

SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 29 (1)
Printemps 2019

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

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

Bouchard, Stéphane, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais

Brunet, Alain, Ph.D.
Université McGill

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

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

Forget, Jacques, D.Ps.
Université du Québec à Montréal

Fortier, Pierre, M.A.
Université de Montréal

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

Goupil, Georgette, Ph.D.
Université du Québec à 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 IUSMMM

Laberge, Melanie, Ph.D.
Clinique de Psychologie Cognitive et Comportementale Change

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

Leclerc, Julie, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

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

Meilleur, Dominique, Ph.D.
Université de Montréal

O'Connor, Kieron, Ph.D.
IUSMM, Université de Montréal

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

Poirier, Nathalie, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

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

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

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

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

France

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

Belabre Sarra-Gallet, Jean-Luc, MD
Cabinet Libéral, Aix-en-Provence

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

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

Granier, Emmanuel, MD
Clinique Belle-Rive, Villeneuve-lez-Avignon

Belgique

Fontaine, Philippe, MD
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

Révision linguistique et mise en page

Carole Desrochers

Conseil d'administration de l'ASMC

Réal Labelle, Ph.D.
Président
Université du Québec à Montréal

Gilles Trudel, Ph.D.
Vice-Président
Université du Québec à Montréal

Jacques Forget, D.Ps.
Secrétaire
Université du Québec à Montréal

Philippe Valois, Ph.D. (c)
Trésorier et webmestre
Université du Québec à Montréal

Georgette Goupil, Ph.D.
Membre
Université du Québec à Montréal

Jean Bélanger, Ph.D.
Membre

Association scientifique pour la
modification du comportement
100 Sherbrooke Ouest,
Montréal (Qc), Canada H2X 3P2

ISSN numérique :
ISSN 2562-6558

Volume 29, été 2019
Publication annuelle

Science et Comportement
Numéro 29(1) – Printemps 2019
Table des matières

- Mot du président de l'ASMC5
- Éditorial de la rédactrice en chef.....7
- Le lien entre l'hostilité et l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale chez les individus atteints du trouble d'anxiété généralisée (*Morrisette-Pronovost, Marcotte-Beaumier et Dugas*)9
- Étude exploratoire sur la validité sociale des rencontres FOCUS pour les étudiants universitaires ayant un TDAH (*Dalpe, Landry et Goupil*)19
- Évolution de la détresse psychologique chez les couples âgés vivant à domicile : Étude Longitudinale (*Villeneuve, Trudel, Dargis, Bégin, Prévile, et Boyer*)29
- Évolution des symptômes alimentaires sous l'angle de la théorie de l'autodétermination lors d'un traitement intensif des troubles des conduites alimentaires : Une analyse de courbes de croissance (*Côté, Bérubé-Leblanc, Pelletier, Ratté et Bégin*).....47
- Analyse coûts-efficacité du traitement du trouble panique avec agoraphobie et du trouble d'anxiété généralisée comorbides (*Ikic, Bélanger, Dugas, Bouchard, Gosselin, Langlois, Labrecque et Marchand*)61
- Différence de perception entre la mère et l'enfant quant aux symptômes présents dans le syndrome de Gilles de la Tourette (*Payer et Leclerc*)75
- Trouble de l'anorexie nerveuse : Modélisation théorique et traitement cognitif et comportemental (*Bakhos, Bélanger, Trudel et Godbout*)87
- L'Association Scientifique pour la Modification du Comportement, les débuts et l'évolution de la thérapie comportementale et cognitive au Québec et en Acadie : Événements importants, souvenirs et anecdotes (*Trudel*)101
- Une perspective behavioriste de l'apprentissage : Analyse critique de l'ouvrage *Psychologie de l'apprentissage* de Powell, R.A., Honey, P.L., et Symbaluk, D.G. (2016) (*Forget*).....113



Mot du président de l'ASMC

Depuis bientôt cinquante ans, l'Association scientifique pour la modification du comportement (ASMC) a pour mandat de diffuser et promouvoir les connaissances dans le domaine des sciences du comportement humain auprès d'un large public, dans un but d'éducation et d'information. Muette pendant dix-huit ans, l'ASMC revient en force avec une équipe dynamique de chercheurs et de praticiens qui ont à cœur une psychologie scientifique appliquée à la pratique clinique, éducative et sociale.

Aujourd'hui, l'ASMC est fière de présenter le premier numéro en format numérique de la revue Science et Comportement. Elle sera dorénavant publiée annuellement et comprendra des articles écrits en français avec un résumé anglais. Chaque texte sera évalué par un comité de pairs de façon anonyme et sera accessible en ligne gratuitement.

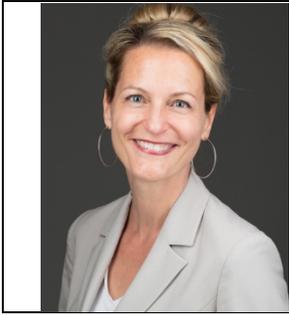
Quelle synchronicité ! En effet, le retour de cette revue coïncide avec le 50^e anniversaire de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Quel est donc le sens de ce lien qui ordonne ces deux événements ? Eh bien, les deux font vibrer leur audience avec la force de leur histoire et de leurs valeurs. L'UQAM est une université qui a eu l'audace de rendre accessible le savoir et la culture au milieu francophone. De la même manière, l'ASMC est une organisation savante qui exhorte à préserver la tradition de publication en langue française de textes en psychologie scientifique d'approche comportementale et cognitive.

Tournée vers l'avenir, l'ASMC poursuivra aussi son mandat voué à l'organisation de colloques, de conférences et d'ateliers de formation en proposant des activités de diffusion des connaissances scientifiques aux deux ans. À cet effet, le lecteur est invité à consulter régulièrement le site Web de l'ASMC afin de connaître les événements à venir. Il trouvera également en ligne tous les numéros de la revue depuis 1970.

Et que dire de notre rédactrice en chef de la revue, Pascale Brillon. En effet, ce chef d'orchestre a su diriger d'une baguette de maître, tous les musiciens à la base de ce premier opus numérique de la revue Science et Comportement. L'ASMC lui doit reconnaissance. Par ces mots, cela veut aussi sous-entendre que la psychologie se loge aussi du côté de l'art.

Bref, célébrons ensemble ce demi-siècle de l'ASMC et de l'UQAM en rendant hommage aux vaillants bâtisseurs de ces deux institutions et à la talentueuse relève qui l'anime. Et n'oublions pas que des sociétés du savoir comme le Québec et le Canada s'expriment aussi dans la langue de Molière. Bonne lecture !

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



Éditorial de la rédactrice-en-chef

Chers collègues,
Chères collègues,

C'est avec beaucoup de fierté que je vous présente notre premier numéro de la revue *Science et Comportement* après 18 ans d'absence. Cette revue, fondée en 1970 par l'Association scientifique pour la modification du comportement, avait changé le visage de la thérapie cognitivo-comportementale en offrant une formidable vitrine à la recherche dans cette approche alors en plein essor. Pendant près de 30 ans, elle fût novatrice à bien des égards, très attendue et suivie par plusieurs centaines d'abonnés.

Science et Comportement a aussi constitué un véritable tremplin vers la publication scientifique pour plusieurs. Elle a permis à de nombreux collègues (maintenant célèbres), de soumettre à une revue rigoureuse, d'y recevoir leurs premiers commentaires consécutifs à une révision à l'aveugle, et de se familiariser avec les rudiments si particuliers de l'écriture scientifique et ce, dans leur langue maternelle. D'ailleurs, de nombreux reviseurs approchés pour la résurrection de cette revue ont accepté avec enthousiasme cette tâche ingrate en mentionnant que *Science et Comportement* leur avait autrefois permis de publier leur premier article en carrière.

Cet attachement à cette revue ne s'est pas désavoué malgré plusieurs épreuves freinant sa publication et presque vingt ans d'absence. Cependant, ce silence a maintenant pris fin par notre volonté de redonner une magnifique vitrine à la *recherche cognitivo-comportementale qui se fait, s'écrit et se publie en français*. En effet, à une époque où l'anglais en publication représente un espéranto scientifique pour certains, mais un obstacle linguistique majeur pour d'autres, nous espérons représenter une nouvelle alternative attirante et stimulante.

C'est maintenant une *revue en ligne, accessible à tous et totalement gratuite* qui vous est offerte. Une revue ouverte à recevoir des articles de tous les confins de la francophonie internationale. Une revue qui vise la promotion des dernières données touchant la recherche et la clinique en TCC à tous et pour tous. Car pourquoi faire de la recherche si ce n'est pour en diffuser les résultats à tous les cliniciens et acteurs sociaux qui changent les pratiques sur le terrain ? Pourquoi faire de la recherche si celle-ci n'est pas directement au service des personnes souffrantes ?

Ainsi, ce premier numéro vous présente sept articles théoriques, cliniques ou empiriques qui touchent diverses populations : des couples aînés (Villeneuve et coll.) ou des enfants souffrant de syndrome Gilles de la Tourette (Payer et Leclerc), des personnes souffrant de trouble d'anxiété généralisée (Morrissette-Pronovost et coll.) ou de trouble panique (Ikic et coll.), des étudiants souffrant de TDAH (Dalpé et coll.) et des personnes souffrant de troubles alimentaires (Coté et coll.), ainsi que Bakhos et coll.).

Nous espérons que les articles de ce premier numéro vous stimuleront au plan intellectuel et clinique; Qu'ils vous feront connaître des collègues francophones admirables et exaltants; Et qu'ils vous donneront envie de vous abonner via notre site afin de recevoir automatiquement les dernières nouvelles de la revue. Nous vous promettons de tenter de vous stimuler ainsi à chaque numéro. Nous sommes déjà à préparer notre deuxième et il sera, je le pense, à la hauteur de nos objectifs et de vos attentes.

Faire revivre une telle revue ne représente pas une tâche anodine. Je tiens à remercier la merveilleuse équipe du conseil d'administration de l'ASMC qui m'a offert ce mandat courageux. Merci pour votre confiance et votre soutien, merci pour ces réunions stimulantes et très souvent ludiques malgré la charge de travail : Mes remerciements les plus sincères et chaleureux aux professeurs Georgette Goupil, Réal Labelle, Jacques Forget, Gilles Trudel, à notre webmestre et trésorier Philippe Valois, et à madame Carole Desrochers, notre précieuse reviseuse linguistique. Merci aussi aux membres de notre comité de rédaction, ces experts qui se sont pliés au processus astreignant et ingrat de révision à l'aveugle. Vous avez permis la publication d'articles rigoureux et novateurs et vous avez aidé des collègues francophones à mieux publier dans leur langue. Merci, vous avez été (et serez encore), très précieux.

Longue vie à la recherche psychologique scientifique !
Longue vie à *Science et Comportement* !

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

LE LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ D'UNE THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE CHEZ LES INDIVIDUS ATTEINTS DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Caroline Morrissette-Pronovost,

Gabrielle Marcotte-Beaumier,

et Michel J. Dugas

Université du Québec en Outaouais

La présente étude vise à évaluer l'impact de l'hostilité sur l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La première hypothèse stipule que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. La deuxième hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement fera une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité de la TCC, indépendamment de variables sociodémographiques (âge et sexe) et cliniques (symptômes de dépression et d'anxiété somatique). Nous avons conduit deux analyses de régression hiérarchique linéaire auprès d'un échantillon de 69 participants. La première analyse révèle que plus les participants rapportent un haut niveau d'hostilité avant la thérapie, plus ils sont susceptibles d'avoir des symptômes sévères du TAG après la thérapie. La deuxième analyse révèle un impact négatif de l'hostilité au pré-traitement sur l'efficacité de la thérapie, et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, des symptômes dépressifs et des symptômes d'anxiété somatique. En conclusion, nous suggérons que les individus atteints du TAG qui rapportent un haut niveau d'hostilité profitent moins de la TCC parce que les attitudes hostiles peuvent interférer avec l'établissement d'une saine alliance thérapeutique.

See end of text for English abstract.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée; thérapie cognitivo-comportementale; hostilité.

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention de recherche accordée à Michel Dugas par les Instituts de recherche en santé du Canada (MOP-82771).

Correspondance : Michel Dugas, Ph.D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283 boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, Qc, Canada, J8X 3X7. Courriel : michel.dugas@uqo.ca

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se définit principalement par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives par rapport à certains domaines de la vie, tels que le travail et la santé, et ce, au moins une journée sur deux depuis au moins 6 mois. Les sujets d'inquiétude peuvent également être mineurs, comme le fait de s'inquiéter pour un rendez-vous ou la propreté de la résidence. La fréquence, la durée et l'amplitude des inquiétudes et de l'anxiété sont démesurées face à la réelle probabilité d'apparition de la situation anticipée. L'inquiétude excessive est difficilement contrôlable et s'accompagne de symptômes dont la sensation d'être survolté, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la tension musculaire et la perturbation du sommeil. Les symptômes physiques, les inquiétudes et l'anxiété engendrent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu dans des domaines importants de sa vie. Il peut s'agir, entre autres, d'une altération au niveau professionnel ou social (American Psychiatric Association [APA], 2013).

À ce jour, le lien entre la colère et les troubles anxieux, incluant le TAG, demeure très peu exploré. Historiquement, la colère et l'anxiété sont liées à travers leurs réactions physiologiques communes et semblables face à un stress (Cannon, 1929). Face à un danger, potentiel ou réel, les individus sont susceptibles de réagir autant avec colère qu'avec anxiété, ce que l'on désigne par la réponse de combat ou de fuite. Ce lien particulier entre l'anxiété et la colère s'explique par des vulnérabilités au niveau biologique (Barlow, 2002). Toutefois, malgré ces connaissances bien établies, la colère engendrée par la perception d'un danger demeure peu étudiée dans le cadre des troubles anxieux (DiGiuseppe et Tafrate, 2007). Par exemple, quelques

études seulement ont exploré la relation entre la colère et le TAG.

Le peu de données disponibles suggèrent qu'un niveau élevé de colère est souvent observé chez les personnes atteintes du TAG et ce, sans égard aux autres troubles anxieux et aux troubles de l'humeur (Deschênes, Dugas et Gouin, 2015). De façon plus spécifique, les individus rencontrant les critères diagnostiques du TAG présentent un niveau plus élevé d'hostilité (la composante cognitive de la colère), de colère internalisée et d'humeur agressive en comparaison aux individus ne rencontrant pas ces critères (Deschênes, Dugas, Fracalanza et Koerner, 2012). De ces trois dimensions de la colère, il semblerait toutefois que l'hostilité soit celle étant la plus fortement liée au TAG et à ses facteurs de vulnérabilité (Deschênes et coll., 2012; Fracalanza, Koerner, Deschênes et Dugas, 2014).

La présence et l'importance de l'hostilité exprimée par les clients en contexte de thérapie sont généralement acceptées par les différentes écoles de pensée en psychologie clinique. L'hostilité est considérée comme un domaine de conflit auquel le client doit fréquemment faire face lors d'un traitement psychologique (von der Lippe, Monsen, Rønnestad et Eilertsen, 2008). Malgré le fait que l'hostilité soit régulièrement rencontrée en pratique clinique, les thérapeutes ne sont généralement pas à l'aise de travailler avec les clients aux prises avec des troubles en lien avec cette composante de la colère (DiGiuseppe et Tafrate, 2001). Ainsi, en considérant l'importance du lien entre l'hostilité et le TAG, il est judicieux de se pencher sur l'impact de cette dimension de la colère lors d'une psychothérapie. La présente étude fait état du lien entre l'hostilité et l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les individus atteints du TAG.

Afin d'explorer le lien fonctionnel entre l'hostilité et l'efficacité de la TCC pour le TAG, il importe de tenir compte de variables sociodémographiques et cliniques pouvant amplifier indûment ce lien (i.e. le problème des variables confondantes). En ce qui concerne le TAG, il est bien établi qu'il existe un lien entre ce dernier, l'âge et le sexe. De plus, les symptômes de dépression et d'anxiété somatique s'avèrent des variables cliniques étant hautement corrélées avec la présence et la sévérité TAG. Dans les prochains paragraphes, nous présenterons le lien entre ces variables et le TAG afin d'appuyer notre argument voulant que l'examen du lien fonctionnel entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique doit tenir compte de ces variables potentiellement confondantes (e.g. l'âge, le sexe, les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété somatique).

Plusieurs études témoignent du lien entre l'âge et le TAG (pour une synthèse, voir Dugas, Charette et Gervais, 2018). Par exemple, il existe deux périodes de

vie pendant lesquelles l'incidence du TAG est particulièrement élevée. La première période se situe entre 11 et 20 ans tandis que la deuxième se situe vers le milieu de l'âge adulte (Blazer, Hughes et George, 1987; Brown, Barlow et Liebowitz, 1994). C'est donc dire que le TAG apparaît souvent au cours de l'adolescence et au milieu de l'âge adulte, deux périodes de vie marquées par l'augmentation des responsabilités. En ce qui concerne la prévalence du TAG, celle-ci semble être la plus élevée au milieu de l'âge adulte, soit entre 33 et 55 ans (Blazer, Hughes, George, Schwartz et Boyer, 1991). Par contre, certains auteurs rapportent une augmentation croissante du nombre d'individus atteints du TAG au-delà de l'âge de 65 ans (e.g. Carter, Wittchen, Pfister et Kessler, 2001). Pris ensemble, ces résultats témoignent sans contredit d'un lien entre l'âge et la présence du TAG.

Les recherches s'intéressant au lien entre le sexe biologique et l'inquiétude (la caractéristique principale du TAG) démontrent qu'il y a une différence importante en ce qui concerne le niveau d'inquiétude chez les hommes et les femmes. Spécifiquement, les femmes éprouvent plus fréquemment de l'inquiétude que les hommes (Robichaud, Dugas et Conway, 2003). D'ailleurs, le TAG se présente plus fréquemment chez les femmes et ce, avec un ratio variant d'environ trois femmes pour deux hommes (Pearson, Janz et Ali, 2013) à deux femmes pour un homme (APA, 2013). En ce qui concerne les thèmes d'inquiétude, on retrouve chez les deux sexes un niveau similaire d'inquiétude au sujet des finances, des relations interpersonnelles et des compétences en lien avec le travail. Toutefois, les inquiétudes relatives à la confiance en soi semblent être plus importantes chez les femmes que chez les hommes (Robichaud et coll., 2003). Ainsi, les données démontrent un lien entre le sexe et la fréquence de l'inquiétude, les thèmes d'inquiétude et la présence du TAG.

En ce qui concerne le trouble dépressif caractérisé, celui-ci se retrouve fréquemment en comorbidité avec le TAG. Le trouble dépressif caractérisé se définit par des sentiments constants de tristesse et une perte d'intérêt par rapport à des activités qui, auparavant, procuraient du plaisir et ce, sur une période d'au moins deux semaines (APA, 2013). La distinction entre le TAG et le trouble dépressif caractérisé est souvent difficile à faire en raison du chevauchement des symptômes communs aux deux troubles (fatigue, difficultés de concentration et difficultés en lien avec le sommeil). Les individus dépressifs sont aussi susceptibles de faire de la rumination, un phénomène clinique qui peut ressembler aux inquiétudes excessives propres au TAG (Nolen-Hoeksema, 1998). Finalement, de nombreuses études témoignent du lien entre les symptômes dépressifs et l'inquiétude dans des populations cliniques et non-cliniques (e.g. Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas, 1998; Muris, Roelofs, Rassin, Franken et Mayer, 2005). Par conséquent, il sera important dans la présente étude

de mesurer la sévérité des symptômes dépressifs afin de faire la distinction entre les symptômes associés au trouble dépressif caractérisé et ceux associés au TAG (Dugas et Robichaud, 2007).

Finalement, malgré le fait que les symptômes d'anxiété somatique tels que la tachycardie et les bouffées de chaleur ne font pas partie de la description du TAG, il est bien établi que ces symptômes sont présents chez plusieurs individus atteints du TAG. En effet, les études indiquent que les personnes souffrant du TAG rapportent plus souvent ces symptômes que les personnes non-anxieuses (e.g. Ladouceur et coll., 1998). De plus, le lien entre la sévérité de l'anxiété somatique et le niveau d'inquiétude est amplement documenté dans des études non-cliniques et cliniques (e.g. Dugas, Freeston et Ladouceur, 1997; Wetherell et Gatz, 2005). Les données empiriques indiquent donc que les symptômes somatiques associés à l'activation sympathique font souvent partie du tableau clinique des personnes atteintes du TAG. À la lumière de l'ensemble des données présentées précédemment, il apparaît que l'évaluation du lien entre l'hostilité et le TAG devra tenir compte de l'âge, du sexe, des symptômes dépressifs et des symptômes d'anxiété somatique des participants.

Tel que mentionné précédemment, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'hostilité sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. La première hypothèse stipule que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. La deuxième hypothèse soutient, quant à elle, que l'impact de l'hostilité sur l'efficacité thérapeutique sera indépendant de l'effet de variables sociodémographiques (âge et sexe) et cliniques (symptômes de dépression et d'anxiété somatique).

Méthode

PARTICIPANTS

Dans un premier temps, il faut savoir que l'étude s'est effectuée sur deux sites. D'abord à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et ensuite à la Clinique des services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais. En ce qui concerne le recrutement pour le premier site d'étude, des affiches ont été placées dans différentes universités de Montréal et une annonce a été placée dans le journal *La Presse*. Pour le site d'étude en Outaouais, les annonces ont été placées à l'Université du Québec en Outaouais, à l'Université d'Ottawa et dans le journal *Le Droit*. Au départ, 853 personnes ont répondu aux annonces. Parmi ces 853 personnes, 397 ont été éliminées à l'introduction, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas donné suite à nos courriels décrivant brièvement l'étude. Par la suite, 276 personnes ont été éliminées suite à l'entrevue de dépistage et 98 personnes ont été éliminées suite à l'évaluation

diagnostique avec l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV)*. Enfin, 13 individus ont été éliminés suite à l'entrevue diagnostique faite à l'aide du *Mini International Neuropsychiatric Interview, version française 5.0 (MINI 5.0)*. Finalement, 69 participants ont été inclus dans l'étude.

Ainsi, l'échantillon total pour l'étude s'élève à 69 individus, dont 56 femmes (81,2%) et 13 hommes (18,8%). Pour le site d'étude à Montréal, 41 participants en proviennent (32 femmes et 9 hommes). Pour le site d'étude à Gatineau, l'échantillon s'élève à 28 participants (24 femmes et 4 hommes). La moyenne d'âge pour l'échantillon entier est de 37,94 ans ($ÉT = 12,48$ ans). Le minimum d'âge est de 19 ans et le maximum d'âge est de 74 ans. Pour le site d'étude à Montréal, la moyenne d'âge des participants est de 40,83 ($ÉT = 12,57$ ans). Le site d'étude à Gatineau, quant à lui, présente une moyenne d'âge de 33,71 ans ($ÉT = 11,27$ ans).

Si les participants retenus pour l'étude prenaient une médication, aucun changement au niveau du type ou de la dose n'était accepté pour une période de 4 à 12 semaines avant le début de l'étude (4 semaines pour les benzodiazépines et 12 semaines pour les antidépresseurs et les hypnotiques). De plus, afin d'être inclus dans l'étude, les participants ne devaient pas présenter d'intention suicidaire, de trouble bipolaire, d'épisode psychotique actuel ou antérieur ou d'abus de substances.

PROCÉDURE

D'abord, les individus qui ont répondu aux annonces devaient se soumettre à une évaluation téléphonique préliminaire d'une durée approximative de 20 minutes dans le but de procéder à l'exclusion rapide des individus qui ne rencontraient pas les critères d'inclusion de base de l'étude. Le premier formulaire de consentement a été lu durant l'entrevue téléphonique et les participants ont donné leur accord verbal avant le début de l'évaluation. Les questions abordées durant l'évaluation concernaient le trouble d'anxiété généralisée, la dépression, les pensées suicidaires, le risque suicidaire, le jeu pathologique et l'abus de substance.

Suite à l'entrevue téléphonique, les individus qui semblaient rencontrer les critères d'inclusion de base ont été évalués par un clinicien à l'aide de l'ESTA-IV après avoir lu et signé le formulaire de consentement préalablement présenté au téléphone. Les individus qui rencontraient les critères du TAG à l'ESTA-IV et tous les critères d'inclusion de l'étude ont été appelés à se rendre une seconde fois à la clinique. Lors de cette rencontre, ils ont reçu une deuxième évaluation diagnostique à l'aide du MINI 5.0. À la suite de ces entrevues diagnostiques, notre équipe de recherche s'est réunie afin d'arriver à une impression diagnostique finale selon les résultats obtenus à l'ESTA-IV et au MINI 5.0.

Les participants retenus ont été répartis aléatoirement à l'une des deux conditions d'une plus vaste étude dans laquelle s'insère celle-ci. Dans la condition expérimentale, les participants ($n = 37$) ont reçu la TCC et un programme de modification des interprétations (PMI) à l'ordinateur. Dans la condition contrôle, les participants ($n = 32$) ont reçu la TCC et un programme non-actif (NA) à l'ordinateur. Tous les participants se sont rendus à une des deux cliniques afin de procéder à une évaluation pré-traitement qui consistait à remplir tous les questionnaires de l'étude. Les participants se devaient de signer un deuxième formulaire de consentement concernant le traitement, ses implications et les différentes évaluations administrées tout au long de l'étude. Ces derniers ont par la suite bénéficié de 14 rencontres de TCC d'une durée de 50 minutes chacune (avec PMI ou NA). Les composantes principales de la TCC étaient : (1) la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter; (2) les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude; (3) l'entraînement à la résolution de problèmes; et (4) l'exposition en imagination (pour une description du protocole de traitement, voir Dugas et Robichaud, 2007). Plusieurs autres évaluations ont été effectuées après la dernière rencontre (évaluation post-traitement). Les évaluations impliquaient l'administration de l'ESTA-IV et des questionnaires auto-rapportés.

OUTILS DE MESURE

Entrevue de dépistage (Ladouceur et coll., 2000). L'entrevue téléphonique, développée pour nos études de traitement précédentes, est d'une durée approximative de 20 minutes. L'entrevue comprend cinq questions préliminaires qui ont pour objectif de déterminer l'éligibilité à l'évaluation et qui portent sur l'âge, la médication pour l'anxiété et la dépression, la présence d'une psychothérapie en cours, la présence d'une maladie physique et la participation à une autre étude. Pour les individus éligibles à la suite de l'évaluation téléphonique, les questions subséquentes portent sur différentes formes de psychopathologie, à savoir le trouble d'anxiété généralisée, le trouble dépressif caractérisé, les pensées suicidaires et le risque suicidaire, le jeu pathologique et l'abus de substance.

Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV; Di Nardo, Brown et Barlow, 1994). L'ESTA-IV est une entrevue structurée qui évalue tous les troubles anxieux et certains autres troubles de l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). La sévérité des symptômes est évaluée à l'aide de l'Échelle de sévérité du clinicien. Cette échelle est de type Likert à 9 points et s'étend de 0 à 8, où 0 signifie une absence de symptômes et que 8 signifie la présence de symptômes très sévères. Une bonne entente inter-juges a été démontrée pour les troubles anxieux, ce qui témoigne de la fidélité adéquate

de l'outil au niveau de ces derniers (Brown, Di Nardo, Lehman et Campbell, 2001).

Mini International Neuropsychiatric Interview, version française 5.0 (MINI 5.0; Sheehan et coll., 1998). Le MINI 5.0, version française, est une courte entrevue diagnostique structurée qui centre son évaluation sur l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). Le MINI 5.0 présente de bonnes qualités psychométriques; il est un outil de mesure fiable et valide conçu dans un souci d'offrir aux cliniciens et aux chercheurs une entrevue diagnostique brève, qui évalue plusieurs troubles psychiatriques. Cet outil diagnostique produit, dans l'ensemble, de bonnes et très bonnes valeurs Kappa (Sheehan et coll., 1997). Le MINI est un outil de choix considérant le fait qu'il présente de bonnes propriétés psychométriques tout en couvrant un ensemble important de catégories diagnostiques.

Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité (QA-Host; Buss et Perry, 1992). Le Questionnaire d'agressivité comprend quatre sous-échelles qui évaluent respectivement quatre composantes de l'agressivité. Dans le cas présent, seule la sous-échelle *Hostilité* a été utilisée en raison du lien privilégié entre cette composante de la colère et le TAG (Deschênes et coll., 2012). Cette sous-échelle évalue l'aspect cognitif de la colère à l'aide de huit items qui portent, entre autres, sur le sentiment de méfiance. Le Questionnaire d'agressivité présente une bonne fidélité test-retest après neuf semaines ($r = ,80$) et une bonne cohérence interne ($\alpha = ,89$; Buss et Perry, 1992).

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA; Dugas et coll., 2001). Le QIA évalue les critères diagnostiques pour le TAG tant selon le DSM-IV (APA, 1994) que le DSM-5 (APA, 2013). Cet outil évalue la fréquence de l'inquiétude, la durée du TAG, les symptômes physiques, la détresse et l'anxiété à travers ses 11 items. Le premier item de l'outil est un item qualitatif qui porte sur les thèmes d'inquiétude et chacun des autres items est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert de neuf points qui s'étend de 0 à 8. La fidélité test-retest de l'outil est convenable. Une proportion de 75% des individus qui rencontrent les critères diagnostiques au départ, les rencontrent toujours à la deuxième évaluation (environ deux mois plus tard) et une proportion de 82,4% des individus qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques initialement, ne les rencontrent toujours pas à la seconde évaluation (Dugas et coll., 2001).

