Certains facteurs culturels propres à Madagascar pouvant expliquer ces résultats sont discutés, de même que l'importance des perceptions et du soutien social dans la prise en charge des femmes cancéreuses à Madagascar.

Mots-clés : stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, coping, cancer féminin, Madagascar.

See end of text for English abstract.

Correspondance : Claude Bélanger, Département de psychologie, UQAM, C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Qc) H3C 3P8 Canada, belanger.claude@uqam.ca

© 2020. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

À Madagascar, 54,14% des patients souffrant de cancer sont des femmes, et les cancers féminins priment sur les autres types de cancer. En 2011, les chiffres fournis par le premier service en oncologie de Tananarive, le CHU-JRA, révèlent que les cancers mammaires et gynécologiques constituent 50% de tous les cas de cancers enregistrés, avec une prédominance des cancers du sein (66,6%) et du col de l'utérus (29,7%). Selon ces données estimatives, sur 1799 nouveaux cas de cancers mammaires, on rapporte un haut taux de mortalité, soit 884 cas de décès (49%). Le taux de mortalité est encore plus important pour le cancer de l'utérus, soit 1870 cas de décès pour 3371 nouveaux cas diagnostiqués, ce qui représente une fatalité de 55% (Globocan 2012). Pour les femmes avec un diagnostic de cancer gynécologique et mammaire, les répercussions de la maladie sont à la fois médicales, économiques, psychologiques et sociales (Mahar, BrintzenhofeSzoc et Shields, 2008; Suppli *et al.*, 2014), et leur impact serait accentué en l'absence de soutien social perçu (Tejeda *et al.*, 2017). En plus des difficultés financières fréquemment rencontrées lorsqu'elles doivent assumer leur traitement, les femmes atteintes de ces types de cancer se heurtent généralement à du rejet ou à de la stigmatisation sur les plans conjugal et socioprofessionnel, en raison des séquelles personnelles et sociales engendrées par le cancer (Préau *et al.*, 2008). En effet, le deuil des symboles et des représentations de la sexualité, de la féminité, et de la maternité des femmes touchées par les cancers gynécologiques et mammaires (Baize *et al.*, 2008; Willmoth et Ross, 1997) peut être exacerbé chez la femme malgache par une forme d'ostracisme social, puisque les cancers féminins sont souvent perçus à Madagascar comme une forme de châtimeur pour les punir d'avoir eu des conduites sexuelles répréhensibles ou immorales, ou même comme une sanction pour des actes de sorcellerie qu'aurait commis la femme atteinte.

Face à la gravité des différents impacts et au stress associés à cette maladie, il importe donc d'examiner les facteurs pouvant infléchir les trajectoires d'adaptation des femmes devant faire face à ce type de stresser. Le concept de coping, avancé par Lazarus et Folkman (1984a), s'inscrit dans un modèle transactionnel incluant l'ensemble des processus cognitifs, affectifs et comportementaux permettant aux individus de s'adapter à des circonstances évaluées comme menaçantes pour leur bien-être, ou comme pouvant excéder leurs ressources personnelles. Les cancers féminins, incluant la découverte du diagnostic, les processus de traitement et toutes leurs répercussions, représentent de telles circonstances qui peuvent dépasser les ressources personnelles de la personne et requièrent l'adoption de stratégies de coping pour y faire face (Knobf, 2007).

LES STRATÉGIES DE COPING

Les études menées par Lazarus et Folkman (1984a) ont dégagé deux stratégies principales de coping : d'une part les stratégies permettant de gérer et d'altérer directement la source de stress (coping centré sur le problème) et, d'autre part, celles qui sont responsables de la régulation des réponses émotionnelles engendrées par ce problème (coping centré sur les émotions ou coping émotionnel). Des recherches ultérieures ont démontré l'existence d'autres catégories de coping, telles que le coping religieux visant à orienter le locus de contrôle vers la religion (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2005 ; Koenig, 1998) ou le coping évitant alors que l'individu concentre ses efforts cognitifs pour échapper à la situation aversive (Suls et Fletcher, 1985).

Selon Lazarus et Folkman (1984a), l'adoption d'une stratégie de coping en particulier serait le résultat des processus d'évaluation subjective de l'événement stressant et de sa propre capacité à faire face à cet événement. L'adoption d'une stratégie de coping pour faire face à un cancer féminin comporterait donc deux étapes : l'évaluation primaire ou le stress perçu, qui consiste à estimer la menace, et l'évaluation secondaire ou le contrôle perçu, qui est caractérisée par l'estimation des ressources à déployer pour faire face à la situation menaçante. Dans le cas du cancer, qui constitue une série de situations stressantes interreliées (Heim, Augustiny, Schaffner et Valach, 1993), les transactions qui existent peuvent être cependant plus complexes.

Les études démontrent que le niveau de stress perçu est déterminant sur le vécu de la maladie et de ses répercussions, puisqu'il affecte chez la personne la perception d'avoir les ressources pour y faire face (Abdollahi *et al.*, 2019 ; Gaugler, *et al.*, 2005). Le niveau de stress perçu et de ressources pour y faire face auraient également un effet sur l'utilisation de stratégies de coping (Abdollahi *et al.*, 2020); ainsi une perception de contrôle élevée serait associée à l'utilisation du coping axé sur la recherche de solutions (Caplan & Schooler, 2007 ; Seligman, 1975), tandis qu'un niveau de stress perçu élevé

induirait la mise en place d'une stratégie visant à réguler les émotions engendrées par le stresser (Folkman, 1997 ; Zakowski, Hall, Klein et Baum, 2001).

PERCEPTION DE CONTRÔLE ET STRATÉGIES DE COPING

Le concept de contrôle perçu s'apparenterait au fait de croire que l'évolution de la maladie dépend soit de facteurs internes (c.-à-d., comportements personnels, style de vie), soit de facteurs externes (c.-à-d., personnel soignant, famille). Cette perception de contrôle affecterait également l'adoption de stratégies de coping : un sentiment de contrôle interne élevé sur la maladie serait lié à l'adoption de coping focalisé sur le problème alors que, face à une réaction émotionnelle importante, les stratégies de régulation des émotions seraient favorisées (pour une revue systématique, voir Richardson, Schüz, Sanderson, Scott et Schüz, 2017). Par exemple, plus une femme avec cancer du sein percevrait un niveau de contrôle interne élevé face à sa maladie, plus elle déploierait un esprit combatif et s'ajusterait davantage sur le plan psychosocial (Lin et Tsay, 2005). Or les individus qui associeraient le contrôle de leur maladie à des personnes en position de contrôle seraient généralement disposés à déployer des stratégies de coping évitantes plutôt que centrées sur le problème (Sharif et Khanekharab, 2017). Au même titre, Burns et Mahalik (2006) révèlent dans leurs études que les personnes malades de cancer qui croient au pouvoir qu'ont les autres sur eux, plus qu'à leur propre maîtrise sur leur environnement, ont moins d'espoir et de maîtrise sur la situation vécue lorsque leur stress est très prononcé. Par ailleurs, la stratégie axée sur le contrôle religieux, qui consiste à imputer la survenue et l'évolution de la maladie à une volonté divine, semble être associée positivement aux stratégies de coping centrées sur le problème et être également associée négativement à l'utilisation de stratégies de coping évitantes (Umezawa *et al.*, 2012). Ce type de coping religieux constitue un facteur de protection face au stress ressenti par les patientes atteintes de cancer du sein (Sherman *et al.*, 2001). Le stress perçu serait en effet, selon ces auteurs, corrélé négativement au contrôle religieux chez des femmes atteintes de cancer.

Dans leur revue de 11 études longitudinales étudiant les stratégies de coping chez les patientes atteintes de cancer du sein, Brandão, Schulz et Matos (2017) ont observé que le coping évitant était associé à davantage de détresse psychologique et de symptômes dépressifs, alors que le coping axé sur le problème et le coping religieux étaient associés à une meilleure qualité de vie, à moins de détresse psychologique et à moins de symptômes dépressifs. L'utilisation de stratégies de coping centrées sur les émotions agirait en outre comme médiateur dans la relation entre le nombre d'événements stressants vécus par les patientes atteintes du cancer et leur détresse psychologique face au cancer (Langford *et al.*, 2017).

LE SOUTIEN SOCIAL PERÇU

Le soutien social perçu consiste en une évaluation cognitive et émotionnelle que fait la personne à l'égard du

soutien reçu de la part d'autrui (Barrera, 1981 ; Streeter et Franklin, 1992). Ce soutien perçu peut être aux niveaux informationnel, émotionnel ou instrumental. Le soutien social constitue donc une ressource psychologique pouvant faire varier la perception de contrôle (Gerstorf, Röcke et Lachman, 2011) et l'ajustement qu'auront les patients face à leur maladie (Pruyn et al, 1988). En effet, un bon soutien social perçu serait lié à un esprit combatif et à un meilleur ajustement émotionnel face au cancer. Il serait de ce fait corrélé négativement avec le sentiment d'impuissance et avec le fatalisme (Zhou *et al.*, 2010). Les patientes atteintes de cancer du sein qui perçoivent recevoir davantage de soutien social rapporteraient une meilleure qualité de vie et moins de symptômes dépressifs (Kugbey, Asante et Meyer-Weitz, 2019), alors que celles qui se sentent davantage isolées rapporteraient plus d'anxiété (Brandão *et al.*, 2017). Les patientes avec un moins bon soutien social auraient tendance à moins bien adhérer au traitement, ce qui pourrait être expliqué en partie par une augmentation de leurs symptômes dépressifs en raison de cet isolement (Bright et Stanton, 2018).

Ozdemir et Tas Arslan (2018) ont montré que les patientes avec un cancer du sein qui évaluaient le soutien social reçu comme satisfaisant utilisaient davantage de stratégies de coping centrées sur le problème et présentaient une meilleure gestion du stress. Par ailleurs, le fait de rapporter un soutien social plus faible et l'utilisation de stratégies de coping passives et évitantes a été mis en relation avec un déclin plus rapide de la qualité de vie au fur et à mesure de l'évolution du cancer (Durá Ferrandis *et al.*, 2017). Devine et ses collègues (2003) suggèrent en outre que le soutien social a un effet atténuant sur la relation négative entre les pensées intrusives et l'évitement d'une part et les comportements adaptés face à un événement stressant d'autre part. Ainsi un niveau de support social suffisant et satisfaisant peut-il augmenter chez la personne son sentiment de contrôle, en réduisant les traits anxio-dépressifs présents chez elle (Friedman *et al.*, 2006).

Les recherches s'accordent néanmoins pour dire que l'adoption de stratégies de coping en général sont relatives, et c'est d'autant plus le cas en situation de stress spécifique vécu pendant la maladie (Carver *et al.*, 1989 ; Stone et Neale, 1984) ; elles sont tantôt guidées par les caractéristiques cognitives et conatives des individus (Terry, 1994), ou en fonction des caractéristiques propres à la situation stressante (Ben-Porath et Tellegen, 1990).