Inventaire de dépression de Beck, 2e édition (IDB-II; Beck, Steer et Brown, 1996). L'IDB-II est un outil de mesure auto-rapporté composé de 21 items qui évaluent les principaux symptômes de la dépression. Pour chacun des symptômes dépressifs, il y a quatre énoncés qui évaluent la sévérité à l'aide d'une échelle à 4 points (0 = absence et 3 = sévère). Les participants doivent décider

de la sévérité du symptôme selon la manière dont ils se sont sentis au cours des deux dernières semaines. L'IDB-II est un outil de mesure fiable et valide. En effet, il présente une cohérence interne de $\alpha = ,92$ et une fidélité test-retest d'une semaine de $r = ,93$ (Beck, Steer et Brown, 1996).

Inventaire d'anxiété de Beck (IAB ; Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988). L'IAB est un outil de mesure auto-rapporté de 21 items qui évalue la sévérité des symptômes anxieux somatiques (surtout ceux associés à l'activation du système nerveux sympathique) auprès d'une population clinique. Chacun des 21 items représente un symptôme anxieux. Pour chacun des symptômes anxieux, il y a quatre énoncés qui évaluent la sévérité à l'aide d'une échelle à quatre points (0 = absence et 3 = sévère). L'IAB est un outil de mesure fiable et valide pour l'évaluation des symptômes anxieux chez l'adulte. En effet, il présente une cohérence interne de $\alpha = ,92$ et une fidélité test-retest d'une semaine de $r = ,75$ (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988).

Résultats

ANALYSES PRÉLIMINAIRES

Tel que mentionné préalablement, la présente étude s'inscrit dans une plus vaste étude clinique contrôlée qui comprend deux conditions (TCC+PMI, $n = 37$; TCC+NA, $n = 32$). Dans un souci d'avoir un échantillon plus grand et représentatif, des analyses préliminaires ont été conduites afin de vérifier l'équivalence entre les deux groupes avant le traitement et entre les deux sites d'étude.

Afin de comparer les groupes, des analyses de Test-T pour échantillons indépendants et des analyses de Chi-carré ont été menées pour les variables continues et catégorielles respectivement. Les variables continues étaient l'âge, la sévérité du TAG à l'ESTA-IV et au MINI 5.0, la durée du TAG, le nombre de troubles comorbides, et les scores au QA-Host, au QIA, à l'IDB-II et à l'IAB. Les variables catégorielles étaient le sexe, l'ethnie, le niveau d'éducation, la présence d'une TCC antérieure et la prise d'une médication. Les résultats des analyses comparant les conditions n'ont révélé qu'une seule différence, à savoir que les participants du groupe expérimental étaient plus âgés que ceux du groupe contrôle ($M_{\text{expérimental}} = 41,03$ ans, $ET = 13,16$; $M_{\text{contrôle}} = 34,38$ ans, $ET = 10,78$; $t(67) = 2,27$, $p = ,03$). De plus, les analyses comparant les sites n'ont révélé aucune différence entre les participants de Montréal et ceux de Gatineau. Étant donné l'équivalence relative des groupes et des sites au pré-traitement, il a été possible de combiner tous les participants afin d'atteindre un échantillon de $N = 69$.

Pour les analyses suivantes, nous avons conservé l'échantillon complet, incluant les 10 participants qui ont

abandonné en cours de traitement ($n = 5$ dans chaque condition). Nous avons analysé les données en utilisant la stratégie « d'intention de traitement »; ainsi, chacune des 10 données manquantes a été remplacée par la dernière donnée disponible pour le participant et la variable en question.

LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La première hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. Afin d'examiner le lien entre l'hostilité mesurée au pré-traitement et l'efficacité de la TCC, une analyse de régression linéaire hiérarchique a été conduite. La variable prédite était le score au QIA au post-traitement et les variables indépendantes étaient le score au QIA au pré-traitement (étape 1) et le score au QA-Host au pré-traitement (étape 2).

À la première étape, les résultats indiquent que les scores au QIA au pré-traitement prédisent 14% de la variance des scores au QIA au post-traitement ($F(1,67) = 10,88$, $p < ,01$). En ce qui concerne la relation entre les scores au QIA au pré-traitement et au post-traitement, elle s'avère positive ($\beta = 0,37$, $t = 3,30$, $p < ,01$). Ainsi, plus les symptômes du TAG sont élevés avant la TCC, plus ils sont susceptibles de l'être après la thérapie. À la deuxième étape, l'ajout de la variable QA-Host augmente la variance expliquée de 13% ($F(1,66) = 11,58$, $p < ,01$). De plus, la relation entre les scores au QA-Host au pré-traitement et les scores au QIA au post-traitement est positive ($\beta = 0,36$, $t = 3,40$, $p < ,01$). Ce résultat indique que plus les individus sont hostiles avant la thérapie, plus ils sont susceptibles d'avoir des symptômes sévères du TAG après la thérapie et ce, indépendamment des symptômes du TAG au pré-traitement. Ces résultats supportent la première hypothèse.

SPÉCIFICITÉ DU LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La deuxième hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement fera une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité à la TCC indépendamment de l'âge, du sexe, des symptômes de la dépression et des symptômes d'anxiété somatique. Afin d'éprouver cette hypothèse, une analyse de régression linéaire hiérarchique à quatre étapes a été conduite. La variable dépendante était le QIA au post-traitement et les variables indépendantes étaient le QIA au pré-traitement (étape 1), l'âge et le sexe (ajoutés à l'étape 2), l'IDB-II et l'IAB au pré-traitement (ajoutés à l'étape 3), et le QA-Host au pré-traitement (ajouté à l'étape 4). À la première étape, tel que démontré préalablement, la relation entre le QIA au pré-traitement et le QIA au post-traitement s'avère significative et positive. À la deuxième étape, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de relation significative

entre les variables sociodémographiques (âge et sexe) et le QIA au post-traitement. À la troisième étape, nous observons que l'ajout des variables cliniques (IDB-II et IAB au pré-traitement) n'a pas d'impact statistiquement significatif sur le QIA au post-traitement. Finalement, les résultats de l'étape 4 montrent que le QA-Host au pré-traitement fait une contribution unique et statistiquement significative aux scores du QIA au post-traitement (voir le Tableau 1). Ainsi, les résultats supportent la deuxième hypothèse de l'étude, à savoir que le niveau d'hostilité fait une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité de la TCC indépendamment des variables sociodémographiques et cliniques sélectionnées.

Discussion

L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact de l'hostilité, une composante de la colère, sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. À la lumière des résultats de l'étude, plus les individus rapportent un haut niveau d'hostilité avant la thérapie, plus ils sont susceptibles de

présenter une moins grande amélioration des symptômes du TAG lors de la TCC. De plus, les résultats indiquent que les variables sociodémographiques à l'étude (l'âge et le sexe) ainsi que les variables cliniques mesurées au pré-traitement (les symptômes de dépression et d'anxiété somatique) n'ont pas d'impact significatif sur le changement thérapeutique. Toutefois, au-delà des variables précédentes, l'hostilité semble avoir un effet négatif sur l'efficacité de la thérapie pour les individus atteints du TAG. Le niveau d'hostilité des participants de la présente étude a été mesuré avec le *Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité* (QA-Host; Buss et Perry, 1992). Or, l'examen des items de cette sous-échelle révèle que quatre de ses huit items mesurent spécifiquement la méfiance. En effet, les items 1, 3, 6 et 8 représentent bien le construit de la méfiance : (1) « Quand les gens sont particulièrement gentils avec moi, je me demande ce qu'ils veulent »; (3) « Je suis méfiant(e) à l'égard des étrangers trop amicaux »; (6) « J'ai parfois

Tableau 1

Régression hiérarchique linéaire des variables qui prédisent les scores au QIA post-traitement

| Prédicteur | ΔR^2 | β | t | p |
|------------------------|--------------|---------|-------|-----|
| Étape 1 | ,14** | | | |
| QIA pré-traitement | | ,37 | 3,30 | ,01 |
| Étape 2 | ,02 | | | |
| QIA pré-traitement | | ,39 | 3,37 | ,01 |
| Âge | | -,08 | -0,72 | ,47 |
| Sexe | | ,12 | 1,01 | ,32 |
| Étape 3 | ,03 | | | |
| QIA pré-traitement | | ,29 | 2,18 | ,03 |
| Âge | | -,05 | -0,44 | ,66 |
| Sexe | | ,11 | 0,97 | ,34 |
| IDB-II pré-traitement | | ,10 | 0,79 | ,43 |
| IAB pré-traitement | | ,16 | 1,23 | ,22 |
| Étape 4 | ,09** | | | |
| QIA pré-traitement | | ,28 | 2,22 | ,03 |
| Sexe | | ,04 | 0,35 | ,73 |
| Âge | | ,05 | 0,44 | ,66 |
| IDB-II pré-traitement | | -,02 | -0,15 | ,88 |
| IAB pré-traitement | | ,11 | 0,94 | ,35 |
| QA-Host pré-traitement | | ,35 | 2,80 | ,01 |

$N = 69$

Note. QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété ; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck, 2e édition ; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck ; QA-Host = Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité.

** $p < ,01$

l'impression que les gens rient dans mon dos »; et (8) « Je sais que des 'amis' parlent de moi dans mon dos ». Les items qui portent sur le sentiment de méfiance représentent donc 50% des items de la sous-échelle *Hostilité* du questionnaire, ce qui témoigne de l'importance de ce construit au niveau de l'hostilité telle que mesurée par le QA-Host.

Étant donné le rôle central de la méfiance dans la conceptualisation et l'évaluation de l'hostilité dans cette étude, il est possible de croire que l'impact négatif de l'hostilité sur l'efficacité thérapeutique résulte en partie de l'influence de la méfiance sur l'alliance thérapeutique. Selon certains auteurs (i.e. Horvath et Marx, 1991; Safran et Segal, 1990), il existe deux phases importantes pour l'établissement de l'alliance thérapeutique. La première phase fait référence aux cinq premières rencontres, à travers lesquelles s'effectue le développement initial de l'alliance thérapeutique pour une thérapie de courte durée telle que la TCC. Durant cette première phase, un bon niveau de collaboration et de confiance est souhaitable. Le client et le thérapeute s'entendent sur les objectifs et les modalités de la thérapie et le client prend confiance dans le processus thérapeutique, ce qui constitue le cadre de la thérapie. Au cours de la seconde phase, le thérapeute aide le client à remettre en question les pensées, comportements et émotions qui contribuent aux difficultés de ce dernier. Des difficultés dans l'alliance thérapeutique peuvent apparaître à différents moments de la thérapie; toutefois, lorsque celles-ci surviennent au cours de la phase initiale, le client peut présenter des difficultés considérables à s'engager dans le processus thérapeutique (Egan, 2005). En effet, certains clients présentent des difficultés à faire confiance au thérapeute (Egan, 2005).

À la lumière de la littérature sur le sujet et des résultats de la présente étude, nous proposons que le sentiment de méfiance à l'égard du thérapeute puisse faire en sorte que le client soit réticent à accepter les stratégies d'interventions proposées. Dans cet ordre d'idée, le client peut présenter des comportements d'opposition face aux stratégies thérapeutiques mises de l'avant dans le cadre du traitement. La méfiance du client face au thérapeute est aussi susceptible d'amener ce dernier à utiliser certaines stratégies de protection, par exemple de ne pas tout dévoiler par peur que certaines informations soient « utilisées » contre lui. Il se peut que l'omission de certaines informations importantes empêche le thérapeute de bien conduire ses interventions. Les individus qui sont hostiles ont tendance à se questionner sur les intentions des gens, même ceux qui sont bienveillants envers eux. D'ailleurs, le contenu des items du QA-Host indique que les individus hostiles se méfient des intentions des autres, tant par rapport aux inconnus qu'à leur entourage proche. À partir de ce constat, il est possible d'inférer qu'un client qui est méfiant le soit davantage avec un nouveau thérapeute qui

initialement se présente comme un inconnu. De son côté, le thérapeute se doit d'établir un climat de confiance mutuel et il peut être difficile d'y parvenir lorsque le client doute de ses intentions. Ainsi, le sentiment de méfiance est susceptible de se refléter au niveau de la confiance face au thérapeute, au niveau de la capacité du client à se dévoiler, et au niveau de l'acceptation et de la mise en action des interventions thérapeutiques. Par le fait même, un haut niveau de méfiance sera susceptible d'interférer avec l'établissement d'une alliance thérapeutique positive, cette dernière étant un élément essentiel à toute démarche thérapeutique efficace. En effet, la qualité de l'alliance thérapeutique s'avère un prédicteur important des résultats positifs suite au traitement, et ce, en ce qui concerne plusieurs mesures d'efficacité de traitement et différentes approches thérapeutiques (voir e.g. Horvath et Bedi, 2002; Norcross, 2002).

Cette étude est limitée par le fait que les variables à l'étude ont été évaluées à l'aide de questionnaires auto-rapportés. En ce qui concerne l'hostilité, un sentiment typiquement égo-dystone, l'évaluation auto-rapportée est particulièrement vulnérable aux biais liés à la désirabilité sociale (Becker, 2007). De plus, tel que mentionné précédemment, la méfiance est une sous-composante importante de l'hostilité qui peut amener le client à omettre certaines informations. Pour toutes ces raisons, il est possible que l'évaluation auto-rapportée ait nui à la validité des résultats de cette étude.

Malgré cette limite, il n'en demeure pas moins que cette étude est la première, à notre connaissance, à examiner le lien entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique chez les individus atteints du TAG. Puisqu'il s'agit d'une étude longitudinale, nous avons été en mesure d'examiner l'impact de notre variable d'intérêt (l'hostilité au pré-traitement) sur un événement ultérieur (le changement dans les symptômes du TAG du pré- au post-traitement). Les résultats de cette étude viennent donc s'ajouter aux données existantes sur le lien entre la colère et le TAG, ces dernières provenant uniquement d'études transversales. L'utilisation d'un échantillon clinique constitue une deuxième force de cette étude. Ainsi, nos résultats peuvent être généralisés aux individus atteints du TAG qui consultent, dans la mesure où ceux-ci présentent un TAG primaire et reçoivent une TCC appuyée sur les données probantes. Dans le cadre de la présente étude, le protocole de TCC utilisé s'appuie sur les résultats de plusieurs essais cliniques contrôlés (pour un résumé, voir Dugas et Robichaud, 2007). Une dernière force de cette étude que nous mentionnerons ici réside dans la rigueur des évaluations diagnostiques. Afin d'être inclus dans l'étude, les participants ont reçu deux évaluations psychodiagnostiques standardisées indépendantes (l'ADIS-IV et le MINI 5.0), ce qui a favorisé la validité de nos décisions diagnostiques.

Dans des études ultérieures, il serait judicieux d'explorer l'impact d'autres composantes de la colère sur l'efficacité thérapeutique. Par exemple, puisque la colère internalisée est aussi significativement liée à la sévérité des symptômes du TAG (Deschênes et coll., 2012), il est possible que cette composante de la colère ait un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. Des études ultérieures pourraient aussi éprouver empiriquement l'hypothèse voulant que l'alliance thérapeutique joue le rôle de variable médiatrice entre l'hostilité et l'efficacité du traitement pour les individus atteints du TAG. L'alliance thérapeutique serait la variable à la tête du mécanisme de changement par lequel l'hostilité a un impact sur l'efficacité thérapeutique. Ainsi, l'hostilité aurait un impact sur l'efficacité thérapeutique et sur l'alliance thérapeutique qui, elle, a un impact sur l'efficacité thérapeutique. Le lien entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique devient indirect et est influencé par la variable médiatrice (alliance thérapeutique). De plus, sachant que l'hostilité des individus atteints du TAG représente un frein à l'efficacité thérapeutique, il serait pertinent que les futures recherches se penchent sur la façon de remédier à cette situation. Éventuellement, il serait judicieux d'incorporer des stratégies d'intervention (e.g. réévaluation cognitive, questionnement socratique et mentalisation) qui visent à diminuer l'hostilité des clients atteints du TAG lors d'un traitement psychologique.

Abstract

This study aims to examine the impact of client hostility on the efficacy of cognitive-behavioural therapy (CBT) for adults with generalized anxiety disorder (GAD). Our first hypothesis was that the level of hostility at pre-treatment would have a negative impact on the efficacy of CBT for GAD. Our second hypothesis was that the relationship between pre-treatment hostility and treatment efficacy would be independent of sociodemographic (age, sex) and clinical variables (depressive symptoms and somatic anxiety). To test our hypotheses, we conducted two hierarchical linear regression analyses in a sample of 69 participants with primary GAD. The first analysis revealed that participants reporting higher levels of hostility at pre-treatment also reported higher levels of GAD symptoms at post-treatment. The second analysis showed that the relationship between pre-treatment hostility and treatment efficacy was independent of age, sex, and pre-treatment levels of depressive symptoms and somatic anxiety. We discuss the possibility that adults with GAD who have high levels of hostility benefit less from CBT because hostile attitudes may interfere with the establishment of a trusting and productive therapeutic alliance.

Keywords: generalized anxiety disorder; cognitive-behavioural therapy; hostility.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5^e éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2^e éd.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, A. R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometrics properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T. Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (2^e éd.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, G. (2007). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Some unfinished business. *Journal of Research in Personality, 41*, 434-452. doi: 10.1016/j.jrp.2006.05.004
- Blazer, D., Hughes, D. et George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1178-1183. doi: 10.1176/ajp.144.9.1178
- Blazer, D., Hughes, D., George, L. K., Schwartz, M. et Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. Dans L. N. Robins et D. A. Regier (éd.), *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 180-203). New-York, NY: Free Press.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. et Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1272-1280. doi: 10.1176/ajp.151.9.1272
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L. et Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58. doi: 10.1037//0021-843X.110.1.49
- Buss, A. et Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.452
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage (2^e éd.)*. New York, NY: Appleton-Century-Corfts.
- Carter, R. M, Wittchen, H-U., Pfister, H. et Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*, 78-88. doi: 10.1002/da.1020
- Deschênes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K. et Koerner, N. (2012). The role of anger in generalized

- anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 261-271. doi: 10.1080/16506073.2012.666564
- Deschênes, S., Dugas, M. J. et Gouin, J.-P. (2015). An investigation of the effects of worry and anger on threatening interpretations and hostile attributions of ambiguous situations. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6, 230-241. doi: 10.5127/jep.045214
- DiGiuseppe, R. et Tafrate, R. C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 262-271. doi:10.1037/0033-3204.38.3.262
- DiGiuseppe, R. et Tafrate, R. (2007). *Understanding anger disorders*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Di Nardo, P. A., Brown, T.A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Charette, C. A. et Gervais, N. J. (2018). Generalized Anxiety Disorder. Dans J. Hunsley et E. J. Mash (éd.), *A guide to assessments that work (2e éd.)* (pp. 293-310). New York, NY: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606. doi: 10.1023/A:1021890322153
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. et Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36. doi: JTCC-03-2001-11-1-1155-1704-101019-ART4
- Dugas, M. J. et Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New-York, NY: Routledge/Taylor et Francis Group.
- Egan, G. (2005). *Communication dans la relation d'aide*. (2^e éd.) Montréal : Beauchemin.
- Fracalanza, K., Koerner, N., Deschênes, S. S. et Dugas, M. J. (2014). Intolerance of uncertainty mediates the relation between generalized anxiety disorder symptoms and anger. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 122-132. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.888754>
- Horvath, A. O. et Bedi, R. P. (2002). "The alliance," in *psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (éd.), J. C. Norcross (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H. et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. et Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.957
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. et Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111. doi: 10.1016/j.paid.2005.04.005
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The other end of the continuum: The costs of rumination. *Psychological Inquiry*, 9, 216-219. doi: 10.1207/s15327965pli0903_5
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance, Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X*.
- Robichaud, M., Dugas, M. J. et Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-516. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00237-2
- Safran, J. D. et Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunabar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 20), 22-23. Repéré à http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayreferences/Sheehan_1998.pdf
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H. et Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: the pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18, 420-32. doi: 10.1080/10503300701810793
- Wetherell, J. L. et Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 17-24. doi: 10.1007/s10862-005-3261-3



ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LA VALIDITÉ SOCIALE DES RENCONTRES FOCUS POUR LES ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES AYANT UN TDAH

Julien Dalpé,

France Landry,

et Georgette Goupil

Université du Québec à Montréal

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) peut entraîner des difficultés scolaires chez les étudiants universitaires. Inspirées de la thérapie cognitive et comportementale, les Rencontres FOCUS sont constituées de huit ateliers réalisés en groupe qui visent à développer des stratégies d'étude efficaces chez les étudiants ayant un TDAH. La présente étude vise à évaluer la validité sociale de cette intervention, c'est-à-dire à quel point elle répond aux demandes des étudiants qui y participent, à partir de l'expérience rapportée par ces derniers. Sur une période de trois semestres universitaires, trois groupes d'étudiants ayant un TDAH (11 femmes et 5 hommes) ont pris part aux Rencontres FOCUS et ont par la suite participé à des entretiens de groupe pour évaluer les bénéfices perçus de cette intervention et les aspects à y améliorer. Les enregistrements audio numériques de ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats indiquent que les participants retirent des bénéfices de trois aspects des rencontres : la psychoéducation sur le TDAH, les échanges avec les pairs et les exercices de mise en pratique du contenu. Les aspects à améliorer incluent l'augmentation du nombre d'exercices pratiques et une meilleure distribution du temps de parole dans les échanges.

See end of text for English abstract.

Mots clés : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), stratégies d'étude, étudiants universitaires, thérapie cognitive et comportementale (TCC)

Correspondance : La correspondance concernant le présent article peut être adressée à Julien Dalpé, à l'attention de Georgette Goupil, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 8888, succ. Centre-ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3P8.
Courriel : dalpe.julien@courrier.uqam.ca

Le nombre d'étudiants en situation de handicap qui bénéficient de services de soutien a connu une augmentation substantielle au cours des dernières années, passant de 6905 en 2012-2013 à 14652 en 2016-2017. Parmi ces étudiants en situation de handicap, ceux ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ont connu une augmentation importante, passant de 1469 en 2012-2013 à 5343 en 2016-2017 (Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap, 2017).

Présent chez 2,5 % des adultes, le TDAH, un trouble neurodéveloppemental, se caractérise par des symptômes d'inattention parfois accompagnés de symptômes d'hyperactivité/impulsivité (American Psychiatric Association, 2015). Ce trouble s'associe à des déficits dans un ou plusieurs domaines cognitifs tels que la mémoire de travail (Faraone et coll., 2015).

Les étudiants universitaires ayant un TDAH peuvent avoir une moyenne générale plus faible, abandonnent davantage de cours, sont moins susceptibles d'obtenir leur diplôme et sont plus à risque de restriction aux études que leurs pairs sans TDAH¹. Ils rapportent aussi davantage de symptômes anxieux et dépressifs et présentent plus de difficultés sociales que leurs pairs (Advokat, Lane et Luo, 2011; Blase et coll. 2009; Gormley, DuPaul, Weyandt et Anastopoulos, 2016; Kwon, Kim et Kwak, 2018; Weyandt et coll., 2013). Les symptômes d'inattention entravent notamment les comportements d'autorégulation tels que se fixer des objectifs, maintenir son attention en classe, organiser son

matériel, planifier ses activités scolaires, gérer son temps, etc. (Lahav, Ben-Simon, Inbar-Weiss et Katz, 2018; Shelton, Addison et Hartung, 2017). Des difficultés se présentent aussi dans le contrôle de l'anxiété, la concentration, le traitement des informations ainsi que la passation des examens (Reaser, Prevatt, Petscher et Proctor, 2007). Néanmoins, les adultes ayant un TDAH possèderaient une meilleure pensée divergente, soit la capacité de générer plusieurs solutions à un problème. Ils seraient plus performants que leurs pairs sans TDAH dans les domaines faisant appel à la créativité (White et Shah, 2006, 2011).

Pour répondre aux besoins des étudiants en situation de handicap, dont ceux ayant un TDAH, les universités proposent d'adopter une pédagogie inclusive ainsi que des services de soutien individualisés (Brodeur et coll., 2017). Parmi ces services, on retrouve des aménagements (p. ex., temps supplémentaire et local isolé pour les examens), des rencontres avec des professionnels, du tutorat et des ateliers de groupe (Brodeur et coll., 2017). Parmi les ateliers destinés aux étudiants ayant un TDAH, les Services de soutien à l'apprentissage de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) offrent les Rencontres FOCUS, inspirées de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) et fondées sur un programme développé par Landry en 2012.

LE PROGRAMME DE LANDRY

Le *Programme de renforcement des stratégies d'étude pour les étudiants universitaires ayant un TDAH* (Landry, 2012) a pour but de soutenir la mise en œuvre de stratégies d'étude universitaires efficaces. Les thèmes sélectionnés correspondent à ceux ayant été identifiés par des études comme étant les plus pertinents pour soutenir les étudiants ayant un TDAH, notamment la compréhension des conséquences du TDAH sur le projet universitaire, l'utilisation des ressources d'aide universitaires, le renforcement des stratégies d'étude, la gestion du temps de lecture, la diminution de la procrastination et la gestion du stress (Frazier et coll., 2007; Meaux, Green et Broussard, 2009; Reaser et coll., 2007; Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle et Swartzwelder, 2008; Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin et Bergman, 2005; Weyandt et DuPaul, 2008). Le contenu et la structure s'inspirent également du programme en langue anglaise de Safren, Perlman, Sprich et Otto (2005), destiné aux adultes ayant un TDAH, ainsi que de deux programmes en milieu universitaire : le *AD/HD Skills and Strategies Program* de l'Université de la Saskatchewan (Burt, Parks-Charney et Schwean, 1996) et le *ADHD management program* de l'Université de Floride (Montero, 2002).

Les fondements théoriques du programme de Landry reposent sur les principes de la thérapie cognitive et comportementale (TCC), centrée sur la modification des pensées et des comportements. L'étudiant est amené à s'auto-observer, à évaluer son apprentissage, ses erreurs, Tableau 1

ses difficultés et à mettre en place un processus de résolution de problèmes. Appliqué en milieu éducatif, le programme de Landry propose aux participants des stratégies organisationnelles, cognitives ou métacognitives pour favoriser l'apprentissage scolaire : organisation du temps ou du matériel, utilisation de moyens mnémotechniques, de cartes conceptuelles, d'aides technologiques, etc. Il peut être appliqué avec un seul étudiant ou en petits groupes. Tel que recommandé en TCC, la psychoéducation effectuée permet aux participants d'obtenir des informations sur le TDAH, de mieux en identifier les symptômes et les effets et de mobiliser les ressources personnelles (Weiner et coll., 2018).

Six experts en TDAH ont validé le contenu du programme de Landry (2012) en évaluant la clarté et la pertinence des objectifs, les informations, les stratégies, les outils proposés et les exercices pratiques. Les experts ont conclu que les objectifs correspondent aux résultats de recherche et à leur expérience concernant le TDAH, que les thèmes abordés sont pertinents et que le déroulement des rencontres s'avère cohérent. Ils ont jugé que le programme favorise le développement de l'autonomie et la résolution de problèmes. À l'UQAM, le programme s'applique actuellement sous le nom de Rencontres FOCUS.

LES RENCONTRES FOCUS

L'UQAM offre les Rencontres FOCUS sous forme d'ateliers de groupe (6 à 12 participants) à raison d'une rencontre de 90 à 120 minutes par semaine sur une période de six à huit semaines. Instaurées en 2013, les Rencontres FOCUS sont animées par leur auteure, qui est psychologue. D'autres professionnels en soutien à l'apprentissage ou doctorants en psychologie coaniment les rencontres. Les animateurs ont fait des ajustements graduels au contenu et au format des rencontres en fonction de la rétroaction des étudiants.

LES THÈMES DES RENCONTRES FOCUS

Les Rencontres Focus couvrent huit thèmes inspirés de la littérature scientifique sur le TDAH et de l'expérience clinique de Landry (2012). Tel que présenté dans le tableau 1, chaque thème aborde des méthodes d'étude cognitives ou métacognitives, des comportements favorables à la réussite universitaire ou des sujets de réflexion liés au cheminement scolaire des participants.