Sachant que l'appartenance culturelle et les représentations collectives occupent un rôle prépondérant dans la perception et le vécu individuels de la maladie (Leventhal et al, 1980 :), nous nous sommes penchés sur la nature du lien existant entre perception et coping chez les femmes malgaches atteintes d'une maladie qui est encore négativement considérée par la société malgache, le cancer gynécologique. Notre intérêt se porte sur le fait de voir si le lien robuste entre le support social et les

stratégies de coping tel qu'il a été établi dans des sociétés occidentales est applicable dans une société qui impute une certaine faute ou à tout le moins une responsabilité à la femme diagnostiquée avec un cancer. À notre connaissance, peu d'études portant sur l'aspect psychologique de l'adaptation au cancer et les stratégies de coping ont été menées à Madagascar. Compte tenu la vaste littérature sur le coping, il est donc intéressant d'orienter l'étude sur l'application du modèle de coping de Lazarus et Folkman (1984 b) et d'examiner son application au niveau des transactions actuelles (cognitions, perceptions, émotions) chez des patientes malgaches atteintes de cancer.

Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif général de la présente recherche est d'étudier les perceptions des femmes malgaches quant à leur contrôle perçu face à leur cancer, leur soutien social perçu et leurs stratégies de coping utilisées face au cancer gynécologique, ainsi que les liens entre ces différentes variables. La modélisation théorique sur laquelle s'appuient ces objectifs est le modèle transactionnel de coping proposé par Lazarus et Folkman (1984). Sachant la spécificité culturelle de la population sous étude, notamment l'importance du « *fihavanana* » au sein de la société malgache, c'est-à-dire l'importance sociale des notions de solidarité et la centralité du lien social très fort qui unit les communautés, nous tentons également de comprendre le rôle du soutien social perçu dans ces diverses transactions.

Notre première hypothèse porte sur la modulation par le soutien social dans le lien négatif entre stress perçu et contrôle perçu (H1). Une seconde série d'hypothèses concernent le lien entre les différentes stratégies de coping et la perception du stress et du contrôle. En ce qui concerne les stratégies de coping, un lien positif est attendu entre certaines stratégies de coping centrées sur les émotions (recherche de soutien instrumental, recherche de soutien émotionnel, expressivité), et certaines stratégies de coping centrées sur le problème (planification, coping actif et acceptation). De plus, nous postulons l'existence de relations positives entre l'adoption de stratégies de coping émotionnel et le stress perçu d'une part (H2a) et entre l'adoption des stratégies de coping centrées sur le problème et le contrôle perçu d'autre part (H2b). Plus spécifiquement, nous vérifierons le lien entre l'adoption du coping religieux et la perception du contrôle religieux (H2c).

Méthode

Les participantes ont été recrutées sur une base volontaire auprès du premier Service Oncologie et Radiothérapie de Madagascar, le Centre Hospitalier Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Le recrutement s'est fait par le biais de dépliants décrivant l'étude et en approchant individuellement les patientes. Seules les patientes malgaches rapportant un premier cas de cancer gynécologique/mammaire et qui étaient aptes à répondre

aux questionnaires en malgache ont été retenues pour l'étude. Elles étaient invitées à signer le formulaire de consentement avant de remplir les questionnaires. Les questionnaires d'un échantillon de 55 participantes ont été ainsi récoltés. La moyenne d'âge est de 49,89 ans ($\bar{ET} = 11,31$) et 80 % des cas retenus consultaient pour un cancer du sein. Près de 45,50 % des patientes de notre échantillon sont toujours en activité, 16,40 % sont en arrêt de travail, 12,70 % sont retraitées et 25,50 % constituent la cohorte des femmes au foyer. Les femmes mariées occupent une majorité de nos participantes, soit 56,40 %, 32,70 % sont célibataires ou divorcées, 7,30 % sont veuves et 3,60 % sont en relation libre. Chaque femme a en moyenne 2,5 enfants ($\bar{ET} = 1,77$). Un peu plus de la moitié des participantes ($n = 30, 54,5\%$) avaient déjà effectué en moyenne trois séances de chimiothérapie au moment de l'évaluation. La durée moyenne de traitement depuis l'annonce du diagnostic est de 6 à 12 mois.

Instruments de mesure

Les questionnaires de l'étude ont été administrés en malgache, langue maternelle de notre échantillon. Ces derniers ont donc été traduits du français vers le malgache en suivant la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989). L'analyse de consistance interne par l'alpha de Cronbach a ensuite permis de juger de la consistance interne de ces traductions.

Le niveau de stress perçu est mesuré par la traduction malgache de la version française du *Perceived Stress Scale* (PSS) (Bellinghassen *et al.*, 2009; Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983). Ce questionnaire présente 10 items et propose au participant d'évaluer à quel point les situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, imprévisibles et pénibles (p. ex., vous êtes-vous senti irrité parce que des situations échappaient à votre contrôle ?) et de répondre sur une échelle de type Likert à cinq points allant de 1 (Jamais) à 5 (Souvent). La consistance interne du questionnaire dans sa version anglaise originale ($\alpha = 0,86$) et dans sa version française ($\alpha = 0,83$) est démontrée. Pour la version malgache, l'indice de fiabilité se révèle être moins bon ($\alpha = 0,47$ avec suppression de l'item 7). Les scores au questionnaire ont été calculés en additionnant le score à chaque item (à l'exception de l'item 7) pour un total de 45 (50 si l'item 7 n'a pas été retiré). Plus le score est élevé, plus le niveau de stress est élevé.

Le contrôle perçu face à la maladie (cancer) est mesuré par la traduction malgache de la version française du *Cancer Locus of Control Scale* (CLCS Cousson-Gélie *et al.*, 2005 ; Pruyne *et al.*, 1988 ;). L'échelle contient 14 items et évalue en quatre points (1= tout à fait en désaccord à 4= tout à fait d'accord) le degré d'accord sur la perception de contrôle face au cancer. L'échelle est divisée en trois sous-échelles : (1) le contrôle de l'évolution de la maladie constituée de six items (2) le contrôle interne avec cinq items et (3) le contrôle religieux avec trois items. Le score à chacune des échelles est

calculé en additionnant le score à chaque item. Le CLCS a démontré un score de consistance interne suffisant dans sa version anglaise originale (Pruyne *et al.*, 1988), $\alpha = 0,60$, ainsi qu'une stabilité temporelle ($r = 0,65, p < 0,001$). La version malgache a révélé un indice de fidélité satisfaisante, avec un alpha (α variant de 0,76 à 0,79) qui est proche des scores de fidélité de la version française, avec un alpha variant entre 0,72 à 0,76.

Pour mesurer le soutien social, nous avons utilisé la version malgache du *Questionnaire de Soutien social* de Bruchon-Schweitzer et ses collaborateurs (2003). L'échelle est composée de 12 items formant deux sous-échelles : Six items se concentrent sur la disponibilité du soutien social sur une échelle de 1 à 9 pour un score maximal de 54 et six autres items de type Likert, variant de 1 (très satisfait) à 6 (très insatisfait) pour un total de 36, évaluant le degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Les deux sous-échelles seront utilisées de façon continue dans les analyses. Un bon indice de consistance interne a été démontré pour le SSQ dans sa version originale ($\alpha = 0,90$ et 0,83), dans sa version française ($\alpha = 0,86$ et 0,87), de même que dans sa version malgache ($\alpha = 0,61$ et 0,88), respectivement pour la disponibilité et la satisfaction.

Les stratégies de coping adoptées pour faire face à la maladie ont été mesurées par le questionnaire traduit en malgache de la version française du *Brief COPE* à 28 items (Muller et Spitz, 2003). Ce test permet d'évaluer 14 stratégies différentes du coping, chacune représentée par deux items. Le répondant utilise une échelle en quatre points allant de 1 (pas du tout) à 4 (tout le temps) dans lequel il indique la fréquence d'utilisation de chaque stratégie présentée. Les réponses obtenues sont additionnées pour chaque dimension du coping. À partir de ces scores manipulés de façon continue, un score supérieur à deux suggérerait le recours à cette stratégie de coping. En 2011, après une analyse factorielle, Hasking et ses collaborateurs (2011) ont donné une classification de 12 stratégies sur les 14 stratégies présentées dans le *Brief cope* : les stratégies de coping centrées sur le problème (coping actif, planification, réinterprétation positive, humour, acceptation), les stratégies de coping émotionnel (recherche de soutien émotionnel, recherche de soutien instrumental, expression des sentiments, blâme), les stratégies évitantes (désengagement comportemental, déni, utilisation de substances), le coping religieux et l'autodistraction. La validation menée par Muller et Spitz (2003) sur la population a révélé une consistance interne des sous-échelles $\alpha > 0,50$. La fidélité de la version malgache est également démontrée par une valeur des scores α allant de 0,64 à 0,82 pour chaque dimension.

Résultats

Les analyses descriptives des variables de l'étude ainsi que les scores obtenus permettant de mesurer l'adoption des stratégies de coping sont présentées dans le tableau 1. Nous retenons particulièrement l'adoption du

Tableau 1*Tableau descriptif des variables de l'étude*

		<i>M (ÉT)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Stress perçu		30,27 (3,68)		
Contrôle perçu	Contrôle de l'évolution de la maladie	19,38 (2,89)		
	Contrôle interne	11,78 (3,75)		
	Contrôle religieux	9,55 (1,67)		
Soutien social	Disponibilité	30,27 (3,68)		
	Satisfaction	21,05 (11,16)		
Stratégies de coping	Planification	3,19 (0,76)	41	74,54
	Déni	2,17 (0,74)	49	89,09
	Abus de substance	1,04 (0,19)	3	5,45
	Soutien émotionnel	2,20 (0,96)	43	78,18
	Désengagement	1,33 (0,52)	4	7,27
	Religion	3,78 (0,50)	50	90,90
	Acceptation	3,26 (0,69)	42	76,36
	Expressivité	2,17 (1,01)	42	76,36
	Soutien instrumental	2,24 (0,99)	44	80
	Coping actif	3,40 (0,77)	46	83,63
	Optimisme	3,00 (0,85)	7	12,72
	Blâme	2,41 (0,81)	52	94,54
	Humour	1,92 (1,05)	13	23,63
	Distraction	2,3 (1,10)	41	74,54

coping religieux par une large majorité de notre population, de même qu'une bonne satisfaction face au soutien social reçu

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont permis d'identification des variables sociodémographiques à contrôler pour le reste des analyses. Ainsi, les variables sociodémographiques continues (âge, nombre de chimiothérapies, durée du traitement) ont été corrélées avec les deux variables principales à l'étude, soit la perception du stress et la perception du contrôle. Aucun lien significatif important n'a été retenu.