ANIMATION ET EXERCICES PRATIQUES

Les animateurs présentent les stratégies d'étude selon les principes de l'enseignement explicite (Gauthier, Bissonnette et Richard, 2007). Ainsi, ils abordent les notions de façon séquencée, explicitent les liens entre ces notions et les comportements ciblés et fournissent des exemples concrets. Lors de discussions en groupe, les animateurs encouragent les étudiants à établir des liens

Tableau 1.*Contenu des Rencontres FOCUS*

| Thème | Objectifs visés | Activités |
|---|---|---|
| 1. Répercussion du TDAH sur le projet universitaire | Améliorer ses connaissances sur le TDAH; Réfuter certains mythes concernant le TDAH. | Présentation des rencontres et de leur fonctionnement; Discussion sur les définitions personnelles du diagnostic de TDAH; Discussion sur les principaux défis dans le parcours scolaire passé et le programme actuel; Psychoéducation sur les meilleures pratiques dans l'intervention pour le TDAH fondées sur les données probantes; Présentation du soutien et des ressources offerts à l'UQAM, incluant les aménagements dans les cours (p. ex., temps supplémentaire et local isolé pour les examens). |
| 2. Gestion du temps et planification | Identifier des stratégies pour diminuer les retards; Adopter une planification réaliste en fonction des exigences et des contraintes personnelles. | Discussion sur les répercussions du TDAH sur la perception du temps; Énumération des défis rencontrés et des stratégies déjà tentées par le passé; Proposition d'une planification stratégique à trois niveaux : 1. globale (un trimestre), 2. hebdomadaire (par semaine) et 3. pour une période de travail durant la journée. |
| 3. Gestion du matériel scolaire et de l'attention | Identifier des stratégies pour diminuer les oublis et les pertes et maintenir son attention en classe. | Identification des obstacles à l'organisation du matériel scolaire; Proposition d'interventions pour diminuer la perte des objets : système de classement des documents imprimés et électroniques, système de prise de notes; Discussion sur les caractéristiques de l'environnement de travail de chacun; Proposition de moyens pour maintenir l'attention : éliminer les distractions (p. ex. fermer son cellulaire), s'asseoir en avant de la classe, prendre des pauses fréquentes et bouger lors de ces pauses si possible. |
| 4. Lecture efficace | Choisir des stratégies de lecture adaptées à sa capacité d'attention et aux exigences du cours. | Discussion sur la capacité à demeurer attentif durant les lectures scolaires; Proposition de méthodes de lecture efficace : identifier un objectif de lecture, découper la lecture selon ses capacités attentionnelles, identifier le type de lecture (de surface ou de compréhension); Proposition de modèles de résumés de lecture et d'annotation; Présentation d'aides technologiques pour faciliter la lecture (p. ex. logiciels de synthèse vocale). |
| 5. Planification de la rédaction de texte | Planifier adéquatement ses tâches de rédaction; Améliorer le fil conducteur et la structure générale de ses textes. | Retour sur les difficultés des participants dans leurs travaux écrits; Présentation de la carte conceptuelle pour synthétiser, lier des concepts et cerner un sujet de rédaction; Présentation des étapes du processus de rédaction; Proposition d'un plan de rédaction et d'outils de remue-méninge ainsi que de révision linguistique. |
| 6. Gestion de l'étude et passation des examens | Planifier adéquatement ses séances d'étude; Identifier des stratégies de mémorisation et de passation d'examen. | Identification des habitudes d'étude et des difficultés rencontrées; Présentation des différents modes d'étude selon le type d'évaluation; Proposition d'un organisateur d'étude et de stratégies de mémorisation (moyens mnémotechniques); Démonstration de l'utilisation de la carte conceptuelle pour comprendre et mémoriser la matière; Proposition de méthodes de gestion des questions d'examen. |
| 7. Gestion du stress | Comprendre les liens entre le stress et les symptômes du TDAH; Identifier des stratégies pour diminuer le stress. | Discussion sur les liens perçus entre le TDAH et le stress; Énoncé des recherches sur la compréhension du stress et de l'anxiété en relation avec le TDAH; Discussion sur le stress vécu en milieu universitaire; Proposition de stratégies cognitives pour gérer le stress au quotidien (lien entre les pensées, les comportements et les sensations comme le stress); Proposition d'activités pour réduire le stress : techniques de respiration ou de méditation. |
| 8a. Motivation et procrastination | Planifier la transition vers le marché du travail; Connaître ses sources de motivation et adopter des stratégies pour réduire la procrastination. | Explication de la notion de changement : comment apporter des changements dans les stratégies et les attitudes face au projet scolaire; Discussion de l'entrée sur le marché du travail et de l'adaptation aux défis futurs; Discussion sur la procrastination : les causes et les conséquences de cette dernière, les pistes de solution pour se mettre au travail. |
| 8b. Bilan | Faire un retour sur les connaissances acquises durant les Rencontres FOCUS. | Discussion sur les Rencontres FOCUS et leur apport sur le plan du cheminement universitaire, passation d'un questionnaire de rétroaction individuel. |

Sources : Landry (2012); Landry et Goupil (2010)

entre les méthodes présentées et leurs difficultés. Finalement, des exercices pratiques sont proposés.

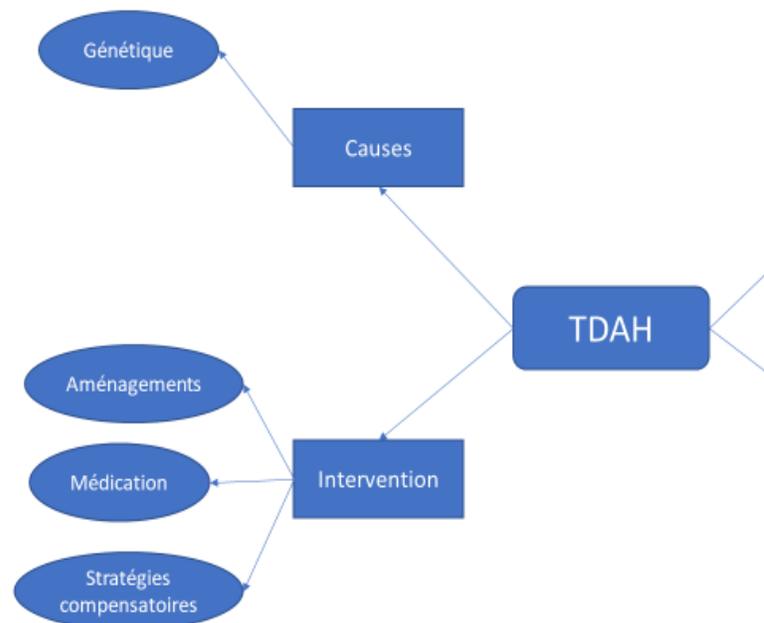
Tout comme la TCC, qui inclut des exercices permettant d'améliorer les effets de l'intervention (Kazantzis, Deane et Ronan, 2000), les Rencontres FOCUS permettent aux participants d'expérimenter les stratégies et de les insérer dans leur routine d'étude. Les exercices proposés dans les Rencontres FOCUS peuvent être effectués à la fin des rencontres ou à la maison, selon le temps disponible. Elles incluent notamment l'élaboration d'un calendrier de la session, la création d'une liste d'abréviations pour la prise de notes et la rédaction de résumés de lecture.

EXEMPLE DU DÉROULEMENT D'UNE RENCONTRE FOCUS

Le déroulement de la sixième rencontre, qui porte sur la gestion de l'étude et la passation des examens, illustre le contenu, l'animation et les exercices dans les Rencontres FOCUS. Les animateurs font d'abord un retour sur la rencontre précédente et ils invitent les étudiants à partager les difficultés et les réussites vécues durant la semaine. Les étudiants échangent ensuite sur leurs difficultés liées aux examens. Les animateurs proposent des moyens pour se préparer à un examen, soit l'identification du type d'évaluation et de la matière mise à l'examen ainsi que la planification de plusieurs courtes périodes d'étude. Ils proposent aussi des stratégies de mémorisation : réorganiser les notes de cours, résumer, identifier les mots-clés, relier les concepts et utiliser des astuces mnémotechniques. Enfin, les animateurs suggèrent des méthodes de passation des examens telles gérer le temps de la période d'examen, prioriser les questions, répondre en premier aux questions faciles et réviser ses réponses. Les animateurs proposent un organisateur résumant le processus d'étude (planifier, organiser et mémoriser) et une carte conceptuelle permettant d'organiser et de mémoriser la matière (voir figure 1). L'exercice pratique consiste à utiliser l'organisateur pour planifier l'étude de fin de session. Un échange sur l'adaptation du contenu présenté à la situation personnelle des participants conclue la rencontre.

RÉTROACTION PAR LES PARTICIPANTS

La dernière Rencontre FOCUS inclut une activité de bilan durant laquelle les étudiants discutent du contenu, du format et des bénéfices perçus dans le programme. Cette activité permet d'évaluer en partie la validité sociale des rencontres, c'est-à-dire à quel point les objectifs, les procédures et les effets de l'intervention répondent aux attentes des usagers (Clément et Schaeffer, 2010; Finn et Sladeczek, 2001). La validation sociale, une composante essentielle de l'évaluation d'un programme, fournit en outre des données subjectives permettant d'ajuster les procédures aux besoins des participants et d'identifier les interventions bénéfiques (Clément et Schaeffer, 2010).



Source : Landry (2012)

Figure 1. Exemple de carte conceptuelle

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

La présente étude, qui s'inscrit dans l'évaluation de la validité sociale des Rencontres FOCUS, cible l'expérience rapportée des participants concernant les bénéfices des rencontres et les aspects à améliorer. De nature exploratoire et destinée principalement aux praticiens, cette étude vise à identifier les interventions jugées profitables par des étudiants universitaires ayant un TDAH.

Méthode

PARTICIPANTS ET INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES

Sur une période de trois semestres universitaires, trois groupes d'étudiants de premier cycle de l'UQAM, recrutés sur une base volontaire, ont participé aux Rencontres FOCUS. Tous avaient reçu un diagnostic de TDAH par un professionnel. Parmi ces trois groupes, 16 étudiants, soit 11 femmes et 5 hommes âgés en moyenne de 26,94 ans ($ÉT = 9,77$), ont pris part à la dernière rencontre qui incluait l'activité de bilan. Le tableau 2 présente leurs caractéristiques.

L'activité de bilan, d'environ 20 minutes, prend la forme d'une discussion semi-structurée sur le contenu et le format des rencontres, les bénéfices perçus et les aspects à améliorer. Les animateurs posent des questions ouvertes (voir annexe), mais les aspects abordés sont

Tableau 2*Caractéristiques des participants à l'activité de bilan des Rencontres FOCUS*

| Semestre | Âge | Sexe | Faculté d'étude | Âge au moment du diagnostic de TDAH | Professionnel ayant posé le diagnostic de TDAH |
|----------|-----|-------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 | 23 | Femme | Communication | 15 | Psychologue |
| 1 | 29 | Femme | Communication | 26 | Médecin |
| 1 | 24 | Femme | Sciences humaines | 16 | Médecin |
| 1 | 26 | Femme | Science politique et droit | 24 | Psychologue |
| 1 | 31 | Femme | Sciences humaines | 24 | Neuropsychologue |
| 1 | 31 | Homme | Sciences humaines et Communication | 21 | Psychologue |
| 1 | 25 | Homme | Science politique et droit | 22 | Neuropsychologue |
| 1 | 28 | Femme | Arts | 27 | Psychiatre |
| 2 | 36 | Femme | Sciences humaines | 35 | Psychiatre |
| 2 | 32 | Femme | Sciences humaines | 28 | Médecin |
| 2 | 38 | Femme | Arts | 37 | Médecin |
| 3 | 42 | Femme | Arts | 41 | Médecin |
| 3 | 38 | Femme | Communication | 12 | Psychologue |
| 3 | 50 | Homme | Étudiant libre | 49 | Psychiatre |
| 3 | 24 | Homme | Science politique et droit | 24 | Neuropsychologue |
| 3 | 30 | Homme | Sciences humaines | 30 | Psychiatre |

aussi déterminés par les étudiants. L'activité est enregistrée en format audionumérique avec l'accord des participants.

PROCÉDURE D'ANALYSE

Les enregistrements audionumériques de l'activité bilan ont été retranscrits sous forme de verbatim et ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2013). La procédure comportait quatre étapes : 1) la transcription des enregistrements audionumériques de la portion bilan sous forme de verbatim; 2) une première lecture des verbatim afin de nous familiariser avec leur contenu et d'identifier les passages correspondant aux objectifs de la recherche; 3) la codification des verbatim; 4) la construction d'un arbre thématique. La codification visait à résumer le contenu des verbatim au moyen d'énoncés descriptifs appelés thèmes. Conformément à l'approche de la codification en continu, à mesure que de nouveaux verbatim étaient codifiés, les thèmes émergents étaient comparés, regroupés et hiérarchisés dans une grille. Un arbre thématique a permis de représenter l'ensemble des thèmes ayant émergé de l'analyse ainsi que leurs interrelations.

Résultats

BÉNÉFICES PERÇUS

La figure 2 présente la portion de l'arbre thématique illustrant les bénéfices perçus des Rencontres FOCUS. Ceux-ci se classent selon trois thèmes : les études universitaires, le bien-être psychologique et la compréhension du TDAH.

Bénéfices liés aux études universitaires. Les Rencontres FOCUS ont permis d'améliorer les stratégies d'étude suivantes : la gestion du temps et la planification à l'aide d'une liste de priorités et d'un calendrier (thème 2 des Rencontres FOCUS), la gestion du matériel scolaire à l'aide de classeurs (thème 3) et l'étude pour les examens à l'aide de cartes conceptuelles (thème 6) :

« La liste de mes priorités est collée sur mon babillard, en face de mon bureau de travail. Je la regarde de temps en temps. Et le grand calendrier des mois aussi, avec tout ce qui est écrit. Je me gêne aussi : quand quelque chose est fait, je le barre avec mon gros marqueur noir. »

« Moi, ce sont les cartes conceptuelles. Je vais essayer de les utiliser davantage, même peut-être pour les lectures. J'y vais par étape. Là je le fais pour les examens. J'aime vraiment l'aspect visuel. Comme je considère être assez visuelle, je me mets des repères. »

Les verbatim analysés révèlent aussi une meilleure connaissance des outils et des ressources disponibles pour les étudiants ayant un TDAH, incluant les logiciels informatiques (p. ex., synthèse vocale) et les aménagements dans les cours (p. ex., temps supplémentaire pour les examens).

Bénéfices liés au bien-être psychologique. La participation aux Rencontres FOCUS semble contribuer au bien-être psychologique des participants. Ces derniers rapportent une diminution de leur stress quotidien ainsi qu'une augmentation de leur estime de soi et de leur sentiment de compétence. En côtoyant d'autres personnes ayant un TDAH, ils réalisent n'être pas les seuls à vivre

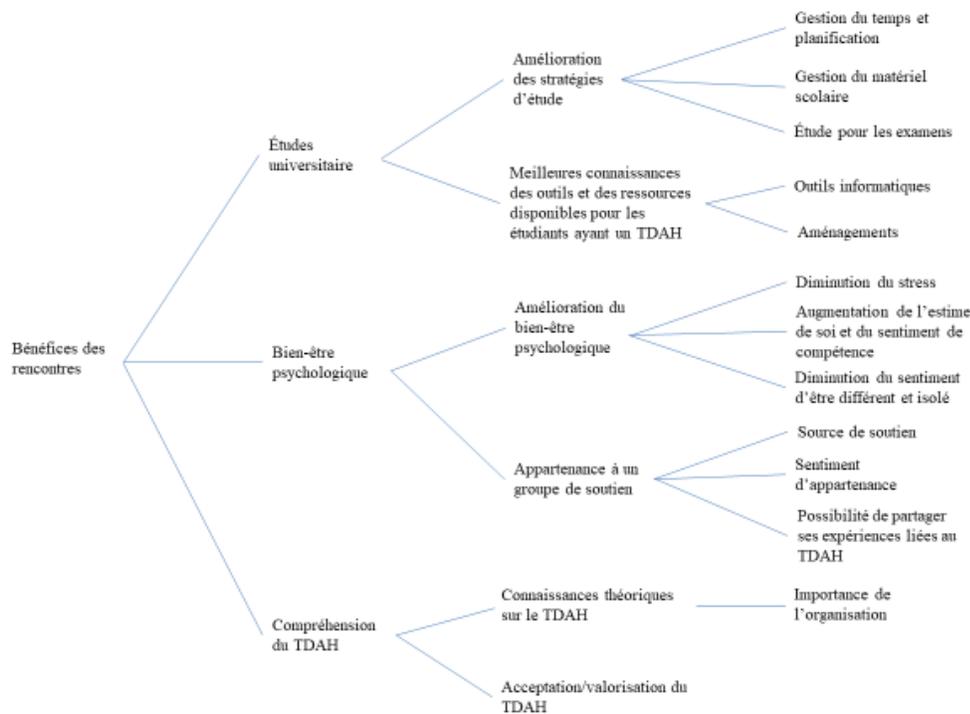


Figure 2. Bénéfices perçus des Rencontres FOCUS

des difficultés, ce qui réduit leur sentiment d'être différents, isolés ou étranges :

« Ça m'a beaucoup encouragé à revoir mes capacités d'apprentissage et ma compétence. Surtout, ça vient toucher notre estime. J'ai hésité par le passé à revenir étudier. [...] Mais là, je trouve que tranquillement, avec ces stratégies-là, ça va beaucoup mieux.

« Ça a été vraiment, dans les deux premières séances, un soulagement presque physique, de savoir que j'étais avec des gens comme moi. Je ne me sens plus bizarre, c'est énorme pour moi. »

Les participants indiquent avoir reçu non seulement du soutien des animateurs, mais également des autres membres du groupe, avec qui ils partageaient leurs expériences et qui en retour leur offraient des encouragements et des conseils. Au fil des rencontres, un sentiment d'appartenance au groupe s'est développé. Par ailleurs, comme tous partageaient un même diagnostic, ils pouvaient échanger sur leurs difficultés, sans se sentir jugés :

« Je pense que ce qui ramène aux rencontres, ce n'est pas le côté technique, c'est plus le côté humain qu'on vient chercher ici. [...] Il y a un sentiment d'appartenance qu'on a développé. »

« Moi, ce qui m'a beaucoup fait du bien, c'est que ça me permettait de me répéter sans tomber sur les nerfs, dans le désordre. [...] Pour toi, le problème persiste, donc tu le répètes parce qu'il est là, mais quelqu'un qui n'a pas ce problème-là te répondrait : "Mais règle-le !" Alors que ce n'est pas ça que tu as besoin d'entendre. Tu as besoin d'entendre : "C'est difficile." Et qu'on te permette de le dire : "C'est difficile." [...] Moi, c'était par rapport à ça que j'ai eu beaucoup de mal, ce n'était pas validé, ma difficulté était comme escamotée. »

Bénéfices liés à la compréhension du TDAH. Les étudiants rapportent avoir acquis des connaissances théoriques sur le TDAH, les difficultés qui y sont associées et les moyens de les surmonter. Leurs propos font ressortir l'importance d'introduire une structure et un cadre temporel et organisationnel dans leurs activités pour diminuer les retards, les oublis et les conflits d'horaire. Des participants indiquent avoir appris à accepter leur TDAH comme faisant partie d'eux-mêmes plutôt que de le considérer comme une difficulté à surmonter. Certains en sont même venus à valoriser leur différence :

« Je le vois moins comme un handicap. Avant, je pensais que j'étais moins bonne que les personnes "normales" qui n'ont pas de problèmes d'apprentissage. Là, je vois que c'est juste différent. Peut-être que j'ai besoin de plus

de temps, d'autres manières de faire mes choses, mais je ne me sens pas moins bonne. »

« Je me suis rendue compte, dans toute cette histoire-là, que je ne veux pas être « le beau cygne ». Je n'ai pas le goût d'être comme [les personnes sans TDAH]. J'ai une créativité différente, j'ai une manière différente de voir le monde. »

Toutefois, un participant dit avoir eu des difficultés à appliquer certaines des stratégies proposées :

« Moi j'ai perdu tout mon temps des fêtes à faire mon horaire pour me rendre compte que ça ne donnait rien. [...] Mis à part générer du stress et de l'anxiété. »

ASPECTS À AMÉLIORER ET OBSTACLES À LA PARTICIPATION

Tel qu'illustré par la figure 3, les aspects des Rencontres FOCUS à améliorer peuvent être regroupés en trois thèmes : la mise en pratique des stratégies, les interactions entre les étudiants et la mise en place de rencontres individuelles avec les animateurs. La conciliation des rencontres avec les études constitue aussi un obstacle à la participation.

Les étudiants ont apprécié les activités de mise en pratique dans les Rencontres FOCUS et en auraient souhaité davantage. Ainsi, si certains d'entre eux connaissaient déjà les stratégies d'étude présentées dans les rencontres (p. ex., planification des activités à l'aide d'un calendrier, techniques de prise de notes efficaces), ils éprouvaient de la difficulté à les appliquer. En ce sens, davantage de temps devrait être accordé à la mise en pratique des stratégies d'étude :

« On pourrait faire un exercice, puis avoir de la rétroaction. Faire peut-être une évaluation pour que les participants se donnent des conseils

entre eux. Ici, on se dévoile beaucoup, donc ce serait bien de faire des liens avec les notions, par exemple ce qui nous aide à retenir. Peut-être justement faire un peu plus de rétroaction sur l'utilisation de certains outils, voir s'ils sont maîtrisés. »

Les discussions occupent une place importante dans les Rencontres FOCUS. Certains étudiants parlent davantage que d'autres durant ces temps d'échange. Des participants suggèrent donc d'assurer une meilleure distribution du temps de parole, de façon à permettre à tous de profiter des bénéfices de ces échanges :

« Parfois, j'ai l'impression que je parle beaucoup, donc je veux laisser les autres parler. [...] Je ne sais pas ce que l'on pourrait faire pour qu'il y ait plus d'interactions. J'ai trouvé qu'il y en a eu quand même, mais des fois j'avais l'impression que ça tournait autour de certains membres dans le groupe. »

Par ailleurs, il est suggéré d'offrir la possibilité de rencontrer individuellement les animateurs des rencontres pour discuter de besoins essentiels :

« [Je suggère] de favoriser des rencontres individuelles, une en début et une en fin de parcours, pour avoir une discussion personnalisée avec les intervenants sans avoir à refaire une autre démarche avec les Services à la vie étudiante. »

La conciliation des rencontres avec les études se révèle être un obstacle à la participation :

« Avec quatre cours, je dois admettre que, certaines semaines, je me suis forcé à venir aux rencontres. J'avais des travaux à faire, mais ça ne se faisait pas de ne pas venir selon moi. »

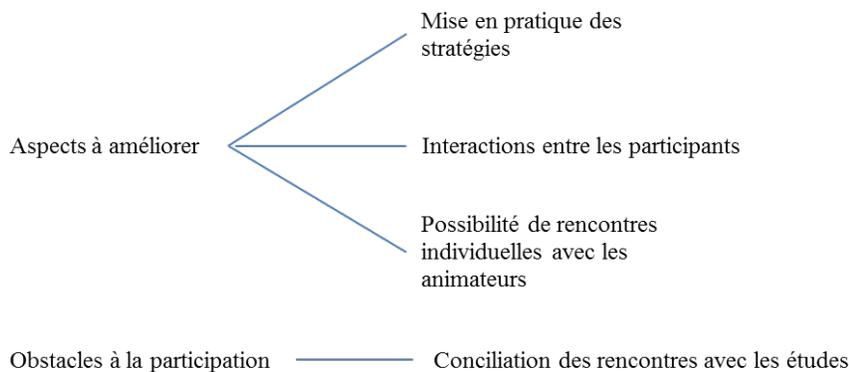


Figure 3. Aspects à améliorer et obstacles à la participation

Discussion et conclusion

La présente étude visait à explorer l'expérience rapportée des participants aux Rencontres FOCUS, un programme de renforcement des stratégies d'étude inspiré de la TCC. Les bénéficiaires perçus comprennent l'amélioration des stratégies d'étude, une meilleure connaissance des ressources et des services disponibles, l'augmentation du bien-être psychologique, l'appartenance à un groupe de soutien ainsi qu'une meilleure compréhension et une plus grande acceptation du TDAH. Les aspects à améliorer incluent l'augmentation du nombre d'exercices pratiques, la répartition du temps de parole dans les discussions et la possibilité de rencontrer individuellement les intervenants.

Les stratégies d'étude présentées dans les Rencontres FOCUS ne sont pas en soi différentes de celles développées par un étudiant universitaire tout-venant. Les étudiants les acquièrent souvent par eux-mêmes au cours de leurs études collégiales ou universitaires. Les Rencontres FOCUS ont toutefois l'avantage d'ancrer ces stratégies dans la réalité d'un étudiant vivant avec des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. De plus, la possibilité pour les participants de partager un vécu similaire et de parler des difficultés spécifiques à leur projet universitaire peut favoriser le sentiment de compétence.

Les bénéficiaires perçus des rencontres vont dans le même sens qu'une étude d'Anastopoulos et coll. (2015). Ceux-ci ont démontré qu'une intervention de groupe inspirée de la TCC destinée aux étudiants ayant un TDAH pouvait améliorer les stratégies d'organisation, l'utilisation des services de soutien et les connaissances sur le TDAH. De même, Solanto et coll. (2010) et LaCount et coll. (2015) ont relevé qu'une intervention de groupe centrée sur les stratégies de planification et de gestion du temps pouvait réduire les symptômes d'inattention des adultes ayant un TDAH.

Les résultats font ressortir trois pratiques fondamentales des Rencontres FOCUS : la psychoéducation sur le TDAH, les discussions de groupe et les exercices pratiques. Selon Weiner et coll. (2018), la psychoéducation active, qui s'inscrit dans des séances structurées et animées par un thérapeute, permet d'augmenter les connaissances d'une personne sur son trouble tout en l'amenant à jouer un rôle actif dans l'intervention. Une étude de Bramham, Young, Bickerdike, Spain, McCartan et Xenitidis (2009) relève l'importance du partage des expériences entre les participants dans la TCC de groupe. Prevatt, Lampropoulos, Bowles et Garrett (2011) ont aussi démontré que les exercices pratiques pouvaient augmenter l'efficacité d'une intervention auprès d'étudiants universitaires ayant un TDAH.

La présente étude fournit une première évaluation de la validité sociale des Rencontres FOCUS, un

programme en langue française inspiré de la TCC. Les participants semblent apprécier le contenu et le format des Rencontres FOCUS et retirer des bénéfices de leur participation. Ils proposent également des moyens concrets pour mieux arrimer les interventions à leurs difficultés et à leurs besoins. En ce sens, l'étude est susceptible de contribuer à l'amélioration des Rencontres FOCUS.

L'étude comporte certaines limites. Ainsi, comme les données proviennent de la dernière rencontre de chaque semestre, seul le point de vue des étudiants ayant suivi le programme jusqu'à la fin est pris en compte. Au moins un participant s'est montré incertain des bénéfices des Rencontres FOCUS. Il est possible que ceux qui ont abandonné les rencontres avant la fin partagent cette conception. Par ailleurs, les propos étant recueillis par les animateurs, il est envisageable que certains étudiants aient orienté leurs réponses dans le but de plaire à ceux-ci ou au groupe. Enfin, l'étude porte sur l'expérience rapportée des participants et ne permet donc pas d'évaluer objectivement l'efficacité des Rencontres FOCUS.

L'évaluation des Rencontres FOCUS devra se poursuivre dans d'autres études. Des instruments objectifs pourraient être utilisés afin d'évaluer les stratégies d'étude avant et après les rencontres. D'autres variables telles que la réussite scolaire, le sentiment de compétence, l'anxiété, l'estime de soi et les connaissances sur le TDAH pourraient aussi être mesurées. Il serait également intéressant de réaliser des entrevues individuelles de façon à explorer plus en profondeur les perceptions concernant les bénéfices des rencontres et les aspects à bonifier. Enfin, compte tenu de l'importance accordée au soutien par les pairs, il serait pertinent de vérifier si les effets du programme varient d'un semestre à l'autre, en fonction des caractéristiques du groupe. Ces évaluations supplémentaires contribueraient non seulement à bonifier les Rencontres FOCUS, mais aussi à explorer d'autres interventions inspirées de la TCC susceptibles de répondre adéquatement aux besoins des étudiants universitaires ayant un TDAH, incluant les interventions plus récentes issues de la troisième vague de la TCC.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) may cause academic difficulties for university students. Inspired by Cognitive and Behavioral Therapy, the *Rencontres FOCUS* consist of eight group-based workshops designed to develop effective learning strategies for students with ADHD. The present study aims to evaluate the social validity of this intervention, that is, how well it responds to the demands of participating students, based on the experience reported by these students. Over the course of three academic semesters, three groups of students with ADHD (11 women and 5 men) took part in the *Rencontres FOCUS* and participated in group discussions on the perceived benefits of this intervention and

the aspects that could be improved. The digital audio recordings of these interviews were subject to content analysis. Results indicate that participants derive benefits from three aspects of the intervention: ADHD psychoeducation, group exchanges, and content practice exercises. Aspects to be improved include an increase in the number of practical exercises and a better distribution of speaking opportunities during group discussions.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), study strategies, university students, Cognitive and Behavioral Therapy (CBT)

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier.
- Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap. (2017). *Statistiques concernant les étudiants en situation de handicap dans les universités québécoises, 2016-2017*. Repéré à <http://aqicesh.ca/docs/AQICESH-2016-2017-statistiques.pdf>
- Anastopoulos, A. D. et King, K. A. (2015). A cognitive-behavior therapy and mentoring program for college students with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*, 141-151. doi : 10.1016/j.cbpra.2014.01.002
- Advokat, C., Lane, S. M. et Luo, C. (2011). College students with and without ADHD : Comparison of self-report of medication usage, study habits, and academic achievement. *Journal of Attention Disorders, 15*, 656-666. doi : 10.1177/1087054710371168
- Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S. et Rabiner, D. L. (2009). Self-reported ADHD and adjustment in college : Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Attention Disorders, 13*, 297-309. doi : 10.1177/1087054709334446
- Boulet, A., Savoie-Zajc, L. et Chevrier, J. (1996). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. et Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*, 434-441. doi : 10.1177/1087054708314596
- Brodeur, M., Lefebvre, M., Otero, D., Lorite, A., Prud'homme, J., Gosselin, V. et Tremblay, S. (2017). *Éducation inclusive : Une responsabilité collective, une occasion socioéducative pour l'UQAM. Rapport du groupe de travail sur l'éducation inclusive de l'UQAM*. Repéré à https://ssa.uqam.ca/fichier/document/education_inclusive.pdf
- Burt, K. L., Parks-Charney, R. et Schwean, V. L. (1996). The AD/HD Skills and Strategies Program: A program for AD/HD adults in postsecondary education. *Canadian Journal of School Psychology, 12*, 122-134. doi : 10.1177/082957359701200209
- Clément, C. et Schaeffer, E. (2010). Évaluation de la validité sociale des interventions menées auprès des enfants et adolescents avec un TED. *Revue de psychoéducation, 39*, 207-218. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00752067/>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R. et Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. Publication avancée en ligne. doi : 10.1038/nrdp.2015.20
- Finn, C. A. et Sladeczek, I., E. (2001). Assessing the social validity of behavioral interventions : A review of treatment acceptability measures. *School Psychology Quarterly, 16*, 176-206. doi : 10.1521/scpq.16.2.176.18703
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J. et Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement : Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities, 1*, 49-65.
- Gauthier, C., Bissonnette, S. et Richard, M. (2007). L'enseignement explicite. In V. Dupriez et G. Chapelle (Eds.), *Enseigner* (pp. 107-116). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Gormley, M. J., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L. et Anastopoulos, A. D. (2016). First-year GPA and academic service use among college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Publication avancée en ligne. doi : 10.1177/1087054715623046
- Kazantzis, N., Deane, F. P. et Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy : A meta-analysis. *Clinical Psychology : Science and Practice, 7*, 189-202. doi : 10.1093/clipsy.7.2.189
- Kwon, S. J., Kim, Y. et Kwak, Y. (2018). Difficulties faced by university students with self-reported symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Publication avancée en ligne. doi : 10.1186/s13034-018-0218-3
- LaCount, P. A., Hartung, C. M., Shelton, C. R., Clapp, J. D. et Clapp, T. K. W. (2015). Preliminary evaluation of a combined group and individual treatment for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*, 152-160. doi : 10.1016/j.cbpra.2014.07.004
- Lahav, O., Ben-Simon, A., Inbar-Weiss, N. et Katz, N. (2018). Weekly calendar planning activity for university students : Comparison of students with and without ADHD by gender. *Journal of Attention*

- Disorders*, 22, 368-378. doi : 10.1177/1087054714564621
- Landry, F. (2012). *Programme de renforcement des stratégies d'étude pour les étudiants universitaires ayant un TDA/H* (Essai doctoral non publié). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Landry, F. et Goupil, G. (2010). Trouble déficitaire de l'attention à l'université. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 26(2). Repéré à <http://ripes.revues.org/416>
- Meaux, J. B., Green, A. et Broussard, L. (2009). ADHD in the college student : A block in the road. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 248-256. doi : 10.1111/j.1365-2850.2008.01349.x
- Montero, J. (2002). ADHD management program: A program design for ADHD college students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(6-B), 3017. Repéré à <https://search-proquest-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/docview/276307844>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Prevatt, F., Lampropoulos, G. K., Bowles, V. et Garrett, L. (2011). The use of between session assignments in ADHD coaching with college students. *Journal of Attention Disorders*, 15, 18-27. doi : 10.1177/1087054709356181
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R., H. et Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 689-699. doi : 10.1177/1087054707305106
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y. et Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools*, 44, 627-638. doi : 10.1002/pits.20252
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S. et Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD : A cognitive-behavioral treatment program therapist guide*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W. et Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8, 109-120. doi : 10.1177/1087054705277775
- Shelton, C. R., Addison, W. E. et Hartung, C. M. (2017). ADHD and SCT symptomatology in relation to college students' use of self-regulated learning strategies. *Journal of Attention Disorders*. doi : 10.1177/1087054717691134
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Mitchell, K. J., Wasserstein, J. et Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 728-736. doi : 10.1177/1087054707305100
- Weiner, L., Garcias-Krafes, E., Garcia, S., Berthomier, C., Morali, A., Metzger, J.-Y. et Bertschy, G. (2018). IDEM-dépression : caractéristiques et évaluation d'un groupe ouvert combinant psycho-éducation et thérapie cognitivo-comportementale. *L'Encéphale*, 44, 141-147. doi : 10.1016/j.encep.2016.09.004
- Weyandt, L. L. et DuPaul, G. (2008). ADHD in college students : Developmental findings. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 311-319. doi : 10.1002/ddrr.38
- Weyandt, L. L., Dupaul, G., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J. et Carson, K. S. (2013). The performance of college students with and without ADHD : Neuropsychological, academic and psychosocial functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 421-435. doi : 10.1007/s10862-013-9351-8
- White, H. A. et Shah, P. (2006). Uninhibited imagination : Creativity in adult with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 40, 1121-1131. doi : 10.1016/j.paid.2005.11.007
- White, H. A. et Shah, P. (2011). Creative style and achievement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 50, 673-677. doi : 10.1016/j.paid.2010.12.015

Annexe

Plan de l'activité bilan des Rencontres FOCUS

1. Quels bénéfices avez-vous tirés des rencontres FOCUS ?
2. Avez-vous des suggestions pour améliorer les rencontres ?
3. Est-ce que la présentation des outils technologiques a été utile ?
4. Avez-vous des commentaires sur le format des rencontres ?
5. Avez-vous trouvé l'ordre des ateliers pertinent ? Est-ce qu'il y a un ordre qui vous apparaîtrait plus logique ?



ÉVOLUTION DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES COUPLES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE : ÉTUDE LONGITUDINALE

Laurence Villeneuve, Gilles Trudel, Luc Dargis, Jean Bégin,

Université du Québec à Montréal

Michel Prévile,

Université de Sherbrooke

et Richard Boyer

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

Cette étude examine les facteurs associés à l'évolution de la détresse psychologique au cours du temps (18 mois) en fonction du niveau d'ajustement du couple, du nombre de tracas quotidiens et de la santé physique chez 372 couples âgés (75,15 ans pour les hommes et 72,32 ans pour les femmes) vivant à domicile au Québec. Les résultats montrent que près du quart des participants présentent une augmentation de leur détresse psychologique au cours de l'étude alors qu'en moyenne 20 % présentent une diminution de leur détresse. Le nombre de tracas quotidiens et le fonctionnement conjugal sont les facteurs les plus associés au changement de la détresse psychologique. Une discussion générale portant sur les implications cliniques et de recherche découlant de ces résultats est abordée.

See end of text for English abstract.

Mots clés : détresse psychologique, fonctionnement conjugal, tracas quotidiens, santé physique, couples âgés

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention accordée à Gilles Trudel à titre de chercheur principal et à Michel Prévile et Richard Boyer à titre de co-chercheurs par les Instituts de Recherche en Santé du Canada

Correspondance : Gilles Trudel, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3P8, trudel.gilles@uqam.ca

Introduction

Depuis les dernières années, les données démographiques montrent une plus grande proportion d'âinés au sein de la population ainsi qu'une augmentation constante de l'espérance de vie (St-Arnaud, Beaudet et Tully, 2005; Turcotte et Schellenberg, 2007). Cette augmentation de l'espérance de vie entraîne une plus longue période en santé au cours de la vieillesse (Shields et Martel, 2006) qui se caractérise entre autres par une plus grande proportion d'âinés vivant à domicile et une légère hausse du nombre d'âinés vivant en couple (Statistique Canada, 2007).

La détresse psychologique se caractérise par un ensemble d'émotions négatives pouvant se présenter sous forme de symptômes dépressifs et anxieux (Camirand et Nanhou, 2008). Plus spécifiquement, Ilfeld (1976) conceptualise la détresse psychologique à partir de symptômes dépressifs et anxieux, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Une étude épidémiologique réalisée au Québec par Prévile et coll. (2008) révèle que 12,7 % de leur échantillon d'âinés vivant à domicile rencontrent les critères diagnostiques du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association Américaine de Psychologie (DSM-IV) pour les troubles de dépression majeure et mineure¹, la manie, les troubles

¹ Le trouble de dépression mineure se définit par la présence des caractéristiques essentielles de la dépression (c.-à-d., présenter une humeur dépressive depuis au moins deux semaines ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités quotidiennes normalement pratiquées) et par la présence d'au moins 2 à 4 des 7 symptômes dépressifs associés. Dans le cadre de l'étude de Prévile et al. (2008), 5,7 % des participants âgés

anxieux et la dépendance aux psychotropes. D'autres données montrent également que 34,7 % des aînés présentent au moins un symptôme de détresse psychologique (Préville et coll., 2009). Caron et Liu (2010) trouvent que 14,74 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus présentent un niveau de détresse psychologique élevé. Considérant ces nouvelles réalités démographiques et l'ensemble des données sur la détresse psychologique chez les aînés, il importe de mieux comprendre les déterminants de la détresse psychologique chez les couples aînés afin de favoriser une meilleure qualité de vie pour eux.

Bien que plusieurs études abordent la prévalence de la détresse psychologique chez les aînés, très peu se sont attardées à examiner cette prévalence chez les couples aînés. Or, plusieurs auteurs soulignent l'importance de la relation conjugale dans la vie des aînés compte tenu des différents changements susceptibles de survenir tels que le départ des enfants du domicile familial, l'augmentation du temps passé ensemble et la diminution du réseau social (Kim et Moen, 2001; Trudel, 2005; Trudel, Turgeon et Piché, 2010). Par ailleurs, la recension des écrits fournit très peu de données sur les déterminants de l'évolution ou du changement de la détresse psychologique au cours du temps chez les aînés et tout particulièrement auprès des couples.

Dans le cadre de cette étude, trois variables feront l'objet d'une attention particulière en tant que déterminants de l'évolution de la détresse psychologique chez les aînés en couple: la santé physique, le fonctionnement conjugal et les tracas quotidiens. Ces variables ont été retenues compte tenu de leur incidence sur la détresse psychologique au cours du vieillissement.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET FONCTIONNEMENT CONJUGAL

Le fonctionnement conjugal peut à la fois prévenir ou accentuer la détresse psychologique selon la perception positive ou négative de la relation conjugale par les membres du couple (Proulx, Helms et Buelher, 2007; Sandberg, Miller et Harper, 2002; Tower et Kasl, 1995, 1996a, 1996b; Villeneuve, Trudel, Dargis, Préville, Boyer et Bégin, 2014). Weissman (1987) montre à cet effet que, bien que les personnes mariées soient trois fois moins susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que les personnes vivant seules, celles présentant une insatisfaction maritale sont 25 fois plus susceptibles d'être dépressives que celles dans une relation de couple satisfaisante. Une recension des écrits réalisée par Goldfarb, Trudel, Boyer, et Préville (2007), permet de constater que la relation entre la détresse conjugale et la dépression est bien établie et que de

présentent un trouble de dépression mineure alors que 1,1 % présentent un trouble de dépression majeure. De plus, mentionnons que la collecte des données fut effectuée avant la parution du DSM-5 et la terminologie du DSM-IV a donc été utilisée dans le présent article.

récentes études laissent voir une relation similaire entre les difficultés conjugales et l'anxiété. Plusieurs études empiriques et recensions des écrits permettent de constater qu'en situation de détresse conjugale, le risque de présenter des symptômes dépressifs ou anxieux ou de la détresse psychologique apparaît plus élevé (p.ex., Beach, Katz, Kim et Brody, 2003; Beach et O'Leary, 1992; Bookwala et Franks, 2005; Goldfarb, Trudel, Boyer et Préville, soumis; O'Leary, Riso et Beach, 1990; Tower et Kasl, 1995, 1996a, 1996b; Trudel, 2018; Villeneuve, Trudel, Dargis, Préville, Boyer et Bégin, 2014; Whisman, Uebelacker et Weinstock, 2004). Néanmoins, la majorité de ces études présentent un devis de recherche transversal ce qui ne permet pas de conclure à une direction précise de la relation entre ces variables (Fincham, Beach, Harold et Osborne, 1997). De plus, les études longitudinales examinant la relation entre ces variables apparaissent d'autant plus rares chez les couples aînés puisque plusieurs d'entre elles incluent des personnes âgées de moins de 65 ans (Whisman et Uebelacker, 2009).

Bien que plusieurs études se sont attardées à examiner la relation longitudinale entre la détresse psychologique et le fonctionnement conjugal (Proulx et coll., 2007; Ulrich-Jakubowski, Russel et O'Hara, 1988; Whisman et Uebelacker, 2009), très peu se sont attardées à examiner ce qui survient suite à des changements survenant au cours du temps sur ces variables. En effet, seules quelques études réalisées auprès de couples ont pu être recensées. Quelques-unes trouvent une relation bidirectionnelle entre le changement de la détresse psychologique et le changement du fonctionnement conjugal auprès d'un échantillon de couples nouvellement mariés (Davila, Karney, Hall et Bradbury, 2003). Une étude de Miller, Townsend et Ishler (2004), réalisée auprès d'un échantillon de couples âgés de 40 à 70 ans, trouve qu'une détérioration au cours du temps du fonctionnement conjugal est associée à une augmentation des symptômes dépressifs. Compte tenu du nombre limité d'études examinant la relation entre le changement du fonctionnement conjugal et le changement de la détresse psychologique, et ce, tout particulièrement auprès de couples âgés de 65 ans et plus, il apparaît important de poursuivre les recherches.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET SANTÉ PHYSIQUE

Les recherches actuelles permettent de constater que l'incidence de la détresse psychologique est associée à la présence de maladies physiques (Joshi, Kumar et Avasthi, 2003; Penninx, Beekman, Ormel, Kriegsman, Boeke, van Eijk et Deeg, 1996) et au déclin du statut fonctionnel (Penninx et coll., 1996). Scott et coll. (2007) ont examiné les données portant sur la condition de santé physique et de santé mentale auprès de 42 249 participants répartis à travers 17 pays et ont constaté que les participants ont plus de risque de rapporter une maladie chronique lorsqu'ils présentent un trouble dépressif ou anxieux ou un trouble comorbide anxieux-

dépressif, tels que définis par le DSM-IV. Ces auteurs soutiennent même que le risque de rapporter une maladie chronique est plus élevé chez les participants présentant une comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs que chez ceux ne présentant que l'un ou l'autre de ces troubles psychologiques. Dans une même perspective, une étude de Penninx et coll. (1996), réalisée auprès de 3 076 personnes âgées entre 55 et 85 ans, montre une relation positive entre le nombre de maladies chroniques rapportées et les symptômes dépressifs et anxieux. Plusieurs études rapportent également une association négative entre la perception de la santé physique et la détresse psychologique chez les aînés (Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen et Heuft, 2004; Schulz et coll., 1994). La perception de la santé réfère à l'évaluation d'une personne concernant sa propre santé physique (p.ex., bonne, passable, mauvaise) et plusieurs auteurs soutiennent qu'il s'agit d'une méthode d'évaluation utile et importante afin d'obtenir un portrait global de la santé d'une population (Pinquart, 2001; Schulz et coll., 1994).

Néanmoins, la recension des écrits rapporte un nombre très limité d'études longitudinales réalisées auprès des couples aînés examinant l'association entre l'évolution de la détresse psychologique et le changement de la santé physique. En effet, seules deux études ont pu être recensées. Pruchno, Wilson-Genderson et Cartwright (2009) trouvent que le changement d'évaluation de la santé physique est associé négativement au changement des symptômes dépressifs au cours du temps chez des patients hémodialysés et leur conjoint. Dans la même perspective, une étude de Miller et coll. (2004) montre que l'insatisfaction conjugale et les problèmes de santé physique peuvent influencer le changement d'humeur et les symptômes somatiques associés à la détresse psychologique chez les couples aînés. Sans égard au statut marital des participants, la recension des écrits rapporte également que la perception de la santé physique et le changement du statut fonctionnel sont significativement associés au changement de la détresse psychologique au cours du temps (Bierman et Statland, 2010; Min, Moon et Lubben, 2005). Bien que ces études laissent voir une association significative entre le changement de la détresse psychologique et les variables de santé physique, le nombre d'études réalisées auprès d'un échantillon de couples aînés vivant à domicile demeure très limité.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET TRACAS QUOTIDIENS

Les effets du stress au cours du vieillissement n'apparaissent pas faire consensus dans la littérature scientifique puisque certains auteurs soutiennent que les aînés s'adaptent mieux au stress alors que d'autres suggèrent la relation inverse (voir Almeida, Piazza, Stawski et Klein, 2011). Une recension des écrits d'Ensel, Peek, Lin et Lai (1996) souligne par ailleurs que le stress contribue grandement à la variation des symptômes dépressifs chez les aînés. Les sources de

stress les plus fréquemment rapportées chez cette population concernent la santé physique, leur entourage (c.-à-d. famille et amis) et les finances personnelles (Doucet, Ladouceur, Freeston et Dugas, 1998; Jeon, Dunkle et Roberts, 2006). Contrairement aux événements de vie stressants (p.ex., décès d'un proche), les tracasseries quotidiennes sont définies comme des demandes de l'environnement irritantes, frustrantes ou anxiogènes survenant au quotidien (Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus, 1981; Lazarus, 1984). Or, la recension des écrits rapporte une forte association entre ce type de stress et la détresse psychologique (p.ex., Holahan, Holahan et Belk, 1984; Landreville et Vézina, 1992; Lazarus et Folkman, 1984; Monroe, 1983; Serido, Almeida et Wethington, 2004). Chez les couples, quelques études montrent une association négative entre le fonctionnement conjugal et le stress (Graham et Conoley, 2006; Harper, Schaalje et Sandberg, 2000; Randall et Bodenmann, 2009). À cet effet, Graham et Conoley (2006) suggèrent que les couples présentant un bon fonctionnement conjugal sont plus susceptibles de percevoir leur conjoint(e) comme étant une source de soutien et donc d'être moins affectés par les différentes demandes survenant au quotidien ce qui laisse croire que le lien entre la détresse psychologique et les tracasseries quotidiennes peut différer selon la perception de la qualité de la relation conjugale. Chez les couples aînés, une étude de Sandberg et Harper (2000) trouve que les tracasseries quotidiennes sont significativement associées aux symptômes dépressifs chez les deux membres du couple. L'étude montre également que les tracasseries quotidiennes sont associées aux symptômes dépressifs du conjoint lorsque le couple est en situation de détresse conjugale. Néanmoins, aucune étude n'a pu être recensée concernant le changement des tracasseries quotidiennes et le changement ou l'évolution de la détresse psychologique chez les couples aînés.

En somme, il apparaît que très peu d'études portant sur le changement de la détresse psychologique ont été réalisées jusqu'à ce jour, et ce, tout particulièrement chez les couples aînés vivant à domicile. Par ailleurs, parmi les quelques études recensées, aucune d'entre elles n'a inclus à la fois des variables des tracasseries quotidiennes, de fonctionnement conjugal et de santé physique comme variables associées au changement de la détresse psychologique mesuré sur une période assez longue (18 mois). Enfin, le nombre d'études ayant examiné les effets de partenaires (c.-à-d., les relations entre les conjoints) demeure très limité.

OBJECTIF PRINCIPAL ET HYPOTHÈSES

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les effets du changement des tracasseries quotidiennes, du fonctionnement conjugal et de la santé physique sur l'évolution ou le changement de la détresse psychologique survenant au cours du temps (18 mois) auprès d'un échantillon représentatif de couples aînés

francophones vivant à domicile au Québec. Les hypothèses suivantes sont formulées:

1. Une augmentation du nombre de maladies chroniques sera associée à une augmentation de la détresse psychologique.
2. Une diminution de la perception de santé physique sera associée à une augmentation de la détresse psychologique.
3. Une augmentation du fonctionnement conjugal sera associée à une diminution de la détresse psychologique.
4. Une augmentation du nombre de tracas quotidiens sera associée à une augmentation de la détresse psychologique.

GENRE ET EFFETS DE PARTENAIRES

La présente étude a également pour objectif d'examiner les différences liées au genre sur les relations à l'étude puisque plusieurs auteurs rapportent des différences entre les hommes et les femmes notamment sur l'incidence de la détresse psychologique, l'évaluation du fonctionnement conjugal et sur la relation entre ces variables (p.ex., Beach et coll., 2003; Beach et O'Leary, 1992; Dehle et Weiss, 1998; Fincham et coll., 1997; Sandberg et Harper, 2009; Whisman et Ubelacker, 2009). De plus, étant donné que les conjoints sont réputés partager des caractéristiques communes et s'influencer l'un et l'autre (voir Coyne et coll., 1987; Kenny, Kashy et Cook, 2006), cette étude a également pour objectif d'examiner les effets de partenaires entre les variables. Ainsi, deux questions de recherche seront explorées dans le cadre de cette étude.

1. Existe-t-il une différence liée au genre dans la relation entre les variables à l'étude et la détresse psychologique chez les aînés vivant en couple ?
2. Est-ce que des effets significatifs de partenaires seront trouvés dans la relation entre les variables à l'étude et la détresse psychologique chez les aînés vivant en couple ?

Méthode

Les données recueillies dans la présente étude sont tirées du projet de recherche Étude sur la santé des couples aînés (ÉSA-Couple). Les participants ont été recrutés à partir d'une méthode d'échantillonnage stratifié aléatoire selon leurs régions d'habitation : métropolitaine (36 %), urbaine (32 %) et rurale (32 %). Pour des raisons budgétaires et d'accessibilité, les régions périphériques du Québec (Côte-Nord, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine, Saguenay et Lac-Saint-Jean, Abitibi/Témiscamingue) ont été exclues de l'étude. Ces régions représentaient 10 % de la population québécoise en 2005. Afin de pouvoir participer au projet de recherche ÉSA-Couple, tous les participants devaient comprendre et lire le français, vivre au même domicile

que leur conjoint, obtenir un score minimal de 22 au *Mini Mental State Examination* de Folstein, Folstein et McHugh (1975) et être en couple depuis au moins un an. De plus, les deux conjoints devaient accepter de participer à l'étude et au moins l'un d'entre eux devait être âgé de 65 ans et plus.

Les couples sélectionnés par la méthode d'échantillonnage étaient contactés par téléphone par une infirmière de la firme de sondage *Léger Marketing* formée spécifiquement pour le projet de recherche. Tous les couples souhaitant participer à l'étude recevaient une lettre présentant le projet de recherche, le nom et une photo de l'infirmière chargée de l'entrevue. Les participants ont été rencontrés à domicile (ou à un endroit de leur choix) afin de réaliser une entrevue semi-structurée d'une durée approximative de 90 minutes. Afin d'assurer la confidentialité des réponses entre les deux membres du couple, l'infirmière rencontrait chacun des participants à tour de rôle dans une pièce séparée de leur conjoint. De plus, compte tenu de la nature plus sensible de certaines questions portant sur des aspects conjugaux et sexuels, les participants étaient invités à répondre à l'aide d'un clavier numérique de sorte que leur conjoint(e) et l'infirmière ne puissent pas connaître leur réponse. Un astérisque (*) apparaissait à l'écran de l'infirmière afin de l'informer que le participant avait répondu à la question demandée.

Au Temps 1 (T1), 508 couples aînés ont accepté de participer à l'étude représentant un taux de réponse de 62 %. Le Temps 2 (T2) de l'étude, qui s'est déroulé approximativement 18 mois (16-21 mois) plus tard, comprend 390 couples aînés indiquant un taux d'attrition de 23 %. Pour chaque temps de mesure, les couples recevaient un montant incitatif de 30\$ pour leur participation.

INSTRUMENTS DE MESURE

L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14) de Prévillle, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1992) a été utilisé afin de mesurer la détresse psychologique des participants. Ce questionnaire constitue l'adaptation francophone du questionnaire *Psychiatric Symptoms Index* d'Ilfed (1976) et est composé de 14 items se subdivisant en quatre facteurs évaluant les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et les problèmes cognitifs. Le score varie entre 0 et 100 points et plus le score est élevé, plus la détresse psychologique du participant est élevée. Une étude de validation montre des indices de fidélité satisfaisants avec un indice de consistance interne de 0,89 pour l'ensemble des items (Prévillle et coll., 1992). Dans la présente étude, les indices de consistance interne au T1 sont de 0,79 pour les hommes et de 0,86 pour les femmes. Des résultats comparables sont retrouvés au T2.

Le fonctionnement conjugal a été mesuré à partir de la version francophone du questionnaire *Échelle d'Ajustement Dyadique* de Spanier (1976) traduit par

Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Ce questionnaire comprend 32 items évaluant le fonctionnement conjugal des participants à partir de quatre sous-échelles : cohésion, satisfaction, consensus et expression affective. Le score total du questionnaire varie de 0 à 151 points, plus le score est élevé, plus le fonctionnement conjugal est réputé être élevé. Une étude de validation de Baillargeon et coll. (1986) montre des indices de validité satisfaisants avec un alpha de Cronbach de 0,91 pour l'ensemble du questionnaire ce qui est comparable aux résultats obtenus à la version originale du questionnaire (voir Spanier, 1976). Dans la présente étude, le questionnaire obtient des indices de validité de cohérence interne de 0,88 pour les hommes et de 0,91 pour les femmes au T1. Des résultats similaires sont retrouvés au T2. Une étude factorielle confirmatoire montre que la structure factorielle du questionnaire, telle que proposée par Sabourin, Lussier, Laplante, et Wright (1990), est valide auprès d'un échantillon de couples aînés francophones (Villeneuve, Préville, Trudel et Boyer, 2010). Afin de répondre aux objectifs de l'étude et en lien avec les recommandations de Sabourin, Bouchard, Wright, Lussier, et Boucher (1988), seul le score global du questionnaire a été utilisé.

La santé physique des participants a été mesurée à partir des indices de santé objective et de santé perçue. La santé objective des participants a été évaluée à partir d'un questionnaire regroupant 17 maladies chroniques répertoriées dans le CIM-10 telles que le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle. Plus le score est élevé à ce questionnaire, plus le nombre de maladies chroniques rapportées par le participant est grand. La santé perçue a été évaluée à partir d'une question unique demandant aux participants d'évaluer leur santé physique par rapport aux autres personnes de leur âge (« Comparativement aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé physique est généralement ... excellente, très bonne, bonne, moyenne ou faible? »). Cette question est fréquemment utilisée dans le cadre d'études épidémiologiques pour mesurer la perception de santé des participants (voir Chipperfield, 1993; Denning, Chi, Brayne, Huppert, Paykel et O'Connor, 1998).

Les tracas quotidiens survenant au cours du dernier mois ont été évalués à partir de l'*Échelle des embêtements* adaptée pour les aînés de Vézina et Giroux (*Hassle Scale – Elderly Form*; 1988). Ce questionnaire constitue une adaptation francophone du questionnaire anglais de Kanner et coll., (1981) comprenant 117 items. La version francophone comprend 64 items touchant six domaines des tracas quotidiens : argent, conflits interpersonnels, santé, loisir, travaux domestiques. Une étude de validation de ce questionnaire réalisée auprès d'un échantillon de personnes âgées entre 60 et 90 ans montre des indices de consistance interne satisfaisants et une bonne validité de construit (Vézina et Giroux, 1988). Dans la présente étude, afin de ne pas trop surcharger les participants de questions, seulement 34 items de la

version originale francophone jugés particulièrement pertinents dans le cadre de la présente recherche avec des aînés ont été utilisés. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la fréquence des tracas quotidiens et sur l'intensité de stress ressenti. En lien avec les objectifs formulés, seule l'échelle représentant le nombre de tracas survenant au cours du dernier mois (0-34) a été utilisée. Au T1, les indices de consistance interne apparaissent satisfaisants pour les hommes ($\alpha = 0,89$) et les femmes ($\alpha = 0,88$). Des résultats similaires sont retrouvés au T2.

ANALYSE DES DONNÉES

Les couples étant réputés partager des caractéristiques similaires, des analyses dyadiques ont été réalisées afin de tenir compte de la non-indépendance des données telle que le recommandent Kenny et coll. (2006). Les analyses dyadiques ont été réalisées en employant la modélisation d'équation structurale avec AMOS 8.0. Cette stratégie d'analyse permet de mesurer simultanément les différences liées au genre, les effets partenaires et les effets d'acteurs² entre les variables ce qui permet de conserver une plus grande puissance statistique.