En ce qui concerne les différentes variables démographiques catégorielles, des analyses de variance de type ANOVA ont été réalisées entre le type de cancer le type de traitement reçu, le statut professionnel et la situation matrimoniale comme variable indépendante, et le stress perçu d'une part et les types de contrôle perçu d'autre part comme variables dépendantes. Seule la variable « statut professionnel » semblait être notable et sera donc contrôlée dans les analyses subséquentes. Les résultats de ces analyses montrent que le stress perçu est significativement différent pour les modalités de statuts professionnels ($F(18; 36) = 3,18; p = 0,03; \eta^2 = 0,14$). Il en est de même pour la différence de statuts professionnels sur le contrôle interne perçu ($F(18; 36)$

$= 3,89; p = 0,01; \eta^2 = 0,67$). Les femmes demeurant au domicile familial, (les retraitées, les femmes au foyer et celles en arrêt de travail) montrent plus de contrôle interne que celles en activité.

De plus, la normalité des distributions des variables continues ainsi que la linéarité des relations entre celles-ci ont été vérifiées. Le tableau 2 présente ainsi les résultats de ces corrélations.

MODÉRATION PAR LE SOUTIEN SOCIAL DU LIEN ENTRE STRESS PERÇU ET CONTRÔLE PERÇU

Bien que le stress perçu semble entretenir une relation positive avec le contrôle interne et une relation négative avec le contrôle de l'évolution de la maladie et le contrôle religieux, les corrélations entre le niveau de stress perçu et les trois types de contrôle perçu ne sont pas significatives (tableau 2). Toutefois, le contrôle religieux est corrélé positivement et significativement au contrôle de l'évolution de la maladie et au contrôle interne. Ainsi, plus la patiente dirige son locus de contrôle vers une puissance divine plus elle possède de maîtrise interne sur sa maladie et l'évolution de celle-ci.

La première hypothèse, soit l'effet modérateur du soutien social sur la relation entre le stress perçu et le contrôle perçu n'a donc pas pu être vérifié sur notre échantillon étant donné l'absence de lien entre ces deux

Tableau 2*Matrice de corrélation des variables de l'étude*

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. SP	-,129	,298	-,068	-,171	-,184	,167	-,246	-,058	-,135	,092	,141	,261	,200	,075	-,052	-,057	,155	,135	-,044	
Contrôle perçu																				
2. CEM	1	,178	,614**	,169	,342*	,203	,039	-,053	,195	,012	,146	,031	,121	,018	-,005	-,077	-,103	,106	,046	
3. CI		1	,464**	-,101	,183	,116	-,074	,067	,159	,211	,324**	,300	,401**	,365	-,050	-,038	-,043	,144	-,056	
4. CR			1	,183	,356**	,176	-,140	,053	,060	,042	-,045	-,009	,100	,096	,108	-,289	-,340**	,037	,144	
Soutien social perçu																				
5. S. SP				1	,415**	,401**	,284	,344	,481**	,305*	,161	-,144	,197	-,076	,228	-,156	-,081	,077	-,036	
6. D. SP					1	,380*	,198	,320	439**	,382*	,189	-,090	,179	-,111	,252	-,118	-,173	,110	,046	
Coping centré sur le problème																				
7. Planification						1	,208	,183	,674**	,307*	,310**	,194	,267*	,033	-,150	,340*	-,001	,002	,249	
8. Humour							1	,146	,408**	,280**	,216	,060	,270*	-,029	,192	,492**	,144	,229	,241	
9. Réint, positive								1	,095	-,022	,042	-,134	-,007	,066	,025	,139	,029	,040	,216	
10. Coping actif									1	,385**	,146	,046	,221	-,086	,182	-,179	-,052	,002	,401**	
11. Acceptation										1	,274*	,218	,347**	-,027	,295*	,046	,222	,114	,124	
Coping centré sur les émotions																				
12. Rech. SI											1	,568**	,738**	,453**	,297*	,177	,263	-,08	,268*	
13. Rech. SE												1	,621**	,299*	,080	,097	,249	-,032	,164	
14. Expressivité													1	,424**	,173	,120	,191	-,032	,236	
15. Blâme														1	-,075	,244	-,177	,187	-,223	
Coping évitant																				
16. Dénî															1	-,085	,132	,052	-,036	
17. Abus sub.																1	,469**	,008	,105	
18. DC																	1	-,171	,022	
Coping non classifié																				
19. CR																			1	,036
20. Distraction																				1

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. SP : Stress perçu ; CEM : Contrôle de l'évolution de la maladie ; CI : Contrôle interne ; CR : Contrôle religieux, S.SP : Satisfaction soutien perçu, D.SP : Disponibilité soutien perçu, Réint. positive : Réinterprétation positive Rech. SI : Recherche de soutien instrumental, Rech. SE : Recherche de soutien émotionnel, CR : Coping religieux, Abus sub.: Abus de substance toxique.

variables. Cependant, les résultats des analyses de corrélation présentés au tableau 2 révèlent un lien positif modéré entre le soutien social perçu (facteur disponibilité) et le contrôle de l'évolution de la maladie ainsi que le contrôle religieux. Nous remarquons ainsi que le sentiment d'être bien entouré est associé à une perception positive de l'évolution de la maladie et à une croyance religieuse plus importante chez les femmes malgaches cancéreuses.

STRATÉGIES DE COPING, STRESS PERÇU ET CONTRÔLE PERÇU

La deuxième série d'hypothèses, portant sur le modèle de coping de Lazarus et Folkman (1984), propose de tester les liens existants entre les catégories de stratégies de coping adaptées et la perception du stress d'une part et la perception de différents types de contrôle. D'abord, en ce qui concerne le lien entre les stratégies de coping centrées sur les émotions et les stratégies de coping axées sur le problème, les analyses préliminaires de corrélation (tableau 2) montrent des relations significatives entre certaines sous échelles.

Le premier modèle tente de prédire les stratégies d'acceptation ($F(54) = 4,295 ; p < 0,05 ; R^2 = 7,5 \%$) et de planification ($F(54) = 5,640 ; p < 0,05 ; R^2 = 9,6 \%$) qui sont des stratégies de coping centrées sur le problème par la recherche de soutien instrumental (stratégie de coping émotionnel). Ce résultat significatif démontre que les femmes cancéreuses qui ont recours à la recherche d'un soutien plus tangible dans leur vécu de cancer (aides pratique, matérielle et financière) étaient plus capables d'adopter un plan d'action.

Le deuxième modèle tente de vérifier la prédiction des stratégies de coping focalisées sur le problème, acceptation ($F(54) = 7,268 ; p < 0,01 ; R^2 = 12,1 \%$) et humour ($F(54) = 4,166 ; p < 0,05 ; R^2 = 7,3 \%$) par l'expressivité (stratégie de coping émotionnel). Ce résultat significatif montre que les femmes démontrant de l'humour et une acceptation dans le vécu de leur maladie choisissaient plus facilement d'exprimer leurs émotions négatives.

Les analyses de corrélation (tableau 2) ont révélé qu'en plus des stratégies de coping focalisées sur les émotions, d'autres types de coping sont parallèlement corrélés aux stratégies d'ajustement dirigées vers la maladie, dont la distraction et le déni qui sont et respectivement associés à l'acceptation et au coping actif. De même, afin de vérifier les relations entre les stratégies de coping et le stress perçu d'une part et les types de contrôle d'autre part, le tableau 2 permet d'identifier les différentes relations significatives. Le niveau de stress perçu ne semble être associé à aucune des stratégies de coping, laissant suggérer qu'il n'y a pas un patron récurrent de stratégies de gestion du stress par rapport au niveau de stress perçu chez les femmes de notre échantillon.

Ensuite, en ce qui concerne la relation entre les stratégies de coping et les types de contrôle, ici aussi, la plupart des stratégies de coping ne semblent pas corrélées aux trois types de contrôle perçu. Seule la perception d'un contrôle interne s'avère être

positivement reliée aux deux stratégies de gestion : recherche de soutien instrumental et expressivité. La perception de maîtrise du cancer serait ainsi liée aux stratégies qui viseraient à gérer le plan émotionnel par la recherche d'aide tangible de la part de son entourage et l'expression des émotions.

Le résultat le plus intéressant de cette série d'analyses est sans équivoque la stratégie de coping du désengagement comportemental qui est négativement et significativement corrélée avec le coping religieux. Il semblerait donc que plus la patiente est tournée vers la religion, moins elle utilise cette stratégie de coping évitant et, par conséquent, plus elle s'engage sur le plan comportemental. Cela dit, le contrôle religieux n'est pas relié à aucune des stratégies de coping émotionnel, ni spécifiquement au coping religieux, la dernière hypothèse se révélant être rejetée.

Un autre résultat intéressant à noter concerne les corrélations positives significatives entre la satisfaction par rapport au soutien social perçu et les stratégies de coping centrées sur le problème (tableau 2). En effet, il semblerait que pour la plupart de ces stratégies, plus la patiente est satisfaite du soutien social qu'elle reçoit, plus elle est portée à adopter ce genre de stratégies (à l'exception de l'humour et la réinterprétation positive).

Discussion

Notre première hypothèse testant la modération du soutien social sur le lien entre le stress perçu et les modalités de contrôle perçu n'a pas pu être confirmée. Ce résultat ne confirme pas les études effectuées par Kreitler et ses collaborateurs (2007) qui rapportent un impact négatif d'un sentiment de stress sévère sur la perception de maîtrise de sa maladie de type cancer. Ce résultat n'est pas non plus en accord avec les recherches de Cousson-Gélie et ses collaborateurs (2005) qui ont mesuré un effet négatif du contrôle religieux sur le niveau de stress perçu. De même que Ozdemir et Tas Arslan (2018) qui préconisent une meilleure gestion du stress par les femmes percevant un bon soutien social, sachant que dans de nombreuses études, le soutien social constitue une ressource psychologique pouvant faire varier la perception de contrôle (Gerstorff, Röcke et Lachman, 2011). Pour notre étude, le support social perçu (facteur satisfaction) détient plutôt un effet direct sur les types de contrôle (contrôle de l'évolution de la maladie, contrôle religieux).

D'une part, ce résultat pourrait être expliqué par les études réalisées par Lazarus et Folkman (1988) qui ont démontré que les processus d'évaluation ne dépendent pas uniquement de la situation, mais peuvent être également influencés par certaines caractéristiques personnelles (traits de personnalité, croyances) et des variables contextuelles (nature du danger et qualité du soutien social offert). Par son effet direct (sur la maladie) ou indirect (sur la personne face à sa maladie), le soutien social détient un impact sur l'état physique et psychologique de l'individu. De nombreuses recherches montrent que le fait de bénéficier d'un soutien social considérable renforce le sentiment de maîtrise et augmente les ressources perçues (Friedman *et al.*, 2006 ;

Gerstorf *et al.*, 2011), alors que l'absence ou l'insuffisance de soutien constitue un facteur de risque (Kugbey *et al.*, 2019). Notons cependant que l'hypothèse à l'effet qu'une absence de résultats significatifs puisse être due à la taille de notre échantillon qui est somme toute assez faible peut être invoquée.

Au sein de notre échantillon, la variable qui serait plus particulièrement associée à la perception de contrôle interne et à l'évolution de la maladie serait le contrôle religieux. Ce résultat souligne la place prépondérante de la religion chez les Malgaches, qui reconnaissent une divinité primordiale et responsable de tous les aspects de leur vie, dont leur santé, leur richesse et même leur mort (Lupo, 2006). En effet, le fait de croire et de s'aligner aux volontés d'une puissance divine constitue un mode de vie permanent dans la culture malgache (Hübsch *et al.*, 2001). La religion est donc au cœur de la vie à Madagascar et presque tous les Malgaches sont pratiquants. Plus précisément, environ 68 % de la population malgache sont chrétiens (catholiques, protestants, évangéliques, charismatiques, prophétiques et autres pentecôtistes), 12 % sont musulmans et 20 % des gens se regroupent sous les autres religions, dont la religion traditionnelle malgache, les mormons et les hindous. En raison de cette prépondérance du religieux chez les malgaches, les pratiques religieuses seraient fréquemment employées pour faire face au stress (Pargament, 1997). Nos analyses préliminaires ont par ailleurs démontré que la perception de contrôle interne est associée aux caractéristiques individuelles telles que le statut professionnel. Les femmes qui passent plus de temps dans leur foyer (retraitées, femmes au foyer, en arrêt de travail) et qui n'ont pas à gérer les diverses pressions socioprofessionnelles en plus des contraintes liées à la maladie rapportent ainsi un meilleur locus de contrôle interne par rapport à celles qui doivent encore travailler, ce qui implique qu'elles auront plus tendance à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions.

L'examen de nos résultats nous montre qu'il existe un lien entre la recherche de soutien instrumental et l'expressivité (stratégies de coping émotionnel) d'une part, et la planification - acceptation - humour (stratégies de coping centrées sur le problème) d'autre part. D'abord, les travaux de Delelis et de ses collaborateurs (2011) défendent l'importance d'associer cette recherche de soutien à l'expression des émotions négatives en révélant que le fait de supprimer l'expressivité refrène la confrontation au problème. Heim, Valach et Schaffner (1997) ont ainsi mis en exergue l'enchaînement des stratégies de coping utilisées par les patients cancéreux, allant du coping émotionnel durant les premiers mois suite à l'annonce du diagnostic, vers une recherche de solutions adaptées en fonction du soutien reçu. D'autres chercheurs ont appuyé le fait que les stratégies de coping adoptées dans le cas de cancer concernent à la fois la résolution de problème et la gestion du choc émotionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002). Nous avançons par conséquent la pluralité et la particularité des stratégies de coping utilisées par les

participantes de l'étude face à une succession de situations stressantes, afin d'affronter leur maladie (Cousson-Gélie *et al.*, 1996). Des auteurs comme Lazarus (2001) ont effectivement rejeté le fait que chaque stratégie de coping soit spécialisée et qu'au contraire une même stratégie puisse occuper diverses fonctions, selon les caractéristiques individuelles et la nature de la situation.

Par ailleurs, nous constatons que les stratégies de coping telles que la distraction et le déni étaient liées aux stratégies de coping centrées sur le problème. Ce résultat étonnant mérite notre attention puisque le fait que le déni soit lié à des stratégies de coping centrées sur le problème pourrait sembler de prime abord contre-intuitif. Il est possible que cette prépondérance du déni comme stratégie de coping puisse s'expliquer dans le contexte de la réalité malgache et de la pauvreté relative où vivent la majorité des résidents de Madagascar. Comme les frais pour les traitements pour le cancer sont en général assez coûteux, la prise en charge des cancers à Madagascar demeure un luxe et beaucoup de femmes ont dû vendre une partie de leurs biens pour subvenir aux frais médicaux inhérents à leur cancer (Razafimahatratra, 2018). Ainsi beaucoup de femmes décident d'ignorer ou même de cacher leur maladie pour ne pas avoir à assumer ces charges ni avoir à les infliger à leur entourage. Parallèlement, pour les Malgaches, cette stratégie de déni pourrait s'apparenter au fait de croire aux notions de « *anjara* » (part) et « *vintana* » (destin), une des bases de la culture malgache (Rahajarizafy, 1981) qui favorisent une forme de résignation en raison de cette prépondérance du destin, même face à une situation menaçante. Ces observations pourraient donc être soutenues par des recherches comme celle de Jadouille et ses collaborateurs (2006), qui ont suggéré que le déni se révèle parfois être une stratégie transitoire nécessaire dans le vécu d'événements de vie par ailleurs insupportables.

En lien avec cette observation, un autre résultat qui mériterait d'être souligné est le fait que le coping de distraction soit associé à des stratégies de coping centrées sur le problème (voir tableau 2). Cette association pourrait être expliquée par le fait qu'elle permet à la femme cancéreuse de tolérer, minimiser et ignorer ce qu'elle ne peut pas maîtriser (Bahti, 2010) afin d'être mieux concentrée sur les buts à court terme liés à la fois à la maladie et à la vie en général (Brown *et al.*, 2000). Cette stratégie pourrait dès lors être en lien avec l'aspect fonctionnel du déni dans un contexte de cancer gynécologique à Madagascar.

La seconde série d'hypothèses concerne le lien entre les modalités d'évaluation du cancer par les femmes atteintes de cancer et les types de stratégies de coping qu'elles adoptent, dont le stress perçu d'une part, et les stratégies de coping émotionnel et la perception de contrôle avec les stratégies focalisées sur la maladie d'autre part. Nos postulats ont été infirmés sauf en ce qui a trait au contrôle religieux qui est négativement corrélé au désengagement comportemental. Ce résultat confirme davantage l'important rôle des croyances religieuses dans la vie des Malgaches tel que discuté. Ce

résultat va en outre dans le même sens que ceux d'une étude par Umezawa et ses collègues qui en 2012 ont trouvé un lien entre les croyances religieuses et le coping centré sur le problème chez des femmes plus âgées atteintes du cancer du sein. Selon Pargament et ses collaborateurs (2000), l'expression d'une relation sécurisante avec la religion permet à un individu de donner un sens à sa vie en se servant de ses croyances et ainsi de se «reconnecter» à son vécu.

Le contrôle interne est associé chez les patientes de notre échantillon aux stratégies de coping émotionnel, dont la recherche de soutien instrumental et l'expressivité. Ce résultat n'est pas conforme à ce qui était attendu, mais il demeure quand même aligné avec les études en psychologie de la santé qui ont montré que le contrôle interne est corrélé positivement à l'anxiété et aux stratégies de coping centrées sur les émotions (Bruchon-Schweitzer, 2005). Par ailleurs, d'après le modèle de l'impuissance acquise proposé par Seligman (1975), une personne qui croit que les événements négatifs dépendent d'elle-même et qu'elle ne peut rien y faire est plus encline à démontrer une impuissance acquise qui se manifeste par de la passivité, de la dépression et de l'anxiété. Il est en ce sens concevable que les patientes de notre échantillon aient eu recours au coping émotionnel pour les aider à s'ajuster face à ces émotions négatives qu'elles ressentaient. Ces résultats corroborent ceux d'une méta-analyse par Richardson et ses collègues (2017) qui ont rapporté des observations similaires à partir de recherches effectuées auprès de femmes atteintes de cancer du sein.

La variable associée aux stratégies de coping focalisées sur le problème, sauf pour ce qui est de l'humour et de la réinterprétation positive, est la satisfaction face au soutien social et non le degré de stress ressenti. Certains modèles utilisés en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002) ont effectivement placé le soutien social au même rang que le contrôle perçu, en le considérant comme une variable prédictive dans l'adaptation, la qualité de vie et le bien-être (Gentry et Kobasa, 1984). Il serait concevable que le soutien social soit associé à des stratégies dites actives du coping, ce qui est en partie révélateur d'un sentiment d'acceptation de la femme atteinte de cancer vis-à-vis son entourage, malgré les croyances générales véhiculées par ses proches sur les cancers (châtiment corporel ou une malédiction tel que discuté plus haut). Ceci pourrait permettre à la patiente de se focaliser sur la prise en charge de sa maladie. En effet, nous sommes face à la valeur centrale accordée au «*fihavanana*», qui est, tel que rapporté plus haut, le lien ou le contrat social ou encore la solidarité entre les individus d'une même communauté à Madagascar (Urfer, 2012). Pour les Malgaches, le soutien social est donc la manifestation du «*fihavanana*» qui constitue la base de l'entraide et des services rendus à autrui, surtout dans les situations difficiles telles que la maladie, comme c'est le cas pour les femmes de notre échantillon (Sandron, 2008). Ce lien se révèle également être un indicateur d'appartenance à sa communauté (Urfer, 2012). C'est le fait d'être présents les uns pour les autres qui rend tous les problèmes de la vie moins pénibles et plus

surmontables (Razafindratovo, 1971), et ceci peu importe l'auteur du soutien.

Conclusion

En conclusion, le modèle de stress de Lazarus et Folkman (1984) est intéressant pour étudier les liens entre les stratégies de coping et les perceptions individuelles des ressources face à une situation spécifique auprès d'une population particulière, comme c'est le cas dans les cancers mammaires et gynécologiques, et ceci même si certains des liens attendus ne se sont pas avérés être confirmés dans notre étude. Il est possible que cette absence partielle de résultats s'explique par une faible puissance statistique ne permettant pas de mesurer les plus petites tailles d'effets. En effet, des contraintes temporelles et organisationnelles ne nous ont pas permis d'atteindre un nombre optimal de participantes, le calcul de puissance (G-Power) précisant que le nombre requis pour notre étude aurait dû être de 64 patientes, alors que le nombre effectif de la présente recherche n'a été en finale que de 55 patientes. De même, les analyses des questionnaires traduits en malgache ont porté sur l'analyse de fiabilité, mais ces tests n'ont pas pu faire l'objet de tests de validité, ce qui constitue une limite de la présente recherche. Une autre limite se situe autour du fait que des variables telles que les données médicales associées à la condition des patientes et de leur statut socio-économique n'ont pas pu être considérées dans notre étude en raison de contraintes organisationnelles associées à la confidentialité des dossiers médicaux dans l'hôpital où a eu lieu la recherche. Les variables qui auraient pu affecter les résultats comme que la présence de maladies ou troubles comorbides, le stade de la maladie, etc. n'ont donc pas pu être contrôlées.