Les hypothèses ont été mesurées à partir de la stratégie d'analyse des modèles imbriqués de la modélisation d'équation structurale (Bentler et Bonnett, 1980). Selon cette stratégie d'analyse, le premier modèle testé (M_0) représente un modèle d'indépendance des données entre les variables indépendantes (c.-à-d., fonctionnement conjugal, tracas quotidiens, santé physique) et la variable dépendante (i.e., détresse psychologique). Ce modèle de référence est utilisé pour évaluer l'ajustement du modèle hypothétique (M_1) représentant les hypothèses de l'étude. À partir des résultats obtenus à cette étape, un second modèle (M_2) plus parcimonieux et représentant un meilleur ajustement a été testé. Les indices d'ajustement des différents paramètres des modèles sont évalués par la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (ML). Dans le cadre de l'étude, le *normed chi-squared* (χ^2/df), le *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) et le *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA) ont été utilisés comme indices d'ajustement des modèles. De plus, pour comparer l'ajustement des modèles entre eux, le test de différence des khi-deux ($\Delta \chi^2$) a été utilisé tel que recommandé par Bollen (1989). Les différences liées au genre ont été mesurées à partir des rapports critiques de différences (*critical ratios for differences*; C.R.)

² Selon Kenny et al. (2006), les effets d'acteurs réfèrent aux résultats provenant de l'association entre deux variables mesurées chez un même participant (p.ex., l'effet du fonctionnement conjugal d'un participant sur la détresse psychologique mesurée chez ce même participant) alors que les effets de partenaires réfèrent aux résultats provenant de l'association entre une variable mesurée chez un participant et une variable mesurée chez son conjoint (p.ex., l'effet du fonctionnement conjugal d'un participant sur la détresse psychologique de sa conjointe).

rapportés par le logiciel statistique AMOS 8.0. Afin de tenir compte du nombre élevé de degré de liberté de variance intra-groupe, les valeurs des rapports critiques ont été interprétées comme des cotes Z . Tous les paramètres d'estimation présentés sont standardisés et un seuil de signification de 5 % a été utilisé dans cette étude.

L'examen des données manquantes a révélé que deux participants n'ont pas répondu à l'ensemble des questions de l'étude ce qui a entraîné l'élimination de ces participants et de leur conjointe réduisant ainsi la taille de l'échantillon à 388 couples. Étant donné que la méthode d'estimation de vraisemblance (ML) demande une normalité multivariée, les indices de normalité univariée et multivariée des variables ont été examinés. Selon les recommandations de Tabachnick et Fidell (2007) la distribution normale des variables a été examinée. Dans le cas de la présente étude, le retrait de participants présentant des données aberrantes (« *outliers* ») univariées a permis d'atteindre une distribution acceptable selon les standards reconnus. De plus, l'examen de la distribution multivariée des variables de l'étude a révélé la présence de données aberrantes entraînant l'élimination des participants concernés et de leur conjoint(e). La taille de l'échantillon final est de 372 couples. Les variables de changement ont été calculées à partir du score de différence obtenue entre les deux temps de mesure (T2-T1).

Des analyses ont été réalisées afin de vérifier la pertinence d'inclure des variables de contrôle dans le modèle d'analyse telles que l'âge et la durée de cohabitation, mais les résultats n'ont révélé aucune relation significative entre ces variables et le changement de la détresse psychologique.

Résultats

Les données descriptives révèlent que les femmes âgées de l'échantillon sont en moyenne plus jeunes [test- t apparié $t(371) = -11,61, p < 0,001, \eta^2 = 27\%$] et présentent un moins haut niveau de scolarité que leur conjoint [$\chi^2(4, 372) = 69,45, p < 0,001$] (voir Tableau 1). Les données descriptives des variables au T1 de l'étude et des variables de changement sont présentées au Tableau 2. De façon générale, les résultats au T1 montrent que les aînés de notre échantillon présentent en moyenne une bonne santé physique aux deux mesures utilisées, peu de tracas quotidien, un bon fonctionnement conjugal et un faible niveau de détresse psychologique (pour des informations sur le détail des résultats pour chacune de ces trois variables, voir Villeneuve, Trudel, Dargis, Préville, Boyer et Bégin, 2014). De plus, les résultats montrent que les hommes et les femmes présentent, en moyenne, une stabilité de leur fonctionnement conjugal, de leurs tracas quotidiens, de leur état de santé physique et de leur détresse psychologique au cours du temps. Il apparaît que les femmes présentent en moyenne plus de détresse psychologique [$t(371) = -5,93, p < 0,001, \eta^2 = 9\%$], un

plus faible niveau de fonctionnement conjugal [$t(371) = 4,87, p < 0,001, \eta^2 = 6\%$], plus de tracas quotidiens [$t(371) = -4,17, p < 0,001, \eta^2 = 4\%$] et une moins bonne perception de la santé physique [$\chi^2(1, 371) = 13,60, p < 0,001, \eta^2 = 4\%$]³ que les hommes aînés. Aucune différence significative n'est retrouvée quant au nombre de maladies chroniques entre les hommes et les femmes.

DÉTERMINANTS DU CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Le Tableau 3 présente les résultats des modèles d'analyses mesurant les effets des variables de changement du fonctionnement conjugal, des tracas quotidiens et de la santé physique sur le changement ou l'évolution de la détresse psychologique survenu au cours de l'étude. Le modèle hypothétique (M_1) présente de meilleurs indices d'ajustement que le modèle supposant une indépendance des données entre les variables (M_0). Néanmoins, l'examen des indices d'ajustement suggère que l'élimination des paramètres d'estimation non significatifs peut améliorer l'ajustement du modèle. Ainsi, toutes les relations entre les variables du modèle sont examinées et éliminées une à une en forçant la relation à « 0 » si celle-ci n'est pas significative pour les deux membres du couple. Cette procédure statistique est utilisée afin de permettre une comparaison des paramètres entre les hommes et les femmes.

À la suite de l'examen des paramètres d'estimation, tous les effets de partenaires ont été éliminés puisqu'aucun lien significatif n'est trouvé. De plus, les effets du changement du nombre de maladies chroniques et de la perception de la santé physique chez les hommes et les femmes sur l'évolution de la détresse psychologique sont éliminés puisque ces relations ne s'avèrent pas significatives. Le modèle final (M_2) est présenté à la Figure 1. À partir du test de différences du khi-carré, les résultats montrent que l'élimination des paramètres non significatifs entre les variables de l'étude permet d'améliorer significativement les indices d'ajustement du modèle (voir Tableau 3). Ainsi, le changement du fonctionnement conjugal prédit significativement le changement de la détresse psychologique chez les hommes aînés ($\beta = -0,13, p = 0,01$) et explique 1,61 % de la variance. Chez les femmes, cette relation n'apparaît pas significative ($\beta = -0,09, p = 0,06$). Les analyses ne montrent pas de

³ La variable de perception de la santé physique au T1 n'a pu être normalisée correctement à partir des inférences statistiques normalement reconnues. Elle a donc été subdivisée en deux groupes selon la perception de la santé physique des participants soit ceux rapportant une « excellente » ou « très bonne » santé physique ($n = 212$ femmes et 237 hommes) et ceux rapportant une « bonne, moyenne ou pauvre » santé physique ($n = 160$ femmes et 135 hommes).

Tableau 1*Caractéristiques démographiques des participants au T1 (N=372 couples aînés)*

| Caractéristiques démographiques | Hommes | Femmes |
|--|---------------|--------------|
| Âge (M, ÉT) | 75,15 (5,21) | 72,32 (6,00) |
| Scolarité (%) | | |
| Primaire (0-7 années) | 18,00 | 13,70 |
| Secondaire (8-15 années) | 54,30 | 69,60 |
| Post-secondaire (16-30 années) | 27,70 | 16,70 |
| Nationalité (%) | | |
| Canadienne | 96,80 | 96,80 |
| Autres | 3,20 | 3,20 |
| Statut civil (%) ^a | | |
| Marié | 94,75 | |
| Conjoint de fait | 5,25 | |
| Nombre d'années de vie commune (M, ÉT) | 44,88 (12,00) | |
| Revenu familial (%) | | |
| Moins de 25 000 \$ | 9,25 | |
| 25 000 - 35 000 \$ | 19,90 | |
| Plus de 35 000 \$ | 61,95 | |
| <u>Non disponible</u> | <u>8,90</u> | |

^a Les résultats concernant le statut civil, le nombre d'années de vie commune et le revenu familial ont été combinés pour les hommes et les femmes puisqu'ils représentent l'unité conjugale.

Tableau 1*Données descriptives des variables au T1 et des variables de changement chez les hommes et les femmes (n = 372)*

| Variables | T1 | | Changement | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Détresse psychologique | | | | |
| Moyenne (É-T) | 9,68 (8,41) | 13,48 (11,35) | 0,77 (7,97) | 0,99 (10,51) |
| Minimum | 0 | 0 | -26,19 | -38,10 |
| Maximum | 45,24 | 61,90 | 28,57 | 38,10 |
| Fonctionnement conjugal | | | | |
| Moyenne (É-T) | 121,40 (14,74) | 117,36 (16,39) | 0,06 (10,51) | 0,20 (9,95) |
| Minimum | 57 | 30 | -36 | -27,87 |
| Maximum | 150 | 149 | 38 | 32,00 |
| Nombre de tracas quotidiens | | | | |
| Moyenne (É-T) | 5,09 (7,06) | 6,06 (7,15) | 0,06 (2,68) | 0,17 (3,12) |
| Minimum | 0 | 0 | -8 | -11 |
| Maximum | 34 | 34 | 10 | 11 |
| Nombre de maladies chroniques | | | | |
| Moyenne (É-T) | 3,21 (2,09) | 3,46 (2,18) | -0,13 (1,50) | -0,12 (1,48) |
| Minimum | 0 | 0 | -5 | -5 |
| Maximum | 10 | 12 | 5 | 4 |
| Santé perçue | | | | |
| Moyenne (É-T) | 2,26 (0,99) | 2,41 (1,03) | 0,05 (0,90) | 0,02 (0,79) |
| Minimum | 1 | 1 | -3 | -3 |
| Maximum | 5 | 5 | 3 | 3 |

Tableau 2

Qualité de l'ajustement des modèles imbriqués du Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les couples âgés (n = 372)

| | χ^2 | ddl | χ^2/ddl | AGFI | RMSEA | 90 % IC RMSEA | $ \Delta \chi^2 $ | P |
|----------------------|----------|-----|--------------|------|-------|------------------|-------------------|---------|
| <u>M₀</u> | 171,68 | 45 | 3,81 | 0,89 | 0,09 | 0,07 - 0,10 | | |
| <u>M₁</u> | 0,55 | 4 | 0,14 | 0,99 | 0,00 | 0,00 – 0,00 | 171,13** | < 0,001 |
| <u>M₂</u> | 39,80 | 34 | 1,17 | 0,97 | 0,02 | 0,00 – 0,04 | 39,25 | n.s. |

IC = Intervalle de confiance.

Note. L'indice d'ajustement AGFI mesure la proportion de variance et de covariance expliquée par le modèle ajusté en fonction du nombre de degrés de liberté. L'indice varie entre 0 et 1 où une valeur plus grande ou supérieure à 0,90 indique un bon ajustement du modèle (Bollen, 1989; Byrne, 2010). L'indice d'ajustement RMSEA indique comment le modèle est ajusté en fonction de la matrice de covariance de la population. Une valeur inférieure à 0,08 indique un ajustement satisfaisant du modèle (Bollen, 1989; Byrne, 2010).

différence significative entre les hommes et les femmes ($Z = 1,52, p = 0,13$). Le changement du nombre de tracas quotidiens survenant au cours du temps prédit significativement le changement de la détresse psychologique chez les aînés masculins ($\beta = 0,33, p < 0,001$) et féminins ($\beta = 0,21, p < 0,001$) vivant en couple et explique respectivement 10,72 % et 4,46 % de la variance. Les résultats ne révèlent pas de différences significatives entre les hommes et les femmes ($Z = 0,28, p = 0,78$). Dans l'ensemble, le modèle prédicteur des variables de changement permet d'expliquer respectivement 12,32 % et 5,31 % de la variance du changement de la détresse psychologique survenant au cours de l'étude chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple.

GROUPES DE CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Afin de décrire plus spécifiquement les facteurs associés au changement de la détresse psychologique, les effets du changement des variables à l'étude selon différents groupes de changement de la détresse psychologique (amélioration, détérioration, stabilité) sont examinés. La variable de changement de la détresse psychologique a été subdivisée en trois groupes distincts selon une variation de 0,67 É-T⁴ autour de la moyenne correspondant soit aux participants ne présentant pas de changement significatif, ceux présentant une détérioration significative et ceux présentant une amélioration significative au cours du temps. Ainsi, chez

les hommes âgés, 22,3 % (n = 83) présentent une augmentation, 60,2 % (n = 224) ne présentent aucun changement et 17,5 % (n = 65) présentent une diminution significative de la détresse psychologique au cours du temps. Chez les femmes âgées, 25,5 % (n = 95) présentent une augmentation, 53 % (n = 197) aucun changement et 21,5 % (n = 80) une diminution significative de la détresse psychologique au cours du temps.

Une analyse de variance univariée est réalisée séparément pour les hommes et les femmes. Ce type d'analyse statistique a été privilégiée puisque l'inclusion des hommes et des femmes dans une même analyse entraînait la création de petits groupes qui ne permettait pas de respecter le prérequis statistique du rapport de 10 pour 1 entre le plus petit groupe et le plus grand groupe. De plus, les corrélations des variables entre les hommes et les femmes sont suffisamment faibles pour nous permettre de recourir à une analyse de variance univariée pour chaque sexe ($r < 0,40$) ce qui laisse supposer que les résultats ne seront pas affectés par la non-indépendance des données. Néanmoins, les variables de changement des conjoint(e)s sont introduites dans chacune des analyses de variance pour chacun des sexes afin de mesurer les effets de partenaires possibles sur le changement de la détresse psychologique.

Les résultats de l'analyse de variance montrent que, chez les femmes, les variables de changement du nombre de tracas quotidiens et du fonctionnement conjugal sont significativement associées aux groupes de changement de la détresse psychologique (voir Tableau 4).

⁴ Une variation de 0,67 É-T a été privilégiée afin que les résultats reflètent des changements importants indiquant ainsi que le participant présente un changement supérieur aux trois quarts de l'échantillon. Ainsi, un changement de 0,67 É-T correspond à un changement de $\pm 5,34$ points à l'IDPESQ-14 chez les hommes âgés et de $\pm 7,04$ points chez les femmes de notre échantillon.

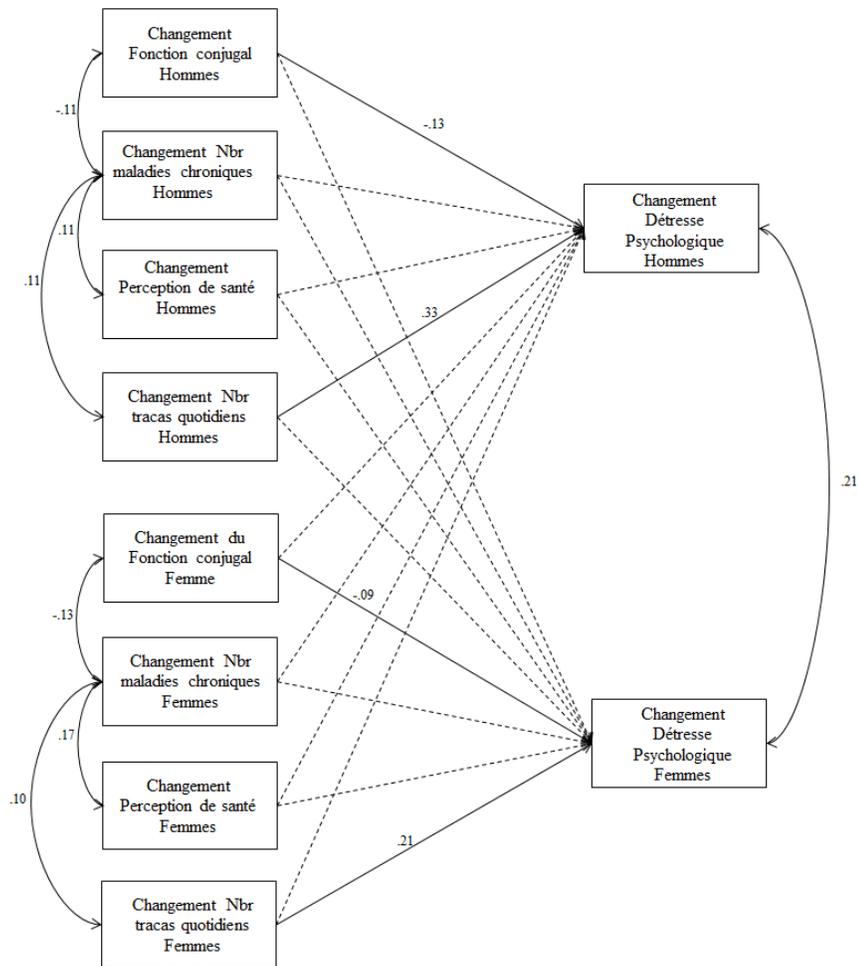


Figure 1. Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple ($N = 372$)

Ces variables permettent d'expliquer respectivement 5,9 % et 1,7 % de la variance du groupe de changement de la détresse psychologique. Aucun effet significatif n'est trouvé entre le changement de la détresse psychologique chez les conjoints et les groupes de changement de la détresse psychologique des femmes. Chez les hommes, les résultats montrent que les variables de changement du fonctionnement conjugal, du nombre de tracas quotidien, de la perception de la santé physique et du nombre de maladies chroniques sont significativement associées aux groupes de changement de la détresse psychologique (voir Tableau 5). Ces variables expliquent respectivement 1,8 %, 10,2 %, 1,7 % et 2,6 % de la variance du groupe de détresse psychologique. De plus, les analyses révèlent une association significative entre les groupes de changement de la détresse psychologique des hommes et la variable de changement du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe. Cette relation permet d'expliquer 1,6 % de la

variance du changement de la détresse psychologique des hommes âgés de l'échantillon.

Les résultats des contrastes réalisés pour expliquer les données provenant de l'ANOVA révèlent également que pour toutes les relations significatives, à l'exception de la variable de changement du nombre de maladies chroniques chez les hommes, une relation linéaire significative est trouvée. Le Tableau 6 présente les données descriptives des variables de changement selon les différents groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Ainsi, il appert qu'une diminution du fonctionnement conjugal est reliée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1;369) = 5,93; p = 0,015, \eta^2 = 2\%$] et les femmes [$F(1;369) = 6,20, p = 0,013, \eta^2 = 2\%$]. Dans le même ordre d'idées, une augmentation du nombre de tracas quotidiens au cours du temps est significativement associée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1;369) =$

39,33; $p < 0,001$, $\eta^2 = 10\%$] et les femmes [$F(1;369) = 22,36$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 6\%$]. De plus, chez les hommes uniquement, une amélioration de la perception de la santé physique est associée à une diminution de la détresse psychologique au cours du temps [$F(1;369) = 6,23$; $p = 0,013$, $\eta^2 = 2\%$]. Concernant la relation significative trouvée chez les hommes âgés entre le changement du nombre de maladies chroniques et le changement de détresse psychologique, cette relation n'apparaît pas linéaire [$F(1;369) = 2,32$; $p = 0,13$], mais quadratique [$F(1;369) = 7,43$; $p = 0,007$, $\eta^2 = 2\%$]. Les résultats montrent que les participants masculins, présentant soit une augmentation ou une diminution de la détresse psychologique, rapportent une diminution du nombre de maladies chroniques au cours du temps alors que pour ceux rapportant une stabilité du nombre de maladies

chroniques on n'observe pas de changement significatif de leur détresse psychologique. Enfin, l'effet de partenaires trouvé chez les hommes montre une relation linéaire significative où une augmentation au cours du temps du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1;369) = 4,28$, $p = 0,039$, $\eta^2 = 2\%$]. Plus spécifiquement, leurs conjointes présentent en moyenne une augmentation de 0,92 (3,60) tracas quotidien au cours du temps dans le groupe des hommes âgés présentant une augmentation de la détresse psychologique alors que les conjointes des groupes d'hommes ne présentant aucun changement ou une diminution de la détresse psychologique au cours de l'étude obtiennent respectivement un changement moyen de -0,08 (2,84) et -0,08 (3,29) sur ces variables

Tableau 3

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement de la détresse psychologique chez les femmes et leur conjoint (n = 372 couples)

| Variables de changement (résultats femmes) | Somme des carrés | df | Carrés moyens | F | p |
|---|------------------|-----|---------------|-------|---------|
| Fonctionnement conjugal | | | | | |
| Inter-groupe | 633,35 | 2 | 316,67 | 3,24 | 0,04 |
| Intra-groupe | 36115,14 | 369 | 97,87 | | |
| Nombre de tracas quotidiens | | | | | |
| Inter-groupe | 213,67 | 2 | 106,83 | 11,62 | < 0,001 |
| Intra-groupe | 3393,98 | 369 | 9,20 | | |
| Perception de santé physique | | | | | |
| Inter-groupe | 2,05 | 2 | 1,02 | 1,64 | 0,20 |
| Intra-groupe | 230,73 | 369 | 0,63 | | |
| Nombre de maladies chroniques | | | | | |
| Inter-groupe | 8,38 | 2 | 4,19 | 1,91 | 0,15 |
| Intra-groupe | 809,64 | 369 | 2,19 | | |
| Fonctionnement conjugal (conjoint) | | | | | |
| Inter-groupe | 415,85 | 2 | 207,92 | 2 | 0,14 |
| Intra-groupe | 38383,61 | 369 | 104,02 | | |
| Nombre de tracas quotidiens (conjoint) | | | | | |
| Inter-groupe | 12,1 | 2 | 6,05 | 0,84 | 0,43 |
| Intra-groupe | 2661,71 | 369 | 7,21 | | |
| Perception de santé physique (conjoint) | | | | | |
| Inter-groupe | 0,16 | 2 | 0,08 | 0,10 | 0,90 |
| Intra-groupe | 299,87 | 369 | 0,81 | | |
| Nombre de maladies chroniques (conjoint) | | | | | |
| Inter-groupe | 5,86 | 2 | 2,93 | 1,31 | 0,27 |
| Intra-groupe | 823,95 | 369 | 2,23 | | |

Tableau 4

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement psychologique chez les hommes et leur conjointe (n = 372 couples)

| Variabiles de changement (résultats hommes) | Somme des carrés | dl | Carrés moyens | F | p |
|--|------------------|-----|---------------|-------|---------|
| Fonctionnement conjugal | | | | | |
| Inter-groupe | 683,16 | 2 | 341,58 | 3,31 | 0,04 |
| Intra-groupe | 38116,29 | 369 | 103,30 | | |
| Nombre de tracas quotidiens | | | | | |
| Inter-groupe | 274,20 | 2 | 137,10 | 21,08 | < 0,001 |
| Intra-groupe | 2399,62 | 369 | 6,50 | | |
| Perception de santé physique | | | | | |
| Inter-groupe | 5,01 | 2 | 2,51 | 3,13 | 0,04 |
| Intra-groupe | 295,02 | 369 | 0,80 | | |
| Nombre de maladies chroniques | | | | | |
| Inter-groupe | 21,35 | 2 | 10,68 | 4,87 | 0,008 |
| Intra-groupe | 808,46 | 369 | 2,19 | | |
| Fonctionnement conjugal (conjointe) | | | | | |
| Inter-groupe | 41,36 | 2 | 20,68 | 0,21 | 0,81 |
| Intra-groupe | 36707,13 | 369 | 99,48 | | |
| Nombre de tracas quotidiens (conjointe) | | | | | |
| Inter-groupe | 58,78 | 2 | 29,39 | 3,06 | 0,048 |
| Intra-groupe | 3548,86 | 369 | 9,62 | | |
| Perception de santé physique (conjointe) | | | | | |
| Inter-groupe | 0,07 | 2 | 0,03 | 0,05 | 0,95 |
| Intra-groupe | 232,71 | 369 | 0,63 | | |
| Nombre de maladies chroniques (conjointe) | | | | | |
| Inter-groupe | 3,31 | 2 | 1,66 | 0,75 | 0,47 |
| Intra-groupe | 814,72 | 369 | 2,21 | | |

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les facteurs associés à l'évolution de la détresse psychologique survenant au cours du temps auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés vivant à domicile. La première partie de l'étude s'attardait à examiner les effets des variables de changement survenant au cours du temps (période de 18 mois) sur le changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Les résultats montraient que le changement du nombre de tracas quotidiens était associé positivement au changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple. Ces résultats étaient comparables à ceux obtenus dans le cadre d'études transversales et longitudinales examinant la relation entre les tracas quotidiens et la détresse psychologique (Landreville et Vézina, 1992; Lazarus et Folkman, 1984; Monroe, 1983; Serido et coll., 2004).

Les résultats montraient également que, parmi les variables de changement explorées dans le cadre de

l'étude, c'était le changement du nombre de tracas quotidiens qui constituait le facteur associé le plus important du changement de la détresse psychologique chez les deux membres du couple permettant ainsi d'expliquer une plus grande proportion de la variance du changement de la détresse psychologique. Ces résultats soulignent l'importance pour les professionnels de la santé de tenir compte du changement des tracas quotidiens chez les âgés. Néanmoins, il serait important que d'autres études puissent préciser davantage la nature du changement des tracas quotidiens. En effet, est-ce que seule l'augmentation du nombre de tracas quotidiens a une influence sur l'augmentation de la détresse psychologique ou est-ce plutôt l'incidence de certains thèmes particuliers de tracas quotidiens (p.ex., problèmes de santé, problèmes financiers) qui affecte davantage le changement de détresse psychologique ? Les résultats montraient également que chez les hommes, le changement du fonctionnement conjugal était associé négativement au changement de la détresse psychologique survenant au cours du temps.

Tableau 5

Moyenne (écart-type) des variables de changement selon les groupes de changement de détresse psychologique chez les hommes et les femmes (n = 372)

| Variables de changement | Groupe diminution significative de la détresse psychologique | | Groupe sans changement significatif de détresse psychologique | | Groupe augmentation significative de la détresse psychologique | |
|-------------------------------|--|------------------|---|------------------|--|------------------|
| | Hommes (n = 65) | Femmes (n = 80) | Hommes (n = 224) | Femmes (n = 197) | Hommes (n = 83) | Femmes (n = 95) |
| Détresse psychologique | -11,21 (3,90) | -12,79 (6,31) | 0,30 (3,00) | 0,25 (3,10) | 11,43 (4,67) | 14,13 (6,68) |
| Fonctionnement conjugal | 2,80 (10,77) | 2,45 (10,04) | -0,20 (9,93) | 0,02 (9,77) | -1,41 (10,31) | -1,33 (10,03) |
| Nombre de tracas quotidien | -1,02 (2,47) | -1,13 (3,01) | -0,19 (2,41) | 0,27 (2,81) | 1,55 (2,96) | 1,07 (3,47) |
| Perception de santé physique | -0,15 (1,11) | -0,05 (0,74) | 0,05 (0,81) | -0,01 (0,82) | 0,22 (0,92) | 0,15 (0,76) |
| Nombre de maladies chroniques | -0,62 (1,53) | -0,31 (1,45) | 0,03 (1,43) | -0,15 (1,35) | -0,18 (1,56) | 0,12 (1,74) |

Contrairement à ce qui était attendu, cette relation ne s'est pas avérée significative chez les femmes de même qu'entre les variables de changement de la santé physique (nombre de maladies chroniques et santé perçue) et le changement de la détresse psychologique chez les deux membres du couple. Bien que ces résultats fussent à l'encontre des hypothèses formulées, une piste de réflexion a été explorée. En effet, l'analyse présupposait une relation linéaire entre les variables de changement de l'étude. Or, il est possible que l'effet du changement de ces variables indépendantes soit associé au changement de la détresse psychologique dépendamment si ce dernier présentait une augmentation, une diminution ou une stabilité au cours du temps.

Ainsi, la deuxième partie de l'étude s'est attardée à examiner l'effet des variables de changement selon trois groupes de changement de la détresse psychologique. Bien que les résultats montraient en moyenne une stabilité de la détresse psychologique au cours du temps chez les participants, on a pu définir qu'une proportion non négligeable des participants a présenté une augmentation ou une diminution de leur détresse psychologique au cours des 18 mois de l'étude. En effet, près du quart des hommes et le quart des femmes présentaient une augmentation significative de leur détresse psychologique au cours de l'étude. À l'opposé, près de 20 % des femmes et des hommes aînés rapportaient une diminution significative de leur détresse psychologique.

Les résultats permettaient de voir une augmentation du nombre de tracas quotidiens en fonction des différents groupes de changement de la détresse psychologique telle que pour la première série d'analyses. Concernant le

fonctionnement conjugal, les résultats montraient qu'une augmentation du fonctionnement conjugal était associée à une diminution de la détresse psychologique, et ce, chez les deux membres du couple. Tenant compte des résultats obtenus chez les femmes, il est possible que l'association négative et linéaire entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique généralement rapportée dans les recherches (p.ex., Beach, et coll., 2003; Bookwala et Franks, 2005; Whisman et coll., 2004) se reflète chez celles-ci seulement lorsque des différences importantes sur le plan de la détresse psychologique sont observées. De plus, il est possible que la relation entre ces deux variables ne soit pas strictement linéaire et que la présence d'un point de coupure explique les différences retrouvées. Les résultats ne montrent pas de relation quadratique, mais la présence d'une relation linéaire uniquement lorsque des changements importants sont observés sur le plan de la détresse psychologique. Ces résultats peuvent laisser supposer la présence d'un autre type de relation et, tel que le soulignaient Karney et Bradbury (1997), il apparaît important que d'autres études soient réalisées afin de mieux représenter la relation entre ces deux variables. Il importe également de considérer la trajectoire normalement attendue au cours du temps du fonctionnement conjugal et de la détresse psychologique. En effet, il est généralement reconnu que le fonctionnement conjugal varie selon une trajectoire linéaire (Karney et Bradbury, 1997; Kurdek, 1998; Vaillant et Vaillant 1993) alors que les symptômes dépressifs varient davantage sous forme de cycle au cours du temps suggérant une relation plus complexe (Coyne et Benazon, 2001). Ainsi, les différentes trajectoires sur ces variables peuvent expliquer pourquoi les résultats diffèrent chez les femmes dépendamment de si l'on

examine la variable de changement de la détresse psychologique de façon continue ou selon des groupes de changement. Néanmoins, d'autres études seront nécessaires afin de clarifier ces résultats.