Certaines études futures qui pourront utiliser des devis longitudinaux pourront aider à mieux mettre en lumière les impacts des variables sous étude et les influences qu'elles pourraient avoir. Ce type de devis longitudinal comprenant plusieurs temps de mesure permettrait également de suivre l'évolution de la maladie dans le temps et de mieux monitorer l'évolution des stratégies de coping ainsi que leur efficacité en fonction de l'évolution de la maladie. Les recherches ultérieures pourront finalement se focaliser sur l'impact de différentes interventions psychothérapeutiques chez les patientes atteintes de cancers gynécologiques. Par exemple l'impact des thérapies de troisième vague telle que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès des femmes malgaches souffrant de cancer féminin qui pourrait les aider à développer des stratégies d'adaptation centrées sur l'acceptation d'une part, et sur l'engagement dans une action constructive d'autre part. L'étude de l'impact de l'ACT sur les femmes malgaches atteintes de cancer pourrait dès lors améliorer l'efficacité et la qualité des prises en charge déjà existantes et appuyer les femmes dans leur processus d'adaptation, en réduisant entre autres les comportements d'évitement et l'influence des pensées troublantes et des émotions indésirables liées à la perception de soi négative souvent véhiculées par la société Malgache. Une telle stratégie thérapeutique

pourrait permettre à la femme avec un cancer de prendre la décision de s'engager dans son traitement plus tôt dans le cours de la maladie.

Female cancers are an important factor of death in Madagascar due to stigma associated with the disease and to its poor medical management. The fact that cancer might be a punishment from God would cause difficulties to adapt to the disease. These difficulties are examined with explanatory models of the coping mechanism for chronic stress. These models suggest links between an individual's perceptions and the coping strategies he uses. The aim of this study is to investigate the relationship between perceived control and coping strategies in Malagasy women with breast or gynecological cancers (n = 55). A correlational study allowed to measure women's perceptions of control and coping strategies. The following measures were translated in Malagasy: *Cancer Locus of Control Scale*, the *Perceived Stress Scale*, the *Social Support Questionnaire* and the *Brief COPE*. The results show positive links between emotional coping strategies and the perception of control and between the adoption of problem-based coping and social support. Moreover, results show that different coping strategies present significant associations with each other. Some cultural factors specific to Madagascar that could explain these results are discussed as well as the importance of perceptions and social support in Malagasy women with cancer care.

Keywords: *perceived stress, locus of control, perceived social support, coping, women cancer, Madagascar*

Références

- Abdollahi, A., Panahipour, H., Hosseini, S. et Allen, K. A. (2019). The effects of perceived stress on hope in women with breast cancer and the role of psychological hardness. *Psycho-oncology*, 28 (7), 1477-1482. <https://doi.org/10.1002/pon.5102>
- Abdollahi, A., Taheri, A. et Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Ahmadi F., Hussin, N.A.M. et Taufik, M.M. (2018). Religion, Culture and meaning-making coping: A study among cancer patients in Malaysia. *Journal of Religion and Health*, 58, 1909-1924.
- American Psychiatric Association, (2003). DSM- IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris, France: Masson.
- Bahti, T. (2010) Coping issues among people living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 175-82.
- Baize, N., Mounier, M., Bongain, A. et Spano, J.P. (2008). Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie. *Bulletin du cancer*, 95 (9). doi : 10.1684/bdc.2008.0702
- Ben-porath, Y. et Tellegen, A. (1990). A place for traits in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 14-17. Sur : https://www.researchgate.net/publication/247504121_A_Place_for_Traits_in_Stress_Research
- Bellinghausen, L. Collange, J. Botella, M., Emery, J.L. et Albert, E. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 4 (21), 365 - 373. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-p-365.html>
- Brandão, T., Schulz, M. S. et Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26 (7), 917-926. <https://doi.org/10.1002/pon.4230>
- Bright, E. E. et Stanton, A. L. (2018). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86 (3), 242-253. doi: 10.1037/ccp0000272
- Bruchon-Schweitzer, M. L. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et Méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., Cousson-Gélie, C., Bidan-Fortier, Sifakis, Y. et Constant, A. (2003). Le questionnaire du soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie Française*, 48 (3), 41-53.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Boujut, E. (2014) *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. 2^e édition révisée. Paris, France : Dunod.
- Burns, S. M. et Mahalik, J. R. (2006). Physical Health, self-reliance, and emotional control as moderators of the relationship between locus of control and mental health among men treated for prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 561-572. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988886>
- Caplan, L. J. et Schooler, C. (2007). Socioeconomic status and financial coping strategies: The mediating role of perceived control. *Social psychology quarterly*, 70 (1), 43-58. <https://doi.org/10.1177/019027250707000106>
- Carver, C. S., Weintraub, J. et Scheier, M. F. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926629>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 92 (4).
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24 (4), 385-396. Récupéré de <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>
- Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dihuldy, J. M. et Lakja, F. (2005a). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97 (3), 699-711. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16512284>
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., Irachabal, S. et Lakdja, F. (2005 b). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4 (4), 288-291.
- Cousson-Gélie, F. (2014) Évolution du contrôle religieux la première année suivant l'annonce d'un cancer du sein : quels liens avec les stratégies de coping, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie ? *Psychologie Française*. 59 (4), 331-341.
- Cronbach, L. J. (1987). Statistical Tests for Moderator Variables: Flaws in Analyses Recently Proposed. *Psychological Bulletin*, 102 (3), 414-417.
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S. et Desombre, C. (2001). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de Psychologie*. 2 (515), 471-479. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-5-page-471.html>
- De Valck, C. et Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 28 (2), 179-186, sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919600897X>
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T. et Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology*, 12, 453-462.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. et Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1582383>
- Durá Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G. et Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-oncology*, 26 (11), 1914-1921. doi: 10.1002/pon.4404
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Sciences and Medicine*, 45, 1207-1221, sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9381234>
- Friedman, G., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Hussain, I. et Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603. sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16287209>
- Gaugler, J., Hanna, N., Linder, J., Given, C., Tolbert, V., Kataria, R., et al. (2005). Cancer caregiving and subjective stress: A multi-

- site, multi-dimensional analysis. *Psycho-Oncology*, 14 (9): 771-785.
- Gentry, W. et Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. Dans W. Gentry, *Handbook of behavioral medicine*. New York, NY: Guilford.
- Gerstorff, D., Röcke, C. et Lachman, M. E. (2011). Antecedent-consequent relations of perceived control to health and social support: Longitudinal evidence for between-domain associations across adulthood. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (1), 61-71. doi: 10.1093/geronb/gbq077
- GLOBOCAN (2012). Cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base no. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/304460791_GLOBOCAN_2012_v10_cancer_incidence_and_mortality_worldwide_IARC_cancer_base_no_11_Internet_International_Agency_for_Research_on_Cancer_Lyon/citation/download
- Hasking, P., Lyvers, M., Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives, and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36 (5), 479-487. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300441>
- Hubert-Williams, N. et Owen, R. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for cancer patients. Dans *Psycho-Oncology* (3.ed). Oxford, NY: University Press. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
- Hübsch, B. et Rakotoanaivo, (2001) *Ny fireham-pinoan'ny Ntaolo Malagasy: Les conceptions religieuses des anciens Malgaches*. Paris, France: Éditions Karthala,
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23 (1), 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.11.009>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I. et Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9), 513-521.
- Kreitler, S., Peleg, D et Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients, *Psycho-Oncology*, 16, 329-341. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16888704>
- Kugbey, N., Asante, K. O. et Meyer-Weitz, A. (2019). Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Supportive Care in Cancer*, 28 (6), 1-8. doi: 10.1007/s00520-019-05027-1
- Jadoulle, V., 2006. Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie. *Annales médicopsychologiques*, 164 (2), 108-114.
- Lajoie, V. (2016). Trait de personnalité et stratégies de coping chez des individus présentant une schizophrénie. Essai de 3e cycle présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lan, M., Zhang, L., Zhang, Y. et Yan, J. (2018). The relationship among illness perception, coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13832
- Langford, D. J., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y. P. et Miaskowski, C. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology*, 36 (12), 1147-1160. doi: 10.1037/hea0000524
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. Dans W. Gentry, *Handbook of behavior medicine*. New York, NY: Guilford. p. 282-325.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984b). *Stress appraisal and coping process*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. Dans K. Scherer, A. Schorr et T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford, New York: Oxford University Press, p. 37-67.
- Leventhal, H., Meyer, D. et Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Lupo, P. (2006). Dieu dans la tradition malgache. Paris, France. Karthala Editions
- Mahar, K. K., BrintzenhofeSzoc, K. et Shields, J. J. (2008). The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: A study of breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26 (3), 1-17. doi: 10.1080/07347330802115400
- Muller, L. et Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *L'Encephale*, 29, 507-518. Récupéré de [https://www.scrip.org/S\(351jmbntvnsjtladkposzje\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1015713](https://www.scrip.org/S(351jmbntvnsjtladkposzje)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1015713)
- Ozdemir, D. et Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 27 (9), 2214-2219. doi: 10.1002/pon.4798
- Pargament, K. I. (1997) *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*; Guilford Press: New York, NY, USA.
- Pargament, K. I. Smith, B. W. Koenig, H. G. et Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious coping with Major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37 (4), 710-724. doi: 10.2307/1388152
- Pargament, K. I.; Koenig, H. G. et Perez, L. M. (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pedhazur, E. J. (1982). *Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Pignon T., Ralantoarimihanta, M., Ratoanina, J. L., Ratsiharovalala, J., Ravoniarinoro, A., et al. (1987). Aspects épidémiologiques et thérapeutiques du cancer à Madagascar, étude à travers le recrutement du service de cancérologie d'Antananarivo. *Journal Européen de Radiothérapie*. 8 (2) : 77-84.
- Préau, M., Marcellin, F., Lert, F., Spire, B. et Moatti, J. P. (2008). Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. DOI halshs-01564008. Récupéré de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01564008/document>
- Pruyn, J., van der Borne, H., de Reuver, R., de Boer, M., Ter Pelkewijk, M. et de Jong, P. (1988). The locus of control Scale for Cancer Patients. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 404-408.
- Rahajarizafy, A. P. (1981). *Filozofia Malagasy: ny fanahy no olona*. Fianarantsoa, Madagascar: Ambozontany. Récupéré de <http://isni.org/isni/0000000079271655>
- Razafimahatratra, M. J. J. et, Pourette, D. (2018). Cancer du col de l'utérus à Madagascar: des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en charge. Dans D. Pourette, (ed.), Bellas C. (ed), Ravololomanga B. (ed). *Femmes, enfants et santé à Madagascar*. Paris, France, L'Harmattan. p.223- 233.
- Rehman, M. U., Buttar, Q. M., Irfan-ul-Haq Khawaja, M. et Rizwan-ul-Haq Khawaja, M. (2009). An impending cancer crisis in developing countries: are we ready for the challenge? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10, 719-720.
- Razafindratova, J. (1971). "Etude du village d'Ilfay". *Annales de l'Université de Madagascar, Série Lettres et Sciences Humaines*, 10, 51-74.
- Richardson, E. M., Schüz, N., Sanderson, K., Scott, J. L. et Schüz, B. (2017). Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26 (6), 724-737. <https://doi.org/10.1002/pon.4213>
- Sandron, F. (2008). Le fihavanana à Madagascar: lien social et économique des communautés rurales. *Revue Tiers Monde*, 195, 507-522. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2008-3-page-507.htm>
- Seligman M. E. P. (1975) *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco, NY: W. H. Freeman.
- Sharif, S. P. et Khanekharab, J. (2017). External locus of control and quality of life among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of coping strategies. *Journal of psychosocial oncology*, 35 (6), 706-725. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1308984>
- Sherman, A. C. et Simonton, S. (2001). Religious involvement among cancer patients: Associations with adjustment and quality of life. In T. G. Plante et A. C. Sherman (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 167-194). New York: The Guildford Press.
- Suls, J. et Fletcher, B. (1985). *The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis*. *Health Psychology*, 4, 249-288. Récupéré de <https://psycnet.apa.org/record/1986-20250-001>
- Suppli, N. P., Johansen, C., Christensen, J., Kessing, L. V., Kroman, N. et Dalton, S. O. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: A nationwide population-based cohort study of

- associated factors in Denmark, 1998-2011. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 3831-3839. 10.1200/JCO.2013.54.0419
- Tejeda, S., Stolley, M. R., Vijayasiri, G., Campbell, R. T., Ferrans, C. E., Warnecke, R. B. et Rauscher, G. H. (2017). Negative psychological consequences of breast cancer among recently diagnosed ethnically diverse women. *Psycho-Oncology*, 26 (12), 2245-2252. doi : 10.1002/pon.4456
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
- Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B. et Maly, R. C. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44 (1), 21-32. doi : 10.1007/s12160-012-9358-5
- Urfer, S. (2012). Madagascar: une culture en péril? In *Essais, Livres sur Madagascar*. Antananarivo, Madagascar: no comment éditions.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30 (4), 662-689. Récupéré de <http://depositum.uqat.ca/294/1/daniellelgoulet.pdf>
- Verneau, L. (2019). Madagascar grignotée par les sectes évangéliques. *Le Monde*. Récupéré de https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/09/05/madagascar-lentement-grignotée-par-les-sectes-evangeliques_5506931_3212.html.
- Willmoth, M. C. et Ross, J., A. (1997). Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Practice*, 5 (6), 353-359.
- Zakowski, S. G., Hall, M. H., Klein, L. C. et Baum, A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (3), 158-165. doi: 10.1207/S15324796ABM2303_3
- Zhou, E. S., Penedo, F. J., Bustillo, N. E., Benedict, C., Rasheed, M., Lechner, S., Soloway, M., Kava, B. R., Schneiderman, N. et Antoni, M. H. (2010). Longitudinal effects of social support and adaptive coping on the emotional well-being of survivors of localized prostate cancer. *Journal of Supportive Oncology*, 8 (5), 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2010.09.004>

LES BONNES PRATIQUES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE :

ANALYSE CRITIQUE DE L'OUVRAGE

LES TROUBLES LIÉS AUX ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES : GUIDE DES MEILLEURES PRATIQUES POUR UNE CLIENTELE COMPLEXE DE BOND, S., BELLEVILLE, G., ET GUAY, S. (2019).

PUBLIE AUX PRESSES DE L'UNIVERSITE LAVAL.

Malik Ait Aoudia

Université Paris Descartes

**Les ouvrages cités le sont à titre indicatif et n'ont pas de vocation à couvrir le champ du psychotrauma de manière exhaustive*

Les recherches scientifiques consacrées aux troubles psychotraumatiques ont connu une croissance exponentielle depuis la fin des années 80. La réintroduction du trouble stress post-traumatique (TSPT) dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM III), a sans doute participé à cet essor, qui a permis à la psychotraumatologie d'être reconnue aujourd'hui comme une discipline scientifique émergente dans le champ des sciences humaines et biomédicales. Les modèles théoriques et les pratiques cliniques et thérapeutiques en psychotraumatologie ont considérablement évolué depuis les travaux de Janet sur les psychotraumatismes, et plus particulièrement depuis la publication de sa thèse sur l'automatisme psychologique en 1889, considérée comme l'un des premiers ouvrages majeurs sur le psychotraumatisme et qui reste à nos jours une référence incontournable dans la clinique du trauma. La littérature scientifique consacrée au psychotraumatisme est aujourd'hui abondante. Les nombreux articles et ouvrages traitant du trauma sont en majorité publiés en anglais, incluant même un certain nombre de travaux originellement réalisés en français. Toutefois, plusieurs ouvrages ont été publiés en français* au cours de ces vingt dernières années, selon différentes lignes éditoriales et différents types de formats. Certains ouvrages, comme « *les traumatismes psychiques de guerre* » (Crocq, 1999), « *les traumatismes psychiques* » (de Clercq, 2001), ont

choisi de privilégier les contenus théoriques, tandis que d'autres sont dédiés au traitement des psychotraumatismes, comme « *psychothérapie des victimes* » (Lopez et Sabouraud-Séguin, 1998), et que d'autres encore présentent à la fois les apports théoriques des différentes approches cliniques et les diverses interventions et thérapies proposées aux victimes, comme les ouvrages réalisés sous la direction de Guay et Marchand (2006) « *les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements* », et Jehel, Lopez, Kremp et al. (2006) « *Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement* ». Certains auteurs ont opté pour des présentations compactes reprenant de manière succincte des notions clés en psychotraumatologie, comme « *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* » dirigé par Kédia, Sabouraud-Séguin et Lopez (2013). Une autre catégorie d'ouvrages propose des formats didactiques plus élaborés, destinés à orienter les thérapeutes dans les différentes étapes de la prise en charge thérapeutique des victimes, à l'exemple de l'ouvrage proposé par Brillon (2013) sous le titre de « *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes* », qui offre aux clinicien(ne)s la possibilité de bien saisir les spécificités psychotraumatiques dans la mise en place du cadre thérapeutique, le renforcement de l'alliance thérapeutique, la conduite des évaluations et la mise en place de la psychothérapie, en proposant des alternatives aux difficultés qui peuvent survenir au cours de la prise en charge des victimes.

L'arrivée d'un nouvel ouvrage consacré aux psychotraumatismes et particulièrement lorsqu'il est rédigé en français, est un événement important et attendu par les praticien(ne)s francophones désireux d'actualiser leurs connaissances et améliorer leur pratique clinique en psychotraumatologie. C'est le cas pour la parution de cet opus de 510 pages rédigé sous la direction de Bond, Belleville et Guay (2019) sous le titre : « *Les troubles liés aux événements traumatiques : guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe* », qui fait l'objet de cette présente analyse critique. Il est structuré en 16 chapitres eux-mêmes répartis en quatre grandes parties.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'introduction au trauma. Elle est constituée d'un seul chapitre présenté sous le titre « *Les événements traumatiques : des conséquences pour les victimes, leurs proches et la société* » qui à tout bien considérer, tient plus d'une introduction générale aux conséquences psychotraumatiques, que d'un chapitre dédié aux événements traumatiques à proprement parler. En effet, ce chapitre présente les conséquences post-traumatiques et leurs évolutions vers des formes pathologiques, en précisant avec l'appui des données épidémiologiques, le lien entre la nature de l'événement traumatique (ET) et les troubles du stress post-traumatique (TSPT). La part du chapitre dédiée aux caractéristiques de l'événement traumatiques reste relativement réduite et n'aborde que partiellement les implications cliniques que peuvent avoir les différents événements en fonction de leur nature, de leur intensité et de leur durée. Les auteurs ont mis également en évidence les événements traumatiques liés à la santé et l'impact traumatique sur la santé physique, en précisant les coûts financiers et les conséquences économiques liés au TSPT. Le choix de ne retenir qu'un seul chapitre dans la première partie a sans doute limité considérablement l'introduction, qui aurait mérité plus de développements et de précisions compte tenu du titre et du sous-titre de l'ouvrage et notamment sur ce que les auteurs désignent par clientèle complexe, et comment différencier cette clientèle de celle qui présente un trauma complexe.

La deuxième partie consacrée aux évaluations et aux traitements des troubles liés au trauma, est sans doute l'une des principales parties de ce livre. Elle traite en six chapitres, des aspects essentiels des pratiques cliniques et thérapeutiques auprès des adultes, des enfants et des adolescents. Le deuxième chapitre est consacré au dépistage et à l'évaluation diagnostique. Les auteurs précisent que la nosographie retenue dans la présentation de ce chapitre, comme pour tout l'ouvrage, est la classification américaine proposée dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5). Le trouble stress aigu (TSA) et le trouble stress post-traumatique (TSPT) sont les deux principaux troubles qui ont été retenus pour ce chapitre, parmi les troubles liés aux traumatismes ou aux facteurs de stress, et dont les critères diagnostiques sont présentés d'une façon originale et pragmatique. Chaque critère est détaillé avec des