Concernant les variables de santé physique, les résultats montraient que, uniquement chez les hommes âgés, une amélioration de la perception de la santé physique était associée à une diminution de la détresse psychologique au cours du temps selon les groupes de changement. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études rapportant une association négative entre les deux variables (p.ex., Schneider et coll., 2004; Schulz et coll., 1994). Néanmoins, cette relation n'était pas significative lorsque la variable de changement de la détresse psychologique était prise de façon continue. Il est possible que la relation significative entre les groupes de changement de la détresse psychologique et la santé perçue suggère encore une fois la présence d'un point de coupure ou d'un autre type de relation entre les variables. D'autres études seront nécessaires afin de clarifier ces résultats. Les résultats montraient également une relation quadratique entre le nombre de maladies chroniques et les groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes âgés. Ces résultats allaient à l'encontre des résultats normalement retrouvés dans les études où on observe plutôt qu'une augmentation du nombre de maladies est associée à une augmentation de la détresse psychologique (Penninx et coll., 1996; Scott et coll., 2007). Or, les résultats de l'étude montraient que même chez les participants présentant une augmentation de la détresse psychologique, on observait une légère diminution du nombre de maladies chroniques. Il importe toutefois de souligner que les variations quant au nombre de maladies chroniques selon les groupes de changement de la détresse psychologique demeuraient de faible amplitude et pouvaient davantage refléter une limite de la variable utilisée. En effet, cette variable se base sur une mesure autorapportée des maladies chroniques et augmente le risque d'erreur lié au biais de rappel. Il serait souhaitable que d'autres études explorant les effets du changement de statut de la santé physique sur le changement de la détresse psychologique utilisent d'autres mesures de santé telle qu'une grille diagnostique complétée par des professionnels de la santé qualifiés. Il est également possible que les résultats trouvés soient influencés par les caractéristiques inhérentes de l'échantillon où les participants présentent en moyenne une très bonne perception de leur santé physique et peu de maladies chroniques. Dans un tel contexte, il est possible que leur état de la santé physique n'entraîne pas de limitations fonctionnelles significatives qui pourraient alors entraver significativement leur bien-être psychologique (Penninx et coll., 1996).

Parmi les effets de partenaires testés, seul l'effet du nombre de tracas quotidiens chez les femmes était significativement associé au groupe de changement de la détresse psychologique chez leur conjoint. Or, cette

relation n'était pas significative lorsque la variable de changement de la détresse psychologique était prise de façon continue. Ces résultats suggéraient à nouveau la présence d'un point de coupure où l'augmentation du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de la détresse psychologique lorsque des changements significatifs sont observés sur cette variable chez les hommes âgés. D'autres études seront toutefois nécessaires afin de clarifier cette relation.

Certaines limites sont à considérer dans le cadre de cette étude. Le fait de recourir à seulement deux temps de mesure limite les inférences statistiques possibles concernant l'évolution des variables. Une approche longitudinale à plusieurs temps de mesures permettrait de recourir à des analyses de modélisation hiérarchique ou de croissance latente qui décriraient mieux le lien entre les variables de changement de l'étude et permettrait ainsi de mieux comprendre les prédicteurs du changement de la détresse psychologique au cours du temps. Il importe également de mentionner que les résultats trouvés se généralisent seulement auprès de couples âgés vivant à domicile présentant des caractéristiques similaires. De plus, la mesure de la détresse psychologique utilisée constitue une mesure générale de la détresse psychologique et ne constitue pas une mesure directe de l'état de santé mentale du participant. Par ailleurs, d'autres études seront nécessaires afin de déterminer si les groupes de changements de la détresse psychologique selon une variation de 0,67 É-T au cours du temps constituent une différence cliniquement significative. Néanmoins, il s'agit de la première étude examinant le changement de la détresse psychologique réalisée auprès d'un échantillon francophone de couples âgés du Québec et les résultats indiquent des différences significatives entre les groupes renforçant ainsi la validité du point de coupure utilisé. De plus, cette étude permet de mieux comprendre les facteurs contribuant au changement de la détresse psychologique chez cette population. Enfin, cette étude souligne l'importance de considérer non seulement l'évolution du changement de la détresse psychologique au cours du temps, mais également de distinguer le sens de ce changement afin de voir si celui-ci reflète une amélioration ou une diminution de la détresse psychologique au cours du temps.

En somme, il appert qu'un nombre non négligeable d'ânés percevaient une augmentation ou une diminution significative de leur détresse psychologique au cours des 18 mois de l'étude comparativement à l'ensemble de l'échantillon. Parmi les facteurs étudiés dans le cadre de cette étude, notons que le fonctionnement conjugal et le nombre de tracas quotidiens apparaissaient jouer un rôle important dans l'évolution de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés de l'échantillon. En fonction de ces résultats, il serait pertinent que des études subséquentes s'intéressent à mesurer l'efficacité d'interventions cognitives et comportementales au niveau

conjugal, de la gestion du stress afin de voir si ces types d'interventions seraient pertinents dans le cadre de mesure préventive de la détresse psychologique chez les couples âgés vivant à domicile (Trudel, Boyer, Villeneuve, Anderson, Pilon et Bounader, 2008; Trudel, 2019).

Abstract

This study examines the associated factors in psychological distress changes over a long period of time (18 months) in regards to marital functioning, number of daily hassles and physical health among a representative sample of older couples (75,15 years for men and 72,32 years for women) living at home in Quebec (n = 372). The results show near of 25% participants had increased psychological distress during the study while 20% had a decreased of their distress. Higher daily hassles and lower marital functioning were the most associated with psychological distress changes. A general discussion of the clinical and research implications from these results is discussed.

Keywords : psychological distress, marital functioning, daily hassles, health, older couples

Références

- Almeida, D.M., Piazza, J.R., Stawski, R.S. et Klein, L.C. (2011). The speedometer of life: Stress, health and aging. In K. Warner Schaie and S.L. Willis (ed.). *Handbook of the Psychology of Aging* (p. 191-206). San Diego: Elsevier Inc.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition.
- Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18(1), 25-34.
- Beach, S.R.H., Katz, J., Kim, S. et Brody, G.H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 355-371.
- Beach, S.R.H. et O'Leary, K.D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(4), 507-528.
- Bentler, P.M. et Bonnett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-600.
- Bierman, A., Statland, D. (2010). Timing, social support, and the effects of physical limitations on psychological distress in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 631-639, doi:10.1093/geronb/gbp128.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation with latent variables*. New York, NY: John Wiley et Sons.
- Bookwala, J., Franks, M.M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: the main effects model. *The Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B, 338-341.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basics Concepts, Applications, and Programming*. New York, NY: Routledge.
- Camirand, H. et Nanhou, V. (2008, September). *La Détresse Psychologique Chez Les Québécois en 2005*. Institut de la Statistique du Québec. Zoom Santé, 1-4.
- Caron, J. et Liu, A. (2010). Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne: comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. *Maladies Chroniques au Canada*, 30, 86-97.
- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 475-496.
- Coyne, J.C. et Benazon, N.R. (2001). Not Agent Blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. Dans S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice* (pp 25-43). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B. et Greden, J.F. (1987). Living with a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347-352.
- Davila, J., Karney, B.R., Hall, T.W. et Bradbury, T.N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 557-570.
- Dehle, C. et Weiss, R. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 1002-1011.
- Dening, T.R., Chi, L.Y., Brayne, C., Huppert, F.A., Paykel, E.S. et O'Connor, D.W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Aging*, 27, 23-33.
- Doucet, C., Ladouceur, R., Freeston, M.H. et Dugas, M.J. (1998). Thèmes d'inquiétude et tendance à s'inquiéter chez les âgés. *Canadian Journal on Aging*, 17(4), 361-371.
- Ensel, W.M., Peek, M.K., Lin, N. et Lai, G. (1996). Stress in life course: A life history approach. *Journal of Aging and Health*, 8(3), 389-416.

- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T. et Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression : different causal relationship for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351-356.
- Folstein, M.F., Fostein, S.E. et McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R. et Prévaille, M. (2007). Marital relationship and psychological distress : It's correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109-126.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R. et Prévaille, M. (2009). Marital adjustment and its association with gender and marital distress in old age. Paper presented at the 19th IAGG World Congress of Gerontology, Paris.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R. et Prévaille, M. (soumis). Till depression do us part ? Examining the prospective association between depression and marital adjustment in older adults. *European Review of Applied Psychology*.
- Graham, J.M. et Conoley, C.W. (2006). The role of marital attributions in the relationship between life stressors and marital quality. *Personal Relationship*, 13(2), 231-241.
- Harper, J.M., Schaalje, B.G., Sandberg, J.G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 1-18.
- Holahan, C.K., Holahan, C.J. et Belk, S.S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology*, 3(4), 315-328.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228
- Jeon, H-S., Dunkle, R. et Roberts, B.L. (2006). Worries of the oldest-old. *Health & Social Works*, 31(4), 256-265.
- Joshi, K., Kumar, R. et Avasthi, A. (2003). Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *International Journal of Epidemiology*, 32, 978-987.
- Karney, B. et Bradbury, T.N. (1997). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. et Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two models of stress management: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A. et Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York: The Guilford Press.
- Kim, J.E. et Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subjective well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 10(3), 83-86.
- Kurdek, L.A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 494-510.
- Landreville, P. et Vezina, J. (1992). A comparison of daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal of Aging*, 11, 137-149.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 2, 124-129. Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New-York: Spring Publishing.
- Miller, B., Townsend, A. et Ishler, K. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging*, 10, 65-77.
- Min, J.W., Moon, A. et Lubben, J.E. (2005). Determinants of psychological distress over time Among older Korean immigrants and Non-Hispanic white elders: Evidence from a two-wave panel study. *Aging & Mental Health*, 9(3), 210-222.
- Monroe, S.M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 189-205.
- O'Leary, K.D., Riso, L.P. et Beach, S.R.H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy*, 21, 413-422.
- Penninx, B.W., Beekman A.T., Ormel J., Kriegsman, D.M., Boeke, A.J, van Eijk J.T., Deeg, D.J. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, 40(5), 521-534.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.
- Prévaille, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., et coll. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Prévaille, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). La Détresse Psychologique : Détermination de la Fiabilité et de la Validité de la Mesure Utilisée dans l'Enquête Santé Québec. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Prévaille, M., Vasiliadis, H-M., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J., Béland, S-G. et Scientific Committee of the ESA Study. (2009). Use of health

- services for psychological distress symptoms among community-dwelling older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement* 28 (1), 51– 61. doi:10.1017/S0714980809090011
- Proulx, C.M., Helms, H.M. et Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being : A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M. et Cartwright, F.P. (2009). Self-rated health and depressive symptoms in patients with end-stage renal disease and their spouses : A longitudinal dyadic analysis of late-life marriages. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 64B(2), 212-221.
- Randall, A.K. et Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.
- Robichaud, M., Dugas, M.J. et Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Anxiety Disorders*, 17, 501-516. doi: [10.1016/S0887-6185\(02\)00237-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00237-2)
- Sabourin, S., Bouchard, G., Wright, J., Lussier, Y. et Boucher, C. (1988). L'influence du sexe sur l'analyse factorielle de l'Échelle d'Ajustement Dyadique [The influence of sex on factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale]. *Science et Comportement*, 18, 187-201.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B. et Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 333-337. doi: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sandberg, J.C. et Harper, J.M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging and Mental Health*, 4(3), 210-222.
- Sandberg, J.C., Miller, R.B. et Harper, J.M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51(3), 256-264.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H-G. et Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schulz, R., Mittelmark, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P. et Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of Aging and Health*, 6(4), 419-447.
- Scott, K.M., et coll. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions : Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120.
- Serido, J., Almeida, D.M. et Wethington, E. (2004). Chronic stressors and daily hassles: Unique and interactive relationships with psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 17-33.
- Shields, M. et Martel, L. (2006). Des aînés en bonne santé. Rapport sur la santé. Vol. 16, supplément. Retrouvé de <http://dsp-psd.tpsqc.gc.ca/Collection/Statcan/82-003-SIF2005000.pdf>
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: news scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- St-Arnaud J., M.P. Beaudet et P. Tully. (2005). Espérance de vie, Rapports sur la santé, produit n°82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n°1, 45 à 49.
- Statistique Canada (2007). Aînés, *Annuaire du Canada*, Statistique Canada Catalogue no. 11 402-XPf, Ottawa, p.21-34.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistic*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tower, R.B. et Kasl, S.V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625-638.
- Tower, R.B. et Kasl, S.V. (1996a). Depressive symptoms across older spouses: Longitudinal influences. *Psychology and Aging*, 11, 683-697.
- Tower, R.B. et Kasl, S.V. (1996b). Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 51B(3), 115-129.
- Trudel, G. (2005). *Les dysfonctions Sexuelles : Evaluation et Traitement par des Méthodes Psychologique, Interpersonnelle et Biologique*, 2^{ième} édition. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G. (2018). *Vie de Couple, Sexualité et Bien Vieillir, Tome 1 Les Études et les Recherches sur la Vie de Couple, la Vie Sexuelle et la Vie Psychologique des Retraités et des Aînés*. Éditions Édilivre. Paris.
- Trudel, G. (2019). *Vie de Couple, Sexualité et Bien Vieillir, Tome2: Une Intervention Conjugale et Sexuelle pour Améliorer et Enrichir la Vie de Couple chez les Prêretraités, les Retraités et les Aînés*. Éditions Édilivre. Paris.
- Trudel, G., Turgeon, L. et Piché, L. (2010). Sexual and marital aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 316-341.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G. et Bounader, J. (2008). The marital life and aging well program : Effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 5-23.

- Turcotte, M. et Schellenberg, G. (2007). *A Portrait of Seniors in Canada*, produit n°89-519- XPE au Catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 321 pages.
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D.W. et O'Hara, M. (1988). Marital adjustment difficulties: cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of Science and Clinical Psychology*, 7(4), 312-318.
- Vaillant, C.O. et Vaillant, G.E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40 year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 230-239.
- Vézina, J. et Giroux, L. (1988). *L'Échelle des Embêtements: une Étude de Validation Française du "Hassles Scale" pour les Personnes Âgées*. Communication présentée au 49^e Congrès Annuel de la Société Canadienne de Psychologie.
- Villeneuve, L., Prévaille, M., Trudel, G. et Boyer, R. (2010, Décembre). *Validation Study of Dyadic Adjustment Scale Among Community-Dwelling French Elderly Couples*. Affiche présentée à l'Association Canadienne de Gérontologie, Montréal.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Prévaille, M., Boyer, R. et Bégin, J. (2014). Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18 period. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40,193-208.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Prévaille, M., Boyer, R. et Bégin, J. (2014) Enquête sur la santé des couples âgés québécois vivant à domicile/Survey on health among community-dwelling older couples living in Québec. *Revue Québécoise de Psychologie*, 35, 37-64.
- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Whisman, M.A., Uebelacker, L.A. et Weinstock, L.M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating Both Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 830-838.
- Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184-189



ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES ALIMENTAIRES SOUS L'ANGLE DE LA THÉORIE DE L'AUTODÉTERMINATION LORS D'UN TRAITEMENT INTENSIF DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : UNE ANALYSE DE COURBES DE CROISSANCE

Marilou Côté¹⁻², Mélodie Bérubé-Leblanc¹, Olivier Pelletier³,
Carole Ratté³ et Catherine Bégin¹⁻²

¹Université Laval, ²Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation (CEPIA)

³Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

La motivation est un concept central à la compréhension de la régulation du comportement humain. Les motivations sous-jacentes aux comportements alimentaires pathologiques ont maintes fois été étudiées, mais plutôt d'un point de vue statique. La présente étude vise à examiner dans quelle mesure les variables motivationnelles (selon la théorie de l'autodétermination; TAD) prédisent l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques chez des personnes ayant un trouble des conduites alimentaires (TCA) lors d'un traitement intensif. Trente-sept femmes adultes ayant un TCA ont rempli à trois reprises des questionnaires (Échelle des besoins psychologiques fondamentaux, Échelle de motivation globale, Échelle de la régulation des comportements alimentaires et *Eating Disorder Inventory*) au cours d'un traitement psychothérapeutique intensif (programme de jour) offert par le Programme d'Intervention des Troubles des Conduites Alimentaires (PITCA) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec). Les résultats révèlent que l'évolution positive des symptômes alimentaires des patientes peut être expliquée par le degré d'autodétermination de leur motivation générale et par une motivation plus intrinsèque à manger sainement. De plus, les patientes qui bénéficient le plus du traitement (diminution des symptômes alimentaires pathologiques entre le début et la fin du traitement) sont celles chez qui la motivation générale est la plus autodéterminée à chacun des temps de mesure. En somme, les résultats obtenus démontrent que les concepts de la TAD sont pertinents dans l'étude des déterminants et du traitement des TCA.

Mots clés : Troubles alimentaires; motivation; théorie de l'autodétermination; besoins psychologiques fondamentaux; comportements alimentaires pathologiques; évolution symptomatologique, anorexie, boulimie.

See end of text for English abstract.

Correspondance: Marilou Côté, Université Laval, École de psychologie, Pavillon Félix-Antoine-Savard, 2325 rue des Bibliothèques, Québec (Qué), G1V 0A6, Canada
marilou.cote@psy.ulaval.ca

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

Chez les êtres humains, la motivation se trouve au cœur de la régulation des comportements. Plus précisément, elle joue un rôle dans l'émergence d'une activité, mais aussi dans le maintien de cette dernière (Deci et Ryan, 2000). De façon générale, plusieurs auteurs se sont intéressés à la compréhension des mécanismes responsables des processus de changement, et plus spécifiquement à la motivation à s'engager dans un comportement.

La théorie de l'autodétermination (TAD) est une théorie multidimensionnelle de la motivation qui a été étudiée en lien avec de nombreux domaines de la vie. Elle a notamment été associée positivement à des comportements alimentaires sains et négativement à des comportements alimentaires malsains chez des femmes provenant d'échantillons de la population générale (principalement composés d'étudiantes universitaires; Pelletier, Dion et Lévesque, 2004; Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo et Reid, 2004). Beaucoup moins d'études ont porté sur l'examen des concepts de la TAD en lien avec les comportements alimentaires pathologiques observés chez des personnes ayant un trouble des conduites alimentaires (TCA), bien que ces

dernières semblent se distinguer des femmes de la population générale sur ces concepts (Fecteau, 2010). À notre connaissance, seules quelques études s'y sont attardées (Fecteau, 2010; Mansour et coll., 2012; Matusitz et Martin, 2013; Sheridan et McArdle, 2016). La présente étude vise à approfondir, dans une perspective longitudinale, la compréhension des liens entre le niveau d'autodétermination de la motivation et les besoins sous-jacents (autonomie, compétence et appartenance), tels que proposés par la TAD, et les comportements alimentaires pathologiques chez des femmes en traitement intensif pour un TCA.

LA THEORIE DE L'AUTODETERMINATION ET LES BESOINS PSYCHOLOGIQUES FONDAMENTAUX

La prémisse de base qui sous-tend la TAD stipule que les humains sont des êtres actifs et orientés vers l'épanouissement personnel (Deci et Ryan, 2000). Selon cette théorie, afin de s'épanouir, les individus doivent entreprendre des activités pour lesquelles leur motivation est autodéterminée, c.-à-d. en accord avec leurs valeurs et leurs croyances personnelles. La TAD définit plusieurs types de motivation selon le degré d'autodétermination qui caractérise la façon dont les individus régulent leurs comportements. Ces différents types de régulation peuvent se traduire en deux grands types de motivation qui influencent les comportements, la motivation intrinsèque, se voulant une motivation générée seulement en concordance avec les valeurs et les croyances personnelles d'une personne et, à l'opposé, la motivation extrinsèque qui est générée par des facteurs externes et qui consiste à se livrer à un comportement afin de gagner des récompenses externes ou d'éviter des punitions. Selon Deci et Ryan (2000), le degré d'autodétermination qui soutient les comportements serait dépendant de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. Ce lien entre la nécessité de satisfaire certains besoins et l'expérience d'une motivation autodéterminée a été appuyé par plusieurs études (Kruglanski et Cohen, 1974; Ryan et Deci, 2000).

Les besoins psychologiques fondamentaux sont décrits comme les nutriments psychologiques innés qui sont essentiels à l'autodétermination, la croissance psychologique et le bien-être (Deci et Ryan, 2000). La satisfaction des besoins fondamentaux aurait une influence sur le degré d'autodétermination utilisé par les individus dans leurs différents comportements. Les besoins identifiés comme étant nécessaires à l'autodétermination sont les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance (Deci et Ryan, 2000). Lorsqu'un contexte ne permet pas la satisfaction de ces besoins, Deci et Ryan (2000) postulent que les processus d'épanouissement personnel sont brimés et alors supplantés par des processus alternatifs, lesquels sont souvent défensifs et auto-protecteurs. Ces processus alternatifs auraient une utilité fonctionnelle servant à pallier des circonstances qui ne facilitent pas la satisfaction des besoins. Par exemple, une personne

pourrait se tourner vers des comportements alimentaires dysfonctionnels afin de combler certains besoins importants. En ce sens, Skårderud et Fonagy (2012) posent l'hypothèse que des difficultés de régulation des émotions vécues par les individus présentant un TCA les amènent à se sentir inadéquats, non-efficaces et peu en contrôle d'eux-mêmes. Le contrôle alimentaire sous une forme pathologique serait alors une tentative défensive de reprendre un contrôle sur soi et ses émotions, et ainsi de ressentir une certaine forme de compétence.

Donc, selon le concept des besoins fondamentaux de la TAD, l'épanouissement psychologique optimal ainsi que l'expérience du bien-être en général sont possibles si les conditions qui supportent la satisfaction des trois besoins fondamentaux sont présentes. Au contraire, lorsque certaines conditions limitent la satisfaction de ces besoins, le bien-être psychologique se dégrade.

L'AUTODETERMINATION ET LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Plusieurs études démontrent que des actions motivées intrinsèquement entraînent des effets positifs sur le sentiment de bien-être (Benware et Deci, 1984; Grolnick et Ryan, 1990; Williams et coll., 1998). Qui plus est, il est bien établi que la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, ainsi que la présence d'une motivation autodéterminée sont reliées à des effets positifs, tant sur la santé physique que mentale (Ng et coll., 2012).

Dans le but de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certaines femmes régulent de façon saine leur alimentation alors que d'autres non, Pelletier et ses collaborateurs (2004) ont exploré les liens entre la motivation et l'adoption de comportements alimentaires dysfonctionnels chez une population d'étudiantes universitaires. Les résultats révèlent que les femmes dont la régulation alimentaire n'est pas autodéterminée (p.ex., s'alimenter en réponse à une pression exercée par l'entourage ou pour répondre à des critères de beauté) ont tendance à adopter des comportements alimentaires dysfonctionnels. Ces comportements sont négativement associés à l'ajustement psychologique. À l'inverse, plus les comportements alimentaires sont régulés de façon intégrée, donc en concordance avec les valeurs et croyances intrinsèques de ces femmes, plus ces comportements sont sains et associés à un bon ajustement psychologique. Forts de ces résultats, les auteurs ont construit l'*Échelle de la régulation des comportements alimentaires* (REBS) qui permet d'identifier les différents types de régulation des comportements alimentaires en fonction du niveau d'autodétermination des femmes dans cette sphère.

Certaines études se sont intéressées à la TAD dans un contexte clinique, c.-à-d. auprès de personnes présentant un TCA, que ce soit de l'anorexie ou de la boulimie. Matusitz et Martin (2013) ont procédé à une méta-analyse portant sur la TAD et les comportements

alimentaires; ils soutiennent que les concepts de la TAD sont pertinents et applicables à l'examen des comportements alimentaires dysfonctionnels. Plus spécifiquement, ils expliquent que l'autodétermination peut agir à titre de facteur protecteur contre les pressions sociales face à la minceur, pouvant ainsi prévenir l'insatisfaction corporelle, un important facteur prédisposant aux TCA. Dans le cadre d'une étude doctorale, Fecteau (2010) a comparé l'ensemble des dimensions de la TAD dans un échantillon clinique composé de femmes ayant un TCA ainsi que dans un échantillon de femmes provenant de la population générale. Les résultats indiquent que les femmes du groupe TCA se distinguent des femmes du groupe contrôle pour l'ensemble des variables à l'étude, c.-à-d. qu'elles rapportent plus d'insatisfaction de leurs besoins fondamentaux, une motivation globale moins autodéterminée, une régulation des comportements alimentaires moins autodéterminée et davantage d'attitudes et de comportements alimentaires dysfonctionnels que le groupe contrôle.

À ce jour, somme toute assez peu d'études se sont intéressées au lien entre la qualité de la motivation et l'évolution des symptômes ciblés dans un traitement pour les TCA. De plus, les études disponibles dans le domaine se sont soit intéressées à l'effet de la motivation initiale sur le changement des symptômes alimentaires sans tenir compte de l'évolution de celle-ci dans le temps, ou encore, elles ont évalué la pertinence d'effectuer une intervention motivationnelle visant à favoriser le développement d'une plus grande motivation à changer avant d'entreprendre un traitement des TCA (pour une revue de la littérature, voir Knowles, Anokhina et Serpell, 2013). Bien que l'intervention motivationnelle auprès de personnes présentant un TCA ait suscité un grand intérêt dans les milieux cliniques, les données scientifiques ne permettent pas de conclure en la pertinence de la disséminer à grande échelle (Knowles et coll., 2013). De même, le fait d'avoir considéré la motivation comme un concept unitaire globale (p.ex., inspiré du modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente (1982)) peut aussi expliquer la présence de résultats contradictoires. Delinsky et ses collaborateurs (2011) soulèvent ainsi la pertinence de conceptualiser la motivation à changer comme un construit multidimensionnel chez la clientèle présentant un TCA. Selon eux, une telle conceptualisation, comme la TAD, permettrait d'évaluer et de travailler l'ambivalence et la réticence à s'engager dans une démarche de traitement plus efficacement.

En somme, les différentes propositions voulant que les symptômes des TCA soient mieux conceptualisés par une théorie dimensionnelle de la motivation de même que les résultats obtenus sur les liens entre l'autodétermination et les comportements alimentaires dysfonctionnels (Blow, 2014; Fecteau, 2010; Leblanc et coll., 2015; Matusitz et Martin, 2013; Pelletier, Dion,

Slovinec-D'Angelo et coll., 2004; Sheridan et McArdle, 2016) appuient la pertinence de pousser plus loin les tentatives d'associer l'insatisfaction des besoins, les types de régulation de la motivation et les comportements alimentaires des personnes ayant un TCA. Aucune étude n'a examiné comment les variables motivationnelles et les comportements alimentaires évoluent et s'influencent dans le temps. Il est pourtant possible de croire que, tout comme les symptômes alimentaires, les processus motivationnels qui soutiennent ces comportements puissent évoluer au fil du traitement. Il apparaît donc pertinent de vérifier si, selon une perspective longitudinale, les déterminants des processus motivationnels favorisent le changement des symptômes des TCA. De plus, dans le contexte où des programmes de traitement intensifs des TCA ont montré de bons résultats par le passé pour diminuer les symptômes alimentaires pathologiques (Bégin, Gagnon-Girouard, Aimé et Ratté, 2013; Gerlinghoff, Backmund et Franzen, 1998; Kong, 2005), il apparaît fort intéressant de documenter si ces changements attendus au niveau des symptômes alimentaires sont reliés aux processus motivationnels.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

La présente étude a pour objectif général de déterminer dans quelle mesure les construits de la TAD sont pertinents dans l'examen des symptômes alimentaires pathologiques, par l'entremise d'une perspective transversale et longitudinale. En ce sens, l'objectif principal est de déterminer si l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques chez des personnes présentant un TCA peut être expliquée par les construits de la TAD et ce, dans une démarche de traitement. Il est attendu qu'un niveau élevé de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux en début, au milieu et à la fin du traitement permettra d'expliquer l'évolution positive des symptômes alimentaires pathologiques. Dans un même ordre d'idées, il est également attendu qu'un niveau élevé d'autodétermination en général et d'autodétermination dans la régulation des comportements alimentaires à ces trois temps de mesure permettra d'expliquer la réduction des symptômes alimentaires pathologiques entre le début et la fin du traitement.

Méthode

PARTICIPANTS

Parmi les 41 femmes inscrites au programme de jour du Programme d'Intervention des Troubles des Conduites Alimentaires (PITCA) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), 37 ont accepté de participer à l'étude lors de la première rencontre et ont rempli les questionnaires du premier temps de mesure (prétraitement). Trois participantes se sont jointes dans les deux premières semaines et quatre ont abandonné la démarche avant la moitié du traitement, menant l'échantillon à 36 participantes au deuxième

temps de mesure (à la moitié du traitement). Finalement, six femmes ont quitté le groupe avant la fin du traitement, résultant en un échantillon final de 30 participantes ayant complété le dernier temps de mesure. Les femmes étaient âgées entre 18 et 60 ans ($M = 29.0 \pm 1.8$), ont reçu un diagnostic de TCA¹ (anorexie, boulimie ou TCA non-spécifié de type anorexique ou boulimique) selon les critères du DSM-5, et ont participé à un programme de jour intensif de huit semaines. Parmi l'échantillon, 70% des participantes étaient célibataires, 22% en couple et 8% étaient « séparées ou divorcées ». Toutes les participantes étaient de nationalité québécoise. Au niveau de la scolarité complétée, 70% avaient reçu un diplôme d'études collégiales (DEC ou technique), 27% un diplôme universitaire et 3% n'avaient pas complété d'études secondaires. Quarante-trois pour cent des participantes avaient pour occupation principale un emploi à temps plein, 32% étaient étudiantes à temps plein et 25% étaient sans emploi ou en arrêt de travail. Pour ce qui est de l'indice de masse corporelle (IMC), 51% des participantes présentaient un IMC inférieur à 20 kg/m² et 49% un IMC entre 20 et 25 kg/m². Afin de s'assurer que les problématiques observées au plan alimentaire ne découlaient pas d'un autre trouble de santé mentale, les participantes ne devaient pas présenter un trouble psychotique actuel ou passé, ni avoir un diagnostic primaire actuel d'abus de substance, d'épisode de dépression majeure ou d'accès hyperphagique.

PROCEDURE

Afin de déterminer leur admissibilité à recevoir le traitement (programme de jour) et à participer à l'étude, les participantes ont été rencontrées par un psychiatre ou un psychologue afin de déterminer la présence d'un diagnostic d'anorexie, de boulimie, de troubles alimentaire non-spécifié, ou de tout autre trouble de santé mentale menant à l'exclusion de l'étude. Les questionnaires de l'étude ont été remplis à trois reprises pendant la durée du traitement, soit à la première rencontre (première semaine), à la moitié du programme (quatrième semaine) et à la fin du programme (huitième semaine). Afin de limiter les sources de biais, les participantes ont été avisées que leur participation à l'étude n'avait aucun impact sur leur démarche de traitement.

Description de l'intervention. Les données de la présente étude ont été recueillies dans le contexte d'un traitement intensif de type programme de jour de huit semaines offert par le PITCA du CHU de Québec. Ce programme suprarégional de troisième ligne offre des services transdisciplinaires (psychiatres, psychologues, nutritionnistes, infirmières, ergothérapeutes et travailleuses sociales) à une clientèle adulte présentant des troubles alimentaires (anorexie, boulimie et TCA

non-spécifiés). Le programme de jour est un traitement psychothérapeutique appuyé sur les données probantes, qui consiste principalement en un suivi de groupe d'une durée totale de huit semaines à raison de quatre jours par semaine, adjoint à une rencontre psychothérapeutique individuelle d'une heure à chaque semaine pendant la durée du programme. L'objectif principal est de permettre aux participantes d'obtenir des informations psychoéducatives concernant les troubles alimentaires et leur fonctionnement, des informations nutritionnelles, ainsi que des outils thérapeutiques issus de l'approche cognitive-comportementale de première et deuxième vague (dont l'exposition à la nourriture et l'exposition à d'autres situations anxiogènes liées ou non au TCA), ainsi que des outils issus de l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2006). Le programme vise la réduction des symptômes pathologiques reliés aux TCA et la normalisation du poids et des repas. Le programme vise également une diminution de l'utilisation de comportements compensatoires (vomissements, prise de laxatifs, exercice excessif, etc.), l'augmentation de la motivation à changer, une meilleure identification et gestion des émotions, l'augmentation de l'estime personnelle, l'affirmation de soi, l'augmentation des habiletés à cuisiner, etc.

Ce type d'intervention a été choisi en raison des résultats empiriques démontrant son efficacité à réduire significativement les symptômes pathologiques (Gerlinghoff et coll., 1998; Goldstein et coll., 2011; Kong, 2005). L'efficacité du programme de jour du PITCA à réduire les symptômes alimentaires pathologiques chez des patientes aux prises avec un TCA a d'ailleurs antérieurement été démontrée (Bégin et coll., 2013). Qui plus est, dans ce type de programme, toutes les patientes reçoivent le même traitement puisque les interventions en groupe sont favorisées. Ainsi, on peut s'attendre à ce que les participantes reçoivent un traitement homogène menant à un changement positif significatif.

MESURES

Informations sociodémographiques. L'âge, l'occupation, le niveau de scolarité, le statut conjugal, le lieu de naissance et l'indice de masse corporelle ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire maison.

Satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. L'échelle des besoins psychologiques fondamentaux (SBG; Deci et Ryan, 2000) permet d'évaluer la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, le sentiment de compétence et le sentiment d'appartenance. Les 21 items sont mesurés sur une échelle de type Likert allant de 1 « pas du tout vrai » à 7 « très vrai ». Cet outil possède une bonne cohérence interne pour les trois sous-échelles combinées (Gagné, 2003); un coefficient alpha de .80 est obtenu dans la présente étude.

¹ L'échantillon n'inclut pas de personnes ayant un trouble d'accès hyperphagique, car le PITCA du CHU de Québec n'offre pas de services à cette clientèle.

Motivation globale. L'échelle de motivation globale (EMG) permet d'évaluer le degré d'autodétermination de la motivation générale (Guay, Mageau et Vallerand, 2003). Les 28 items mesurés sur une échelle de type Likert allant de 1 « ne correspond pas du tout » à 7 « correspond exactement » permettent d'évaluer les quatre sous-échelles, soit la motivation intrinsèque, la régulation identifiée, introjectée et externe, ainsi que l'amotivation. Un score global d'autodétermination est calculé en pondérant les scores à chacune des échelles (Vallerand, 1997). Pour ce faire, le score moyen des participantes à chacune des sous-échelles est multiplié par le poids assigné à chaque sous-échelle sur le continuum de l'autodétermination (Guay et coll., 2003). L'échelle globale correspondant à un score pondéré, la fiabilité ne peut donc pas être démontrée par le calcul d'un alpha de Cronbach. Cependant, elle est corroborée par les coefficients de corrélation obtenus entre les sous-échelles et l'échelle globale, ceux-ci étant tous supérieurs à .45.

Motivation à réguler son comportement alimentaire. La *Regulation of Eating Behavior Scale* (REBS) (Pelletier et coll., 2004) permet d'évaluer les raisons pour lesquelles les femmes régulent leurs comportements alimentaires. Ses 48 items permettent d'estimer la motivation intrinsèque, la motivation intégrée, la motivation identifiée, la motivation introjectée, la motivation externe et l'amotivation pour ce qui est de la régulation des comportements alimentaires. Ils sont présentés de façon aléatoire et sont mesurés à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 « ne correspond pas du tout » à 7 « correspond exactement », en réponse à la question de base « Pourquoi régulez-vous vos comportements alimentaires ? ». Selon le niveau d'autodétermination, un poids différent est associé à chaque sous-échelle. L'indice global d'autodétermination s'obtient en multipliant le score aux sous-échelles par leur poids respectif et d'additionner les produits (voir Vallerand (1997) pour l'équation). Cet outil possède de bonnes qualités psychométriques (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo et Reid, 2004). Le score pondéré représentant l'échelle globale ne permettant pas le calcul d'un alpha de Cronbach pour en démontrer la fiabilité, des coefficients de corrélation ont été calculés. Les corrélations entre les sous-échelles et l'échelle globale sont satisfaisantes, celles-ci étant supérieures à .45.

Attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels. Le *Eating Disorder Inventory-1* (EDI-1 ; Garner, Olmstead et Polivy, 1983) est utilisé dans le but de mesurer les attitudes et comportements alimentaires pathologiques. L'échelle est constituée de 64 items auto-rapportés répartis en huit sous-échelles dont trois mesurent des comportements et cinq des attitudes. Dans le cadre de la présente étude, seules les sous-échelles mesurant les comportements alimentaires (recherche de la minceur, boulimie et insatisfaction corporelle) ont été utilisées. Les items sont présentés sur

une échelle de type Likert allant de 1 « toujours » à 6 « jamais ». Un score plus élevé reflète des comportements alimentaires sains, tandis qu'un score plus faible reflète des comportements alimentaires pathologiques. Pour la présente étude, un alpha de Cronbach de .86 est obtenu pour l'ensemble du questionnaire.

ANALYSES STATISTIQUES

Le logiciel SPSS (version 24.0) ainsi que le logiciel MPlus (version 7) ont été utilisés afin de réaliser les analyses statistiques. D'abord, des analyses de corrélations ont été effectuées afin d'explorer les associations entre les différentes variables à l'étude au temps de mesure initial (prétraitement). Ensuite, pour vérifier si des changements significatifs apparaissent entre le début et la fin du traitement en ce qui a trait aux symptômes alimentaires pathologiques et aux construits de la TAD, des analyses de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées ont été réalisées. En ce qui concerne l'objectif principal de l'étude, soit de déterminer quels sont les construits de la TAD (le niveau de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux et le niveau d'autodétermination de la motivation et le niveau d'autodétermination de la motivation à manger sainement) qui permettent d'expliquer l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques, des modèles de courbes de croissance ont été effectués.

Modèles de courbes de croissance. Les modèles de courbes de croissance permettent l'estimation de la variabilité interindividuelle dans un patron de changement intra-individuel. En d'autres mots, ils tentent d'estimer les différences (variances) entre les participants en prenant en considération que chacun évolue de façon différente (Curran, Obeidat et Losardo, 2010). Ainsi, ce type de modèles permet d'analyser les données relatives à la trajectoire de changement ainsi qu'à poser des hypothèses afin d'expliquer les différences individuelles en fonction de covariables. Ces covariables permettent de prédire l'évolution tout en contrôlant pour l'influence des facteurs de croissance non-visibles (Burant, 2016). Contrairement aux analyses de variances où on s'intéresse aux changements significatifs des moyennes dans le temps, ce sont les corrélations entre la variable prédictrice et la variable dépendante aux différents temps de mesure qui sont utilisées afin de calculer les coefficients du modèle. Ainsi, les variables prédictrices ne sont pas tenues obligatoirement d'évoluer significativement dans le temps pour que l'on retrouve une relation intéressante et significative. Les modèles de courbes de croissance ont aussi comme avantage d'être ajustés pour les erreurs de mesures et ils permettent également d'inclure les données manquantes en ayant recours à des techniques de calcul du maximum de vraisemblance à information complète (*Full Information Maximum Likelihood*).

Dans la présente étude, ce type d'analyse a été effectué afin de permettre d'établir la trajectoire de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques tout en déterminant quels sont les construits de la TAD qui permettent de mieux expliquer cette évolution. Premièrement, un modèle de base, dit inconditionnel (sans l'ajout de covariables) a été testé afin de vérifier le degré d'ajustement du modèle aux données. Ensuite, d'autres modèles ont été testés pour chacune des covariables pour vérifier l'implication des construits de la TAD indépendamment. Ces modèles ont été comparés afin d'identifier ceux qui permettent le mieux d'expliquer l'évolution des symptômes alimentaires entre le début et la fin du traitement. Afin de pouvoir effectuer les comparaisons, deux variables latentes ont été créées. La première est l'ordonnée à l'origine (intercept) qui représente le score de départ moyen des symptômes alimentaires aux trois temps de mesure. Cette variable a été fixée à 1.0 pour chacun des temps de mesure afin de représenter le niveau initial de symptômes alimentaires pathologiques au début du programme. La deuxième variable latente créée est la pente, qui correspond à la trajectoire de changement des symptômes alimentaires. Elle permet de modéliser le changement en étant fixée à « 1 », « 2 » et « 3 », ce qui correspond aux trois temps de mesure. La moyenne, la variance ainsi que le niveau de signification de ces deux mesures ont été calculés. Par ailleurs, afin de pallier la petite taille de l'échantillon de la présente étude, des contraintes ont été ajoutées aux modèles de façon à réduire le nombre de paramètres à estimer pour ainsi augmenter la puissance à détecter un effet significatif. Plus précisément, afin de rendre les modèles plus parcimonieux, les covariances des covariables prédictrices ont été établies comme fixes pour ce qui est de l'ordonnée à l'origine et de la pente et n'ont donc pas été estimées par le modèle. De plus, comme la méthode d'estimation utilisée est robuste (MLR), une correction a dû être effectuée afin de pouvoir comparer les modèles entre eux. Celle-ci a été faite en utilisant la méthode du logarithme de vraisemblance (*log likelihood*).

Afin d'évaluer l'ajustement des modèles, le chi-carré, le *Comparative Fit Index* (CFI), le *Tucker Lewis Index* (TLI), et le *Root Mean Square error of Approximation* (RMSEA) ont été utilisés. Un petit chi-

carré est préférable (Burant, 2016). Les seuils recommandés pour un ajustement adéquat du modèle sont de $>.95$ pour le CFI et le TLI et de $<.06$ pour le RMSEA (Hu et Bentler, 1999). Pour la présente étude, seuls les modèles faisant état d'un bon ajustement et ne pouvant pas être ignorés dans l'explication de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques seront présentés.

Résultats

EXPLORATION DES ASSOCIATIONS ET EFFET DU TRAITEMENT

Comme de fortes associations ($p < .01$) sont retrouvées entre les sous-échelles et les scores totaux des différentes mesures, seuls les scores totaux ont été utilisés pour les analyses. Les corrélations entre les différentes variables à l'étude au premier temps de mesure (prétraitement) confirment la présence d'associations significatives entre les construits de la TAD, de même qu'entre les construits de la TAD et les symptômes alimentaires (Tableau 1).

Les résultats des analyses de variance multivariées (MANOVA) à mesures répétées ainsi que les moyennes et les écarts-types sont présentés dans le Tableau 2. Les MANOVA ont permis de montrer que des changements significatifs étaient présents entre le début et la fin du traitement pour la majorité des variables; une forte taille d'effet est observée pour les changements au niveau des symptômes alimentaires, de la motivation globale et de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux.

ÉVOLUTION DES SYMPTOMES ALIMENTAIRES PATHOLOGIQUES AU COURS DU TRAITEMENT.

Les résultats obtenus dans le modèle de croissance modélisant l'évolution des symptômes alimentaires (EDI) sans l'ajout de covariables prédictrices suggèrent un bon ajustement du modèle (Figure 1). La statistique générale de l'ajustement du modèle est $\chi^2(3, N = 37) = 74.73, p < .001$. Les indices d'ajustement sont satisfaisants : le RMSEA obtenu est de .000 (I.C. 90% = .000 - .211), le CFI = 1.000 et le TLI = 1.021. Les résultats confirment que les symptômes alimentaires pathologiques tendent à décliner significativement avec le temps ($M = 9.56, p < .001$).

Tableau 1

Corrélations entre les variables à l'étude au premier temps de mesure (prétraitement).

| | EDI | SBG | EMG | REBS |
|------|-------|-------|------|------|
| EDI | - | | | |
| SBG | .52** | - | | |
| EMG | .44** | .76** | - | |
| REBS | .38* | .52* | .41* | - |

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

Note 1 : EDI = *Eating Disorder Inventory* ; SBG = Satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux ; EMG = Échelle de Motivation Globale ; REBS = *Regulation of Eating Behavior Scale*.

Note 2 : Un score élevé à l'EDI reflète des comportements alimentaires sains et un score plus faible des comportements pathologiques.

Tableau 2

Analyses de variance multivariées à mesures répétées, moyennes, écarts-types et tailles d'effet.

| Variables | Moyennes et Écart-types | | | MANOVAs entre le début et la fin du traitement | Tailles d'effet (d) |
|-----------|-------------------------|---------------|----------------|--|---------------------|
| | T1 | T2 | T3 | | |
| EDI | 64.93 ± 23.24 | 75.63 ± 21.57 | 85.37 ± 23.18 | $F(2, 25) = 13.94, p = .000^*$ | .88 |
| SBG | 93.48 ± 16.47 | 99.19 ± 17.23 | 104.07 ± 16.61 | $F(2, 25) = 8.33, p = .002^*$ | .64 |
| EMG | 1.31 ± 5.06 | 2.34 ± 4.90 | 5.55 ± 5.60 | $F(2, 24) = 9.80, p = .001^*$ | .80 |
| REBS | 15.46 ± 9.32 | 13.81 ± 9.72 | 15.21 ± 12.19 | $F(2, 25) = 0.74, p = .486$ | - |

* $p < .01$

Note : EDI = Eating Disorder Inventory ; SBG = Satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux ; EMG = Échelle de Motivation Globale ; REBS = Regulation of Eating Behavior Scale.

La variance de la pente est également significative ($V = 63.71, p < .01$), ce qui signifie que les symptômes alimentaires pathologiques de chacune des participantes n'évoluent pas de façon homogène. Le modèle nous indique aussi que le score initial moyen des symptômes alimentaires ($M = 64.73, p < .001$) n'est pas homogène entre les participantes ($V = 556.51, p < .001$). La corrélation négative significative entre le niveau initial de symptômes et la pente de l'évolution de ceux-ci démontre que les participantes dont l'intensité des symptômes est plus élevée en début de traitement (qui ont donc un score moins élevé au questionnaire sur les comportements alimentaires ; EDI) ont une amélioration plus importante de leurs symptômes que celles dont le niveau initial des symptômes est plus faible ($r = -.30, p < .01$).

ÉVOLUTION DES SYMPTOMES ALIMENTAIRES PATHOLOGIQUES SELON LE NIVEAU D'AUTODETERMINATION DE LA MOTIVATION GÉNÉRALE

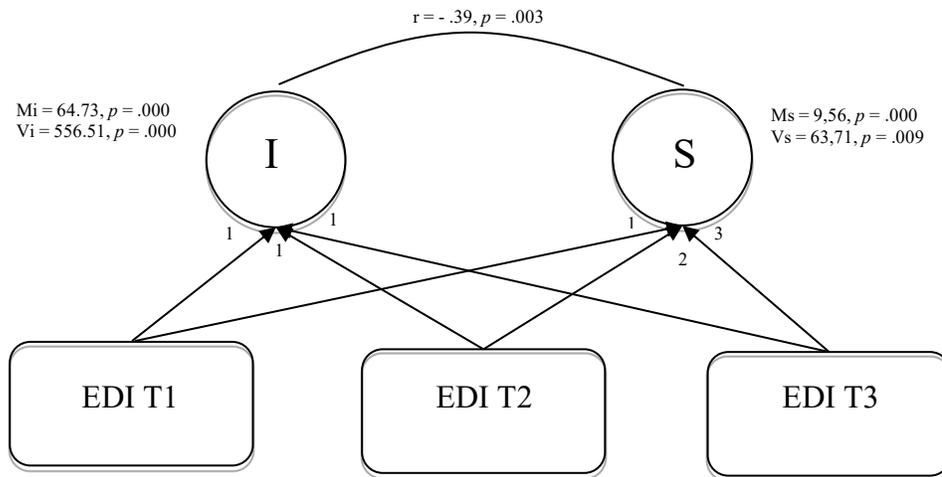
Le modèle de croissance de l'EDI calculé avec l'EMG totale comme covariable prédictrice démontre l'effet de l'autodétermination de la motivation générale dans l'explication de l'évolution des symptômes alimentaires (Figure 2). Les résultats indiquent un bon ajustement du modèle; la statistique générale de cet ajustement est $\chi^2(12, N = 37) = 83.03, p < .001$. Le RMSEA obtenu est de .000 (I.C. 90% = .000-.116), le **CFI = 1.000 et le TLI = 1.092**. Les résultats montrent que pour chacun des temps de mesure, les participantes

qui démontrent davantage d'autodétermination dans leur motivation générale sont celles dont les symptômes alimentaires pathologiques diminuent le plus entre le début et la fin du traitement.

ÉVOLUTION DES SYMPTOMES ALIMENTAIRES PATHOLOGIQUES SELON LE NIVEAU D'AUTODETERMINATION DE LA REGULATION DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Les résultats montrent un bon ajustement du modèle ; la statistique générale de cet ajustement est $\chi^2(12, N = 37) = 88.03, p < .001$. Le RMSEA obtenu est de .000 (I.C. 90% = .000-.178), le **CFI = 1.000 et le TLI = 1.029**. À l'instar du modèle précédent, les résultats montrent que le niveau d'autodétermination de la motivation à réguler ses comportements alimentaires contribue à l'explication de l'évolution des symptômes alimentaires (Figure 3). Ainsi, les participantes qui démontrent davantage d'autodétermination dans la régulation de leurs comportements alimentaires tout au long du traitement sont celles dont l'évolution positive des symptômes alimentaires est la plus marquée entre le début et la fin du traitement.

Pour ce qui est des modèles de croissance calculés avec la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, les résultats ne permettent pas de conclure qu'un effet prédictif significatif soit présent ($ps > .05$).



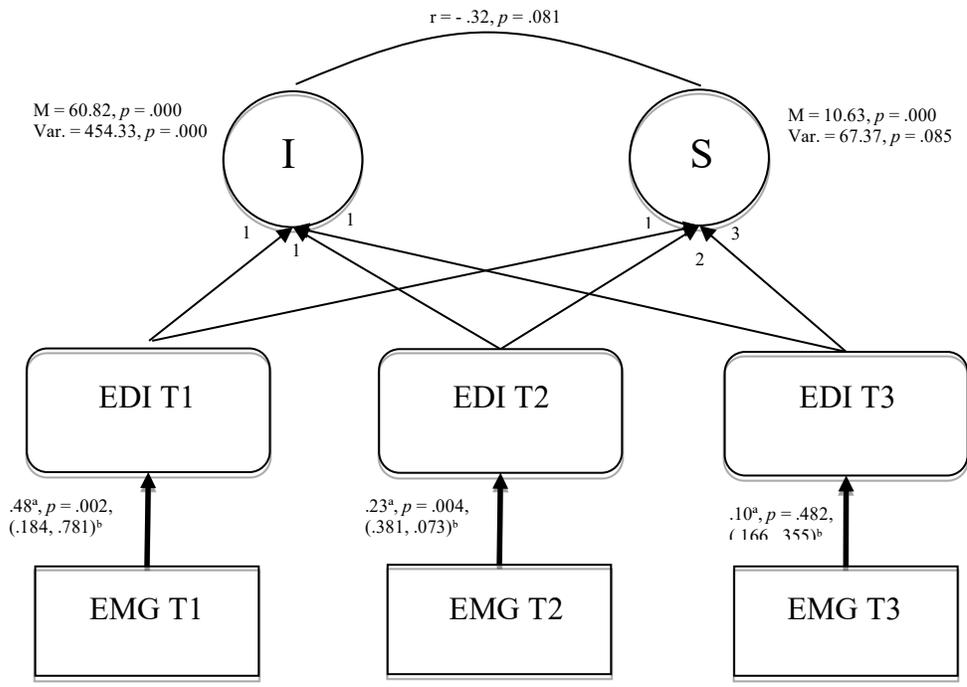
Notes. I = intercept (ordonnée à l'origine), S = slope (pente), Mi = moyenne à l'intercept, Ms = moyenne à la pente, Vi = Variance à l'intercept, Vs = Variance à la pente, EDI = *Eating Disorder Inventory*

Figure 1. *Modèle de croissance de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques selon les données obtenues à l'Eating Disorder Inventory (EDI).*

Discussion

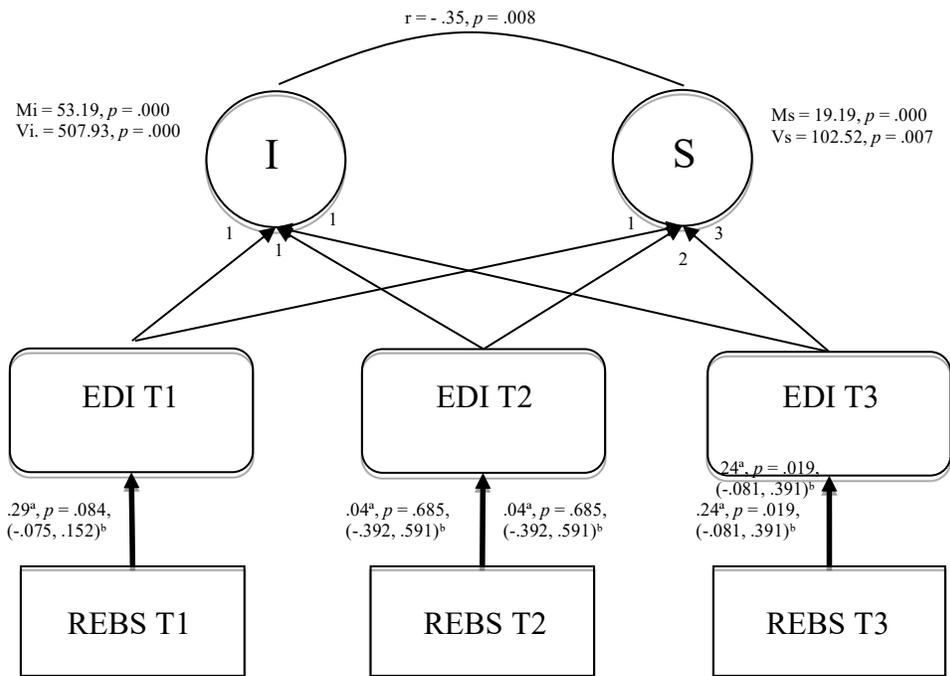
Jusqu'à maintenant, un manque de consensus émerge des études effectuées sur la motivation et les symptômes alimentaires pathologiques. Cela peut s'expliquer par la façon unitaire et statique dont la motivation a été conceptualisée et étudiée. Afin de contribuer à une meilleure compréhension de l'implication de la motivation dans le traitement des TCA, le but de la présente étude était de vérifier si les degrés d'autodétermination (motivation générale et à réguler les comportements alimentaires) et de satisfaction des besoins pouvaient être reliés à l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques chez une clientèle ayant un TCA en cours de traitement. Plus précisément, il était attendu que les femmes dont le degré d'autodétermination de la motivation et le degré de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux étaient les plus élevés aux trois temps de mesure présenteraient une diminution plus importante des symptômes alimentaires pathologiques. Les résultats confirment en grande partie les hypothèses proposées, particulièrement en ce qui a trait à la motivation générale et la motivation plus spécifique à réguler ses comportements alimentaires. Il importe d'abord de nommer que, d'un point de vue transversal, les résultats

des corrélations prétraitement permettent d'appuyer la pertinence d'utiliser la TAD dans l'étude des comportements alimentaires pathologiques. D'abord, conformément aux prémisses de base de la théorie décrite par Deci et Ryan (1985), la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance des patientes de cette étude est fortement et positivement associée à l'adoption de comportements motivés de façon intrinsèque, autodéterminée. De plus, les corrélations prétraitement montrent que plus les besoins psychologiques des patientes étaient satisfaits, moins elles présentaient de symptômes alimentaires pathologiques. Ces résultats transversaux corroborent ceux obtenus par l'équipe de Pelletier (2004) auprès d'une population étudiante et permettent d'étendre les connaissances auprès d'un échantillon clinique. Ils soulèvent également l'intérêt d'explorer l'implication de ces variables motivationnelles dans l'évolution des symptômes alimentaires des personnes présentant un TCA et ce, dans une perspective longitudinale, répondant ainsi à un besoin important dans la littérature précédemment souligné par plusieurs auteurs (Fecteau, 2010; Sheridan et McArdle, 2016).



Notes. I = intercept (ordonnée à l'origine), S = slope (pente), Mi = moyenne à l'intercept, Ms = moyenne à la pente, Vi = Variance à l'intercept, Vs = Variance à la pente, ^a = Taille effet^b = Intervalle de confiance à 95%, EDI = *Eating Disorder Inventory*, EMG = *Échelle de Motivation Globale*.

Figure 2. Modèle de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques selon l'EMG.



Notes. I = intercept (ordonnée à l'origine), S = slope (pente), Mi = moyenne à l'intercept, Ms = moyenne à la pente, Vi = Variance à l'intercept, Vs = Variance à la pente, ^a = Taille effet^b = Intervalle de confiance à 95%, EDI = *Eating Disorder Inventory*, REBS = *Regulation of Eating Behavior Scale*.

Figure 3. Modèle de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques selon le REBS.

Les analyses de courbes de croissance, quant à elles, ont permis de montrer que le niveau général d'autodétermination des patientes tout au long du traitement est un prédicteur de l'amélioration des symptômes alimentaires pathologiques. Cela signifie que l'amélioration des symptômes alimentaires des patientes ayant un TCA au cours d'un traitement appert en partie expliquée par le niveau d'autodétermination de leur motivation et ce, aux trois temps de mesure évalués. Ces résultats appuient l'idée d'un lien entre la qualité de la motivation et le changement observé dans un traitement, comme cela a été avancé par certains auteurs (Delinsky et coll., 2011; Sheridan et McArdle, 2016; Waller, 2012). Plus encore, la présente étude démontre que le niveau d'autodétermination de la motivation augmente significativement entre le début et la fin du traitement, ce qui implique que la qualité de la motivation des patientes n'est pas statique; elle augmente en cours de traitement. On peut donc penser que l'augmentation de l'autodétermination pendant le traitement contribue à une évolution positive et significative des symptômes alimentaires pathologiques. Cela démontre l'importance de s'intéresser aux potentiels déficits motivationnels sous-jacents aux TCA lors d'une démarche de traitement.