illustrations cliniques permettant de mieux connaître les manifestations symptomatiques du TSA et du TSPT et de pouvoir les mettre en lien avec l'événement traumatique qui en a été à l'origine. Des recommandations pratiques sont proposées pour pouvoir évaluer l'ensemble des symptômes du TSPT avec des indications pour les diagnostics différentiels avec les troubles les plus fréquemment associés au TSPT et dont la symptomatologie peut se confondre avec celle du TSPT. Pour une démarche clinique de dépistage et d'évaluation diagnostique, des outils d'évaluation catégorielle et dimensionnelle, auto et hétéro administrés, actualisés aux nouveaux critères du DSM 5 sont présentés dans leur champ d'application respectif. Le troisième chapitre propose en prolongement à l'évaluation diagnostique, une évaluation clinique plus approfondie des conséquences spécifiques et non spécifiques au psychotraumatisme, en s'appuyant sur une analyse fonctionnelle, élaborée sur le modèle des thérapies cognitives et comportementales, qui permet de réaliser une évaluation personnalisée tenant compte de la nature de l'événement traumatique, des facteurs péri-traumatiques, pré-traumatiques et post-traumatiques, ainsi que de l'altération des fonctionnements actuels. La proposition d'une analyse fonctionnelle intégrée aux évaluations cliniques permet aux clinicien(ne)s de préciser avec chaque patient(e) les objectifs thérapeutiques, et de proposer des stratégies thérapeutiques adaptées au contexte TSPT. Un résumé d'évaluation clinique pouvant servir comme un modèle pratique de synthèse d'évaluation clinique pour les thérapeutes est proposé en annexe du chapitre. Le quatrième chapitre réservé aux meilleures pratiques en prévention et traitement du trauma chez l'adulte est le moins fourni des trois chapitres consacrés aux interventions thérapeutiques de cette deuxième partie. La présentation des principales interventions immédiates et post-immédiates, des stratégies de traitement et des interventions de soutien, est sommaire. De plus, elle regroupe les différentes interventions sous le titre de « *stratégies de traitements* », ce qui peut générer une confusion sur le caractère préventif, thérapeutique ou de soutien, respectivement pour chaque type d'intervention. Par ailleurs, un tableau récapitulatif des stratégies de la thérapie cognitivo-comportementale offre aux praticien(ne)s une très bonne lisibilité quant aux applications et aux objectifs de chaque stratégie dans ses indications. Le chapitre consacré au traitement du trauma chez les enfants et les adolescents est assez complet et intègre les aspects médico-légaux et environnementaux liés à la prise en charge thérapeutique des mineurs, avec une présentation didactique, illustrée par le cas d'une jeune adolescente, ce qui permet de mieux identifier les spécificités dans les évaluations et le traitement des enfants et des adolescents au cours des différentes étapes de la préparation et de la mise en place d'un suivi thérapeutique. Des aspects très importants concernant la vulnérabilité liée à l'âge et ses implications sur la sécurité et la protection des mineurs, notamment dans le cas des violences intrafamiliales, n'ont pas été abordés. Le choix

de consacrer un chapitre à l'utilisation des réalités virtuelles et autres technologies pour le traitement du trauma dans cette partie de l'ouvrage contraste avec l'objectif recherché, à savoir présenter les meilleures pratiques validées dans le traitement des clientèles complexes. Ce chapitre aurait été pertinent dans une présentation, à la fin de l'ouvrage, dans une partie qui peut être réservée aux perspectives prometteuses offertes par l'évolution des pratiques cliniques intégrant les nouvelles technologies dans l'élaboration de nouvelles stratégies thérapeutiques pouvant faciliter davantage l'accès aux psychothérapies.

La troisième partie est sans doute celle qui illustre le mieux les situations cliniques complexes que cet ouvrage se propose de traiter. En effet, les auteurs développent, au travers de ses six chapitres, une présentation des principales comorbidités et dérégulations émotionnelles les plus fréquemment rencontrées chez les patients souffrant de trouble stress post-traumatique, à savoir l'épisode dépressif caractérisé, les cauchemars et les troubles du sommeil liés au TSPT, les états dissociatifs, le trouble lié à l'usage de substances, le deuil compliqué et les difficultés liées aux dérégulations émotionnelles induites par la triade émotionnelle post-traumatique composée de la honte, de la culpabilité et de la colère. Dans le septième chapitre réservé à l'épisode dépressif caractérisé dans un contexte de TSPT, sont discutés les aspects cliniques spécifiques à cette condition de comorbidité et les difficultés qu'elle implique dans l'évaluation et le diagnostic différentiel face à un tableau clinique regroupant un noyau symptomatique commun aux deux troubles. De même, au niveau thérapeutique, les auteurs proposent des plans d'intervention intégrant des stratégies thérapeutiques qui tiennent compte de la présence du chevauchement de plusieurs symptômes dépressifs et post-traumatiques. Le huitième chapitre est consacré aux difficultés du sommeil et cauchemars qui constituent un des aspects cliniques majeurs associé au TSPT et qui reste encore sous diagnostiqué et souvent non pris en charge dans les plans d'interventions thérapeutiques proposés. Ce chapitre fort utile, offre une description clinique des cauchemars, des difficultés du sommeil et de leurs intrications avec le TSPT. Des outils adaptés pour effectuer des évaluations des cauchemars et des difficultés du sommeil sont présentés avant une description détaillée des différentes étapes d'un protocole thérapeutique centré sur les cauchemars post-traumatiques. Le neuvième chapitre qui aborde la part des émotions envahissantes, apporte des éclairages précieux sur les implications de la culpabilité, de la honte et de la colère dans la complexification de la symptomatologie TSPT et les complications thérapeutiques qu'elles peuvent occasionner si elles ne sont pas préalablement évaluées et traitées. La pertinence d'intégrer ce chapitre à cet endroit de l'ouvrage est discutable, dans le sens où il s'intercale au milieu des chapitres dédiés aux comorbidités des troubles psychopathologiques. Le dixième chapitre portant sur le deuil compliqué, se distingue par une

présentation appuyée sur une analyse critique différentielle des différents modèles conceptuels et des protocoles thérapeutiques, et discute les alternatives actuellement disponibles pour le traitement des deuils compliqués et les perspectives du traitement du deuil traumatique. Cependant, les implications des aspects socio-culturels dans le processus de deuil et de ses complications ainsi que leur importance dans la prise en charge n'ont pas été abordées. Les onzième et douzième chapitres qui proposent une présentation des stratégies d'ancrage et d'auto-apaisement pour la gestion des états dissociatifs avec des traitement par étapes et les protocoles intégrés pour la gestion du trouble lié à l'usage de substances associés au TSPT, viennent parachever cette troisième partie de l'ouvrage. Cette partie aurait pu être complétée par un chapitre sur les troubles de la personnalité dont la comorbidité avec le TSPT est à l'origine d'importantes complications cliniques.

La quatrième et dernière partie de l'ouvrage traite dans ses quatre derniers chapitres des interventions auprès de populations spécifiques. Le treizième chapitre de l'ouvrage est consacré à la prévention et au traitement du TSPT chez les travailleurs dans le cadre des risques psychosociaux, suivi du quatorzième chapitre portant sur les survivants de brûlures graves, où sont abordées les particularités des conséquences psychotraumatiques chez ses survivants. Ce chapitre traite essentiellement des aspects cliniques spécifiques, comme les réactions liées aux cicatrices et aux brûlures sur le visage et apporte des considérations pratiques pour le dépistage des difficultés psychologiques et le suivi psychologique systématique après une brûlure grave, en discutant des obstacles qui se rencontrent souvent dans la mise en place d'une psychothérapie spécialisée et adaptée aux survivants des brûlures graves. Le quinzième chapitre consacré au traitement du TSPT chez les militaires et les anciens combattants offre une présentation qui permet de saisir les particularités cliniques et thérapeutiques liées au stress et au trauma dans l'univers et la culture militaire. Le chapitre aborde les différents enjeux cliniques et défis thérapeutiques à considérer dans le cadre des évaluations et des prises en charge des militaires, et leur accompagnement dans la transition vers la vie civile. Si le chapitre aborde de façon précise ces différents aspects, il ne présente pas les modalités pratiques du cadre thérapeutique et les indications sur le choix du format des interventions thérapeutiques adaptées aux militaires et aux vétérans. Le seizième et dernier chapitre de l'ouvrage présente les différentes étapes de la préparation et la mise en place des interventions dans le cas des traumatismes de masse illustrés pour ce chapitre par les cas des catastrophes naturelles. Un chapitre sur le trauma vicariant et la fatigue de compassion aurait été indispensable dans un ouvrage destiné aux professionnel(le)s de la santé mentale qui sont confrontés à des situations complexe du trauma. Enfin, les auteur(e)s proposent dans l'annexe de l'ouvrage un récapitulatif de certaines techniques d'auto-apaisement pour la gestion et la réduction de la détresse

chez les victimes de trauma, qui sont indispensables et pertinentes pour assurer de bonnes conditions pour le traitement du TSPT, et davantage encore en présence de symptômes dissociatifs.

En conclusion, les auteurs de cet ouvrage, à l'appui de leurs expertises et expériences en psychotraumatologie, ont réussi de manière originale à regrouper à travers 16 chapitres des synthèses de connaissances actualisées sur les aspects cliniques, interventionnels et thérapeutiques importants du trouble stress post-traumatique et des principaux troubles qui lui sont associés. Le quasi intégralité des interventions et des thérapies proposées dans cet ouvrage sont de type thérapie cognitive et comportementale. Ce qui vient fort justement rappeler que les thérapies comportementales et cognitives centrées sur le trauma sont les thérapies les plus indiquées et recommandées dans le traitement du TSPT et troubles associés. Les illustrations cliniques et les différents outils d'évaluations présentés dans cet ouvrage offrent la possibilité d'orienter les clinicien(ne)s dans la mise en place de stratégies d'intervention à différents niveaux et dans différents contextes du TSPT. Cependant, des aspects aussi importants que le cadre et l'alliance thérapeutique en psychotraumatologie ainsi que les recommandations pour les bonnes pratiques dans le traitement du TSPT, mériteraient une ample présentation dans un ouvrage sur le trauma. Enfin, le titre choisi pour cet ouvrage est une reprise du titre de l'ouvrage de Guay et Marchand paru en 2006, et le sous-titre « guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe » dont le terme « les meilleures pratiques » renvoie à une comparaison des pratiques qui n'est pas faite dans cet ouvrage, alors que la désignation des « bonnes pratiques » est plus en accord avec le contenu de l'opus. L'ouvrage, contrairement à ce qui a été précisé en quatrième de couverture, n'est pas le premier du genre en langue française à présenter les bonnes pratiques. Certes les ouvrages publiés en français regroupant des expertises confirmées en psychotraumatologie consacrées au TSPT ne sont pas nombreux. Cependant, des ouvrages comme « Traiter les psychotraumatismes » (Lopez, 2016), ou « Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique » (Brillon, 2013) sont élaborés dans les mêmes perspectives et sont d'excellentes références dans le champ du psychotrauma.

Au final, cet ouvrage de qualité propose des synthèses de connaissances sélectionnées avec rigueur et application par des auteurs experts en psychotraumatologie, en s'appuyant sur les données de la recherche, leurs expériences et les recommandations d'experts. Cet ouvrage peut apporter une aide précieuse aux clinicien(ne)s et aux thérapeutes dans l'élaboration et la mise en place des prises en charge adaptées aux situations complexes du TSPT. Il peut également servir de ressource pédagogique pertinente actualisée pour la formation des praticien(ne)s amené(e)s à intervenir auprès des victimes souffrant de TSPT.

Références

- Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal : Québec-Livres.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- De Clercq, M. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- Guay, S et Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Rééd., 1999, Odile Jacob.
- Jehel, L., Lopez, G., Kremp, O. et al. (2006). *Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement*. Paris : Dunod.
- Kédia, M. et Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie*. Paris : Dunod.
- Lopez, G et Sabouraud-Séguin, A. (1998). *Psychothérapie des victimes*. Paris : Dunod.
- Lopez, G. (2016). *Traiter les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.



À LA MÉMOIRE DE KIERON P. O'CONNOR

Julie Leclerc¹, Gilles Trudel¹, Marc Lavoie² et Frédérick Aardema²

¹Université du Québec à Montréal

²Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal

C'est en août 2019 que le Dr Kieron O'Connor (Ph.D., M.Phil.), psychologue et chercheur, est décédé. Les membres de la communauté scientifique ont alors perdu un collègue précieux et un grand passionné de recherche clinique.

Son parcours peu commun révèle que Kieron a réalisé un baccalauréat en sciences sociales (*North London Polytechnic*, 1972), une maîtrise en psychologie expérimentale (*Sussex University*, 1979), un doctorat de recherche en psychophysiologie (*University of London*, 1984), puis une licence en psychologie clinique (*British Psychological Society*, 1986). Il aura aussi effectué un stage postdoctoral à la *Institute of Neurology and Laryngology (University College)*. Kieron était fier de mentionner qu'il a été le dernier étudiant au doctorat d'un des fondateurs de la thérapie comportementale, soit monsieur Hans Eysenck. Il a poursuivi dans la même direction que son maître en publiant des ouvrages en psychologie qui ont marqué cette approche, notamment chez le grand éditeur John Wiley.

Au-delà d'une carrière scientifique remarquable, Kieron cumulait les talents artistiques. Il a notamment brillé longtemps en théâtre et comme interprète de mime. Sous un pseudonyme, il a été l'auteur de nouvelles et de romans. Il aimait aussi jouer du piano et pratiquer la randonnée pédestre, le cyclisme et la voile. En outre, il a gagné la médaille d'or du marathon canadien de ski de fond en 2003.

Durant une trentaine d'années, Kieron O'Connor a eu une influence décisive sur le parcours et la carrière de nombreux cliniciens et chercheurs. Il était inspirant, persévérant et rigoureux. Il pouvait rassembler simplement par sa présence, son humour candide et son flegme légendaire.

PARCOURS ACADÉMIQUES ET SCIENTIFIQUES

En 1987, Kieron se joint au Centre de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal. D'abord, spécialisé en psychophysiologie cognitive, il a ensuite développé une expertise en psychologie clinique. Il était l'un des rares bâtisseurs du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM); auparavant le Centre de Recherche Fernand Séguin) toujours en fonction. Il a été l'un des fondateurs de l'axe de recherche clinique, qui fut très dynamique et productive, et à laquelle ont participé notamment plusieurs chercheurs reconnus (p. ex., André Marchand, Gilles Trudel, Mark Freeston, Stéphane Guay, Janie Houle, Julie Leclerc, Tania Lecomte et Ariel Stravinski).

La qualité scientifique des études réalisées par Kieron O'Connor a été soulignée par de nombreuses distinctions et subventions de recherche. Son dossier de publications est des plus prolifiques; Kieron a publié près de 500 articles scientifiques révisés par des pairs, en plus des communications et d'autres types de publication. En outre, il a publié plus d'une vingtaine de livres qui ont fait autorité dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie clinique.

Kieron O'Connor a été un chercheur proactif et un travailleur infatigable, mais surtout, il s'est caractérisé par son esprit créateur et inventif qui a contribué à des apports originaux liés à la thérapie d'approche cognitive et comportementale. Ainsi, en plus d'avoir supervisé près de 70 étudiants aux cycles supérieurs de l'Université de Montréal (psychologie et psychiatrie), de l'Université du Québec en Outaouais (où il a aidé à mettre sur pied le département de psychologie) et de l'Université de Sherbrooke notamment, Kieron était professeur associé de la section cognitive et comportementale du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Les membres de cette section ont perdu un

collaborateur important et très actif, ce qui les a incités à souligner ses principales contributions.

André Marchand a eu de nombreuses collaborations avec Kieron O'Connor. Entre autres, le développement d'un programme de recherche subventionné visant le sevrage des tranquillisants. Ce programme s'est ensuite poursuivi par l'intermédiaire d'un ancien étudiant de Kieron, Sébastien Grenier, qui a continué avec d'autres chercheurs à évaluer l'interruption de la prise de benzodiazépines chez les personnes âgées de 65 et plus. En collaboration avec Kieron et d'autres chercheurs, dont Gilles Dupuis, une subvention avait été obtenue pour évaluer les processus cognitifs des personnes atteintes de troubles psychophysiologiques. Un autre projet de recherche fut d'étudier le processus de soutien social du couple chez les personnes atteintes d'un trouble anxieux. Par ailleurs, Gilles Dupuis a codirigé plusieurs étudiants au doctorat avec Kieron. Notamment, Lynda Bélanger qui travaillait sur le sevrage des benzodiazépines, Marie-Claude Pélessier qui a identifié le rôle des processus de raisonnement dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), Caroline Janelle qui a étudié la représentation de la maladie chez les greffés cardiaques et l'observance au traitement, Annie Taillon qui a évalué l'effet de la thérapie basée sur les inférences en lien avec la peur d'une dysmorphie corporelle, et Julie Sauvageau qui a évalué la fragilité identitaire dans le trouble obsessionnel compulsif. De plus, Claude Bélanger a codirigé deux étudiantes à la maîtrise avec Kieron (Audrey Bertrand et Anick Rouleau), en plus d'avoir deux codirections au doctorat; Sébastien Grenier, qui a évalué les dimensions cognitives de l'insight auprès d'individus souffrant d'un TOC, et Sarah Roberts qui a évalué la régulation émotionnelle auprès des gens ayant des comportements répétitifs centrés sur le corps. Enfin, Gilles Trudel, en plus d'être collègue au Centre de recherche de l'IUSMM, a codirigé avec Kieron Marie-Eve Saint-Pierre Delorme dont la thèse doctorale portait sur l'évaluation de la thérapie basée sur les inférences avec composante de réalité virtuelle ciblant le trouble d'accumulation compulsive.

Kieron a aussi collaboré avec la section cognitive et comportementale du département de psychologie de l'UQAM par le biais de présentations dans des cours du premier cycle et des cycles supérieurs en psychologie. Il participait annuellement à l'Atelier d'observation d'approche cognitive et comportementale, dirigé par Gilles Trudel en recevant la classe au Centre de recherche de l'IUSMM. Sa présentation, qui mettait en évidence le processus de recherche qui devrait idéalement être suivi en thérapie comportementale et cognitive, était appréciée des étudiants. En outre, Kieron faisait visiter aux étudiant(e)s de ce cours le laboratoire de psychophysiologie rattaché au Centre d'étude sur les troubles obsessionnels compulsifs et les tics (CETOCT), dirigé par Marc Lavoie et cofondé avec Kieron.

Le CETOCT est un regroupement de quatre chercheurs œuvrant sur une thématique similaire et

complémentaire. Voici un bref portrait des trois chercheurs qui composent maintenant le CETOCT, à la suite du décès de Kieron O'Connor. Marc Lavoie, chercheur en sciences biomédicales rattaché au département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal, est arrivé au centre de recherche en 1999 pour travailler en psychophysiologie avec Kieron et d'autres chercheurs. Ses études portent principalement sur les processus cognitifs et l'activité cérébrale, principalement dans le syndrome Gilles de la Tourette et en lien avec les thérapies cognitives et comportementales. Frederick Aardema a rejoint le CETOCT en 2000, en tant que doctorant de l'Université d'Amsterdam. Il travaillait en collaboration avec Kieron sur le TOC et les troubles connexes et le développement de la thérapie basée sur les inférences. Il est devenu professeur au département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal et membre du CETOCT en 2009. Julie Leclerc a effectué sa thèse doctorale sous la codirection de Jacques Forget (UQAM, section Éducation) et de Kieron. Elle a par la suite effectué un stage postdoctoral en psychiatrie, durant lequel elle a adapté le modèle thérapeutique pour la diminution des tics auprès des jeunes. En 2012, elle devient professeure au département de psychologie de l'UQAM (section Éducation); elle pilote le Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance et elle est membre du CETOCT. Elle avait deux étudiantes en codirection de thèse avec Kieron au moment de son décès (Mélyane Bombardier et Joanie Grondines) et, avec les autres membres du CETOCT, elle codirige certains étudiants au doctorat que Kieron avait sous sa supervision au cours de l'été 2019.

SON APPORT À LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Tout au long de sa carrière, Kieron O'Connor a été un chercheur clinicien exemplaire et engagé envers ses collègues et ses étudiants. Dans le but d'améliorer la prévention de l'apparition des symptômes liés à plusieurs troubles mentaux, mais aussi pour soutenir une meilleure réinsertion sociale des populations souvent stigmatisées par l'incompréhension de la population générale à l'égard de ces personnes, il a considéré les causes des troubles de santé mentale et l'impact de certains déterminants sociaux, psychologiques et biologiques, ainsi que les habitudes de vie et le fonctionnement des personnes atteintes.

La plus grande partie de ses travaux de recherche a été dédiée à l'étude et au traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC), du syndrome de Gilles de la Tourette, des comportements répétitifs centrés sur le corps et sur le trouble d'accumulation compulsive (TAC). Il a notamment conçu deux approches cliniques, maintenant reconnues partout dans le monde : l'approche basée sur les inférences, ciblant notamment le TOC, et l'approche cognitive psychophysiologique, ciblant notamment les tics. Ces approches ont toutes deux menées à des thérapies structurées, visant la diminution de plusieurs symptômes reliés cliniquement, d'une manière novatrice et globale. Leur particularité est de ne pas cibler spécifiquement le

symptôme, mais de viser une réorganisation des processus cognitifs et comportements sous-jacents et en amont des manifestations ciblées.

Kieron conciliait le fait de faire de la recherche fondamentale concernant un problème clinique, afin d'en déduire un modèle permettant de comprendre ce problème puis développer une intervention et la valider scientifiquement. En outre, il était très engagé dans la communauté puisqu'il a rédigé plusieurs documents de vulgarisation scientifique et il a réalisé de nombreuses activités de sensibilisation, dont des colloques et des groupes de soutien.

Conclusion

Kieron aura été actif en recherche, en enseignement, en supervision d'étudiants et en congrès jusqu'à la toute fin. Ses collègues continueront d'enseigner et de valider les modèles cliniques et théoriques qu'il a conçus. Pour plusieurs, il fut un mentor encourageant qui a enseigné la persévérance et la confiance. Les personnes qui l'ont côtoyé ont bénéficié de son dynamisme, de son soutien et de sa passion pour la recherche en santé mentale. D'ailleurs, selon les volontés de Kieron O'Connor, un fond sera créé pour financer la recherche dans le domaine de la psychologie clinique.

<http://www.unpeubeaucoupalafolie.org/fr/faire-un-don/>

ou

<https://interland3.donorperfect.net/weblink/WebLink.aspx?name=E910058QF&id=29>