De façon plus spécifique, nos résultats permettent d'observer un lien entre l'autodétermination dans la régulation des comportements alimentaires et la réduction des symptômes alimentaires pathologiques. Bien que l'on ne puisse pas voir d'augmentation significative en ce qui a trait à l'autodétermination à manger sainement à travers les temps de mesure, cette variable est tout de même impliquée dans l'explication de l'évolution positive des symptômes alimentaires pathologiques. Cela démontre que l'évolution positive des symptômes des patientes peut être expliquée par une motivation plus intrinsèque à manger sainement. Ainsi, les participantes vivant moins de pression externe dans la régulation de leurs comportements alimentaires (p.ex., faire des choix alimentaires dans l'optique de perdre du poids ou de ne pas en prendre) sont celles qui voient leurs comportements alimentaires s'améliorer le plus positivement.

Notre hypothèse selon laquelle une meilleure satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux soit prédictive d'une diminution dans le temps des comportements alimentaires pathologiques n'a pu être confirmée par les analyses de courbes de croissance. En effet, bien que les besoins fondamentaux et les symptômes alimentaires évoluent tout deux positivement pendant le traitement, l'évolution des symptômes ne semble pas pouvoir être expliquée par la satisfaction des besoins fondamentaux selon les analyses de courbes de croissance. Ainsi, nos résultats ne permettent pas de documenter de façon claire les mécanismes de compensation du TCA postulés par Skårderud et Fonagy (2012), considérant que l'amélioration des besoins fondamentaux ne mène pas directement à une

amélioration des symptômes alimentaires. L'hypothèse la plus plausible est que, bien que la satisfaction des besoins psychologiques est nécessaire à l'expérience de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2007), le fait qu'il soit difficile de la lier au changement dans les symptômes alimentaires peut signifier que ces deux concepts soient trop distaux l'un de l'autre, et qu'ils sont possiblement liés par une ou plusieurs variables médiatrices. En effet, il est possible de croire que les besoins psychologiques fondamentaux s'avèrent un concept plus global qui serait indirectement lié aux comportements alimentaires. Ainsi, même si la satisfaction des besoins ne joue pas un rôle direct/proximal dans l'évolution des symptômes alimentaires, elle pourrait avoir un rôle indirect par l'entremise de la motivation générale ou de la motivation spécifique à manger sainement. Le rôle de la satisfaction des besoins dans l'évolution des symptômes alimentaires pourrait ainsi passer par les types de motivation, ces variables pouvant, quant à elles, être plus directement liées au changement dans les comportements alimentaires. À ce titre, une récente étude menée auprès de femmes de la population générale appuie cette hypothèse, montrant que la relation entre la satisfaction des besoins psychologiques et la qualité de vie est significativement médiée par la motivation générale, la motivation à réguler les comportements alimentaires et par les comportements alimentaires problématiques (Bégin et coll., 2018). Il serait fort intéressant de reproduire ces analyses de médiation auprès d'un échantillon clinique afin de vérifier notre hypothèse.

L'apport théorique des résultats de la présente étude sont intéressants, car ils corroborent les propositions faites dans la littérature voulant que les construits de la TAD puissent être pertinents dans l'étude de la motivation chez une clientèle présentant un TCA, mais spécialement puisqu'ils permettent d'extrapoler ces liens selon une perspective longitudinale. En effet, forte de l'utilisation des analyses de courbes de croissance, la présente étude innove en raffinant la compréhension actuelle de l'évolution des symptômes alimentaires pathologiques dans le cadre d'un traitement pour TCA à la lumière des construits de la TAD. Cet apport théorique revêt une importance particulière considérant son application clinique. En effet, par le biais du programme administré dans la présente étude, non seulement les patientes ont vu leurs symptômes alimentaires diminuer, mais elles ont également vu leur motivation générale devenir plus autodéterminée et leurs besoins psychologiques fondamentaux plus satisfaits. L'ensemble de ces changements a été observé dans le cadre d'un traitement intensif de type programme de jour qui allie deux composantes principales, soit des interventions de type cognitif-comportemental et de type motivationnel. Il est fort probable que le fait que l'approche motivationnelle fasse partie intégrante du traitement ait contribué aux résultats observés. En effet, il est possible de croire que les intervenants ainsi que les activités thérapeutiques du programme aient eu un impact

notamment sur le niveau de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux des patientes. Par exemple, la satisfaction du besoin de compétence a pu être favorisée par les interventions amenant les patientes à reconsidérer leurs choix de vie et leurs priorités en abordant, par le fait même, leurs choix correspondant aux comportements pathologiques associés aux TCA. De cette façon, le sentiment qu'elles possèdent personnellement les capacités et les ressources pour faire face aux problèmes qu'elles rencontrent a pu être stimulé. Également, le besoin d'autonomie a pu être favorisé notamment par le développement de compétences culinaires lors d'ateliers, et le besoin d'appartenance favorisé par les interventions en modalité de groupe qui permettent le développement de relations interpersonnelles entre les participantes et les intervenants. Dans de futures études, il pourrait être intéressant d'examiner dans quelle mesure les différentes approches thérapeutiques contribuent à favoriser la satisfaction des besoins fondamentaux et une motivation intrinsèque qui soutiennent le rétablissement des personnes ayant un TCA.

Néanmoins, il importe de nommer les limites qui incombent à la présente étude. D'une part, la petite taille de l'échantillon limite la possibilité d'examiner des modèles plus complexes, p.ex., de vérifier le rôle médiateur de la motivation entre la satisfaction des besoins fondamentaux et la sévérité des symptômes. De même, considérant la faible taille de l'échantillon, il n'a pas été possible de s'intéresser à des sous-groupes diagnostiques (anorexie versus boulimie). Il serait intéressant de vérifier dans de futures études si les concepts de la TAD prédisent l'amélioration des symptômes dans une même mesure pour les personnes présentant de l'anorexie, de la boulimie et un TCA non-spécifié. D'autre part, l'échantillon n'incluait pas de personnes présentant un trouble d'accès hyperphagique, ce qui ne permet pas d'étendre nos résultats à l'ensemble de la population clinique ayant un TCA. Cette limite est due au fait que le programme de jour faisant l'objet de la présente étude n'est pas offert aux personnes hyperphagiques. Ainsi, de futures études sont nécessaires pour vérifier l'applicabilité des construits de la TAD à l'évolution des symptômes de l'accès hyperphagique en cours de traitement. Une autre limite concerne l'homogénéité sociodémographique de l'échantillon qui restreint la généralisation des résultats, les participantes étant toutes caucasiennes et francophones. Finalement, il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus avec un groupe contrôle (liste d'attente) afin de s'assurer que l'évolution observée découle significativement du traitement et non de l'évolution naturelle. Par contre, il importe de nommer que dans un contexte clinique, il demeure délicat d'un point de vue éthique de maintenir des patientes sur une liste d'attente si un service peut leur être offert, ce qui a motivé principalement le choix de ne pas comparer les données avec celles d'un groupe contrôle.

D'un point de vue clinique, les résultats suggèrent la pertinence d'inclure le concept d'autodétermination et de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux aux interventions menées auprès de patients présentant un TCA. En effet, les programmes de traitements dédiés aux TCA axent principalement leurs interventions sur les pensées, émotions et comportements liés au trouble alimentaire, et ne ciblent pas nécessairement les variables sous-jacentes aux comportements, comme les besoins psychologiques fondamentaux. Les résultats de la présente étude suggèrent que de soutenir l'individu dans sa globalité, en tenant compte de ses motivations à réguler son comportement, puisse favoriser son rétablissement d'un TCA. Ainsi, l'environnement de soin devrait encourager l'utilisation des ressources internes des patientes et les inclure davantage dans la mise en place du plan de traitement (Deci et Ryan, 2002), ce qui favoriserait la satisfaction du besoin d'autonomie. En ce sens, il a déjà été montré que les environnements thérapeutiques encourageant un sentiment d'autonomie, de compétence et d'appartenance ainsi qu'un sentiment d'*empowerment* mèneraient à des changements thérapeutiques plus positifs (Vandereycken et Vansteenkiste, 2009). Dans ce type d'environnement, le traitement permettrait de stimuler le développement d'une motivation plus autodéterminée et préviendrait, par le fait même, une participation non-optimale ou un abandon prématuré du traitement.

Abstract

Motivation is a core concept to understand the regulation of human behavior. The motivations underlying pathological eating behaviors have been studied many times, but rather from a static perspective. The purpose of this study was to examine the extent to which motivational variables (according to the self-determination theory, SDT) predict the evolution of pathological eating among people with an eating disorder (ED) during an intensive treatment. Thirty-seven ED women completed questionnaires (Basic Need Satisfaction in General Scale, General Motivation Scale, Regulation of Eating Behavior Scale and Eating Disorder Inventory) three times during an intensive day treatment programme at the Programme d'Intervention des Troubles des Conduites Alimentaires (PITCA) from the Laval University Hospital in Quebec City. The results revealed that the positive change of patients' pathological eating was explained by the degree of self-determination of their general motivation and by intrinsic motivation for healthy eating. Furthermore, the patients who benefited the most from the treatment were those who had a higher degree of self-determined general motivation. In brief, these results suggest that SDT is a relevant framework in the study of the determinants and treatment of EDs.

Keywords: Eating disorders; motivation; self-determination theory; basic psychological needs; pathological eating behaviors; symptoms evolution; anorexia; bulimia

Références

- Bégin, C., Fecteau, A., Côté, M., Bédard, A., Senécal, C. et Ratté, C. (2018). Disordered eating behaviors through the lens of self-determination theory. *Europe's Journal of Psychology*, 14(3), 571–580. doi:10.5964/ejop.v14i3.1577
- Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Aimé, A. et Ratté, C. (2013). Trajectories of eating and clinical symptoms over the course of a day hospital program for eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21(3), 249–264. doi:10.1080/10640266.2013.779188
- Benware, C. A. et Deci, E. L. (1984). Quality of learning with an active versus passive motivational set. *American Educational Research Journal*, 21(4), 755–765. doi:10.3102/00028312021004755
- Blow, J. (2014). *A pilot study examining the impact of a brief health education intervention on food choices and exercise in a hispanic college student sample*. University of Texas at El Paso, El Paso, Texas.
- Burant, C. J. (2016). Latent growth curve models: tracking changes over time. *International Journal of Aging and Human Development*, 82(4), 336–350. doi:10.1177/0091415016641692
- Curran, P. J., Obeidat, K. et Losardo, D. (2010). Twelve frequently asked questions about growth curve modeling. *Journal of Cognition and Development*, 11(2), 121–136. doi:10.1080/15248371003699969
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. doi:10.1207/s15327965pli1104_01
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2007). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14–23. doi:10.1037/0708-5591.49.1.14
- Delinsky, S. S., Thomas, J. J., Germain, S. A., Ellison Craigen, K., Weigel, T. J., Levendusky, P. G. et Becker, A. E. (2011). Motivation to change among residential treatment patients with an eating disorder: assessment of the multidimensionality of motivation and its relation to treatment outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 340–348. doi:10.1002/eat.20809
- Fecteau, A. (2010). *Les troubles des conduites alimentaires : tentative de restaurer les besoins psychologiques fondamentaux ?* (Thèse doctorale, Université Laval, Québec, Canada).
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behaviour engagement. *Motivation and Emotion*, 27(3), 199–223. doi:10.1023/A:1025007614869
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. et Franzen, U. (1998). Evaluation of a day treatment programme for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 6, 96–106. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199806)6:2<96
- Goldstein, M., Peters, L., Baillie, A., McVeagh, P., Minshall, G. et Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 29–38. doi:10.1002/eat.20789
- Grolnick, W. S. et Ryan, R. M. (1990). Self-perceptions, motivation, and adjustment in children with learning disabilities: a multiple group comparison study. *Journal of Learning Disabilities*, 23(3), 177–184. doi:10.1177/002221949002300308
- Guay, F., Mageau, G. A. et Vallerand, R. J. (2003). On the hierarchical structure of self-determined motivation: a test of top-down, bottom-up, reciprocal, and horizontal effects. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(8), 992–1004. http://doi.org/10.1177/0146167203253297
- Hu, L. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. http://doi.org/10.1080/10705519909540118
- Knowles, L., Anokhina, A. et Serpell, L. (2013). Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 97–107. doi:10.1002/eat.22053
- Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders : randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 5–14. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x
- Kruglanski, A. W. et Cohen, M. (1974). Attributing freedom in the decision context: effects of the choice alternatives, degree of commitment and predecision uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(1), 178–187. doi: 10.1037/h0036637
- Leblanc, V., Hudon, A. M., Royer, M. M., Corneau, L., Dodin, S., Bégin, C. et Lemieux, S. (2015). Differences between men and women in dietary intakes and metabolic profile in response to a 12-week nutritional intervention promoting the Mediterranean diet. *Journal of Nutritional Science*, 4, e13. doi:10.1017/jns.2015.2

- Mansour, S., Bruce, K. R., Steiger, H., Zuroff, D. C., Horowitz, S., Anestin, A. S. et Sycz, L. (2012). Autonomous motivation : a predictor of treatment outcome in bulimia-spectrum eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20, 116-122. doi:10.1002/erv.2154
- Matusitz, J. et Martin, J. (2013). The application of self-determination theory to eating disorders. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(4), 499-517. doi:10.1080/15401383.2013.850392
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2006). L'entretien motivationnel. *Paris, France: InterEdition-Dunod*.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. et Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. doi:10.1177/1745691612447309
- Pelletier, L. G., Dion, S. C. et Lévesque, C. (2004). Can self-determination help protect women against sociocultural influences about body image and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 61-88. doi: 10.1521/jscp.23.1.61.26990
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M. et Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulations, eating behaviors, sustained behavior change, and psychological well-being. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245-277. doi: 10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14
- Prochaska, J. O. et Diclemente, C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Sheridan, G. et Mcardle, S. (2016). Exploring patients' experiences of eating disorder treatment services from a motivational perspective. *Qualitative Health Research*, 26(4), 1988-1997. doi:10.1177/1049732315591982
- Skårderud, F. et Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 347-384). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 271-360. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60019-2
- Vandereycken, W. et Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 177-183. doi:10.1002/erv.917
- Waller, G. (2012). The myths of motivation : time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 1-16. doi: 10.1002/eat.20900
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S. et Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276. doi: 10.1037/0278-6133.17.3.269

ANALYSE COÛTS-EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE COMORBIDES

Vedrana Ilic¹, Claude Bélanger¹, Michel J. Dugas², Stéphane Bouchard²,

Patrick Gosselin³, Frédéric Langlois⁴, Joane Labrecque⁵ et André Marchand¹

¹Université du Québec à Montréal, ²Université du Québec en Outaouais, ³Université de Sherbrooke,

⁴Université du Québec à Trois-Rivières,

⁵Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

La présente étude examine le ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC) combinée et adaptée à la comorbidité du trouble panique avec agoraphobie (TPA) et du trouble d'anxiété généralisée (TAG), comparativement à la TCC conventionnelle pour le trouble primaire (TPA ou TAG) seulement. Cent vingt-trois participants avec un double diagnostic de TPA et de TAG sont assignés par cohortes aux deux modalités d'intervention; 87 participants complètent la thérapie. Les évaluations s'échelonnent sur une période de 12 mois suivant le traitement. Les mesures principales incluent les coûts directs et indirects reliés aux traitements ainsi qu'un index de fonctionnement global qui représente la mesure d'efficacité des interventions. Les résultats révèlent un RCEI associé à de très grands intervalles de confiance, et ce, à tous les temps de mesure, ce qui indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les modalités d'intervention. Ainsi, une TCC combinée semble similaire au niveau des coûts et de l'efficacité à une TCC conventionnelle pour le trouble primaire.

Mots clés: coûts-efficacité, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, comorbidité, thérapie cognitive et comportementale

See end of text for English abstract.

Le projet de recherche a été réalisé grâce à une subvention octroyée par les Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC: 178047).

Correspondance : Claude Bélanger, Ph. D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada H3C 3P8. Courriel: belanger.claude@uqam.ca

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA)¹ et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont deux troubles anxieux possédant une prévalence à vie estimée à 3,5% et 7% respectivement, dans la population générale (American Psychiatric Association (APA), 2013 ; Somers, Goldner, Waraich et Hsu, 2006). Ils engendrent une grande détresse psychologique, d'importantes limitations au niveau du fonctionnement professionnel et social, ainsi qu'un fardeau économique considérable (Konopka, Leichsenring, Leibing et König, 2009 ; Olatunji, Cisler et Tolin, 2007). Les individus aux prises avec un TPA ou un TAG tendent à utiliser abondamment les services de différents professionnels de la santé (Deacon, Lickel et Abramowitz, 2008). Malgré cela, une minorité d'entre eux sont correctement diagnostiqués et reçoivent les traitements recommandés par les guides de pratiques cliniques (Weisberg, Beard, Moitra, Dyck et Keller, 2014). Sachant qu'une rémission spontanée du TPA et du TAG s'avère peu fréquente (Bruce et coll., 2005), il demeure nécessaire de pouvoir offrir des traitements spécialisés et adaptés aux personnes qui présentent ces troubles afin qu'elles puissent retrouver un fonctionnement satisfaisant et dans le but de diminuer le fardeau économique et psychosocial qui leur est associé.

¹ La présente étude a été réalisée selon les critères diagnostiques de la 4^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte révisé (*DSM-IV-TR*; APA, 2000). Depuis l'apparition du DSM-5 (APA, 2013), le diagnostic d'agoraphobie comporte certains critères supplémentaires et doit toujours être diagnostiqué séparément du trouble panique.

Considérant les ressources limitées du système de santé, de plus en plus d'études s'intéressent aux évaluations économiques des thérapies existantes. L'objectif de celles-ci vise à augmenter l'accès aux traitements à la fois les plus efficaces et les moins dispendieux (Konopka et coll., 2009). La thérapie cognitive et comportementale (TCC) représente l'intervention psychologique qui bénéficie du plus grand soutien empirique dans le traitement du TPA et du TAG (Andrews et coll., 2018; Katzman et coll., 2014). Les études d'évaluation économique menées à ce jour indiquent que la TCC pour le TP/A² ou le TAG présente un meilleur rapport coûts-efficacité que les traitements usuels, c'est-à-dire les consultations courantes en lien avec la santé mentale auprès de différents professionnels de la santé, comme les médecins généralistes (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews et Lapsley, 2004; Poirier-Bisson et coll., 2013). Dans une perspective d'analyse à long terme, elle serait également supérieure à la pharmacothérapie, puisque le coût du traitement cesse immédiatement après la fin de la psychothérapie et que les gains thérapeutiques se maintiennent dans le temps (Heuzenroeder et coll., 2004; Van Apeldoorn, Stant, Van Hout, Mersch et Den Boer, 2014).

À notre connaissance, aucune étude d'évaluation économique n'a porté sur le traitement d'un TPA ou d'un TAG lorsque ceux-ci se présentent simultanément. Pourtant, dans environ un tiers des cas, ces deux troubles anxieux se retrouvent en cooccurrence l'un avec l'autre (Craske et coll., 2007; Grant et coll., 2005). D'ailleurs, lorsqu'ils sont comorbides, ils sont associés à une augmentation du dysfonctionnement et à un fardeau économique encore plus important (Marciniak et coll., 2005; Revicki et coll., 2012).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'effet de la comorbidité sur l'efficacité de la TCC administrée pour ces troubles. En somme, il semblerait que le traitement d'un TP/A ou d'un TAG primaire conduit à une réduction significative de la symptomatologie des troubles secondaires (Allen et coll., 2010; Craske et coll., 2007; Newman, Przeworski, Fisher et Borkovec, 2010; Provencher, Ladouceur et Dugas, 2006). Certains chercheurs remarquent que lorsque le TPA et le TAG se présentent en cooccurrence, la présence de l'un pourrait particulièrement nuire au rétablissement de l'autre trouble, notamment en limitant les gains thérapeutiques de la TCC (Bruce et coll., 2005; Provencher et coll., 2006; Steketee et coll., 2001). Cette observation n'est toutefois pas partagée par tous les auteurs (Allen et coll., 2010; Rathgeb-Fuetsch, Kempter, Feil, Pollmächer et Schuld, 2011).

Certains chercheurs (McManus, Shafraan et Cooper, 2010; Provencher et coll., 2006) suggèrent que les troubles qui se présentent généralement en comorbidité et

qui partagent certaines vulnérabilités mériteraient d'être traités de façon simultanée afin d'optimiser les bénéfices du traitement. Le TAG et le TPA partagent un concept commun d'intolérance en ce qui a trait à leur développement et à leur maintien (Labrecque, Dugas, Marchand et Letarte, 2006). Dans le cas du TAG, l'intolérance à l'incertitude serait un facteur causal des inquiétudes excessives (Dugas et Robichaud, 2007). Il s'agit de réactions cognitives, comportementales ou émotionnelles négatives face à des situations ou événements incertains (Dugas et Koerner, 2005). Les personnes aux prises avec un TPA auraient, quant à elles, une plus grande sensibilité à l'anxiété qui se caractérise par une intolérance aux sensations physiques inhabituelles en raison d'une crainte de leurs conséquences (Labrecque et coll., 2006; Starcevic et Berle, 2006). Un biais d'interprétation négative face aux situations ou sensations ambiguës se retrouverait également chez les individus aux prises avec l'un ou l'autre de ces deux troubles anxieux (Olthuis, Stewart, Watt, Sabourin et Keogh, 2012).

En raison de ces vulnérabilités partagées et du fait que les TCC pour le TPA et le TAG incluent des stratégies d'intervention qui partagent les mêmes principes, comme la confrontation des croyances erronées à propos de l'anxiété et l'exposition aux stimuli anxiogènes qui sont généralement évités (Katzman et coll., 2014), un traitement combiné et adapté à cette comorbidité spécifique a été élaboré (Labrecque et coll., 2006). Ce traitement a été évalué dans deux études comportant un protocole de recherche à cas unique expérimental avec niveaux de base multiples (Labrecque et coll., 2006; Labrecque, Marchand, Dugas et Letarte, 2007). Ces investigations suggèrent qu'une TCC combinée pour la comorbidité TPA-TAG (ou TAG-TPA) engendre des effets bénéfiques tant au niveau des gains thérapeutiques à long terme pour le trouble primaire que sur la diminution de la symptomatologie du trouble secondaire. Toutefois, certaines lacunes méthodologiques (p. ex., devis de recherche, petit échantillon) limitent la portée des résultats. De plus, l'étude ne permet pas d'observer s'il est plus avantageux sur le plan clinique et économique de traiter simultanément le TPA et le TAG, comparativement au fait de traiter seulement le trouble qui est primaire. La présente étude vise à pallier à ces lacunes et à effectuer une analyse coûts-efficacité de deux modalités d'intervention auprès d'individus présentant ce double diagnostic.

OBJECTIF

Examiner si la TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire seulement (TPA ou TAG).

HYPOTHESE

La TCC combinée et adaptée à la comorbidité TPA-TAG (ou TAG-TPA) présentera un meilleur ratio coûts-

² TP/A fait référence au trouble panique avec ou sans agoraphobie, dépendamment des populations ciblées dans les études mentionnées.

efficacité que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire.

Méthode

PARTICIPANTS

Cent vingt-trois participants avec un diagnostic primaire de TPA et secondaire de TAG, ou un diagnostic primaire de TAG et secondaire de TPA, ont pris part à cette recherche. Les participants ont été recrutés entre décembre 2008 et juillet 2012 à partir d'une liste d'attente naturelle de la clinique des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ainsi que dans les cliniques spécialisées dans le traitement de l'anxiété des départements de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université du Québec en Outaouais, de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke. Le projet de recherche a été approuvé et autorisé par le comité d'éthique de chaque site de recrutement.

Pour être admissibles à cette étude, les participants devaient (a) être âgés de 18 à 65 ans; (b) satisfaire les critères diagnostiques pour le TAG et le TPA (un score de quatre ou plus sur l'échelle de sévérité de l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV (ESTA-IV)*; Marchand et Boivin, 1997)). S'ils présentaient d'autres troubles mentaux, la sévérité de ceux-ci devait s'avérer moindre que celle du trouble secondaire (TPA ou TAG).

Les participants étaient exclus de l'étude s'ils : (a) avaient une condition médicale non contrôlée; (b) répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble lié à la consommation; (c) présentaient des épisodes psychotiques (actuels ou passés), un trouble bipolaire ou un trouble mental d'origine organique; (d) avaient un trouble de la personnalité limitée ou un trouble de la personnalité du groupe A (paranoïde, schizoïde ou schizotypique); (e) avaient suivi une TCC pour le TPA ou le TAG au cours des six derniers mois. Par ailleurs, les participants devaient consentir à : (a) ne pas commencer une médication de type psychotrope pendant l'étude, ni modifier la posologie de leur médication déjà existante, si possible, et (b) ne pas prendre part à une autre psychothérapie ou à un groupe d'entraide.

INSTRUMENTS DE MESURE

L'*ESTA-IV* (Marchand et Boivin, 1997), qui est la version française du *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*; Di Nardo, Brown et Barlow, 1994), permet d'évaluer la présence de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, de troubles reliés à la consommation, de psychose non organique ainsi que de troubles somatoformes. Elle permet également d'établir une analyse fonctionnelle des difficultés du participant et de donner une cote de sévérité sur une échelle de zéro à huit qui sert à déterminer l'intensité des diagnostics présents. Elle possède une bonne fidélité inter-juges avec des coefficients kappa s'étendant de .67 à .86 pour

différents troubles anxieux (Brown, Di Nardo, Lehman et Campbell, 2001).

Mesures du TPA : L'*Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA)*; Stephenson, Marchand et Lavallée, 1997) possède une sous-échelle qui sert à évaluer les comportements d'évitement dans 25 situations lorsque le participant y est seul (IMA-S). Dans notre échantillon, la cohérence interne pour cette sous-échelle est de .92, alors que sa stabilité temporelle est de .80 pour une période de trois mois (mesurée au suivi de trois et de six mois). Le *Questionnaire sur les sensations physiques (QSP)*; Stephenson, Marchand, Lavallée, 1998) comprend 17 items qui servent à mesurer le degré de peur généralement associé aux sensations physiques ressenties lors d'une attaque de panique. Il démontre une cohérence interne de .85 dans notre échantillon et une fidélité test-retest de .76, toujours sur une période de trois mois.

Mesures du TAG : Le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (QIPS)*; Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston, 2001) est composé de 16 items mesurant la tendance générale à s'inquiéter à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points. Dans le présent échantillon, sa fidélité test-retest s'établit à .57 et sa cohérence interne à .79. L'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III)*; Gosselin et coll., 2008) comporte 45 items visant à évaluer les réactions émotives, cognitives et comportementales d'une personne face à l'incertitude. Cet instrument démontre une excellente cohérence interne dans notre échantillon (.97) et sa stabilité temporelle s'établit à .76 pour une période de trois mois.

PROCEDURE

Suite à une entrevue de présélection téléphonique, les participants potentiels à l'étude ont été rencontrés en personne dans le site de recrutement de leur région. Ils ont été évalués à l'aide de l'*ESTA-IV* par une assistante de recherche de niveau doctoral en psychologie, formée pour ce type d'entrevue clinique. L'évaluation durait approximativement 90 minutes et était enregistrée sur bande audio. Si les participants satisfaisaient les critères d'inclusion de l'étude à cette étape, ils devaient remplir à domicile les questionnaires portant sur leur symptomatologie. Ils étaient par la suite convoqués à une deuxième rencontre en personne. Lors de cette rencontre d'une durée de 30 à 60 minutes, la même assistante de recherche effectuait l'administration de l'*Entrevue Clinique Structurée du DSM-IV pour les Troubles de la Personnalité (SCID-II)*; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997) dans le but de s'assurer qu'ils ne rencontraient pas les critères d'exclusion au niveau de l'Axe II. Les participants exclus de l'étude ont été référés à d'autres ressources en santé mentale pertinentes à leurs difficultés. Les participants retenus pour le projet de recherche signaient un formulaire de consentement pour le traitement. Ils étaient assignés par cohortes à l'une des deux modalités d'intervention, soit : 1) le traitement conventionnel pour le trouble primaire (où les

participants recevaient une TCC pour le TPA ou le TAG dépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale); ou 2) le traitement combiné (où les participants recevaient une TCC à la fois pour le TPA et pour le TAG, indépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale). Les cohortes alternaient à tous les quatre mois. Ainsi, tous les participants recrutés sur une période déterminée de quatre mois (une cohorte) étaient assignés à la même condition de traitement. Afin de contrôler le biais associé aux attentes face à la thérapie, les participants n'étaient pas informés de l'existence de l'autre modalité d'intervention. Deux semaines après la fin du traitement (T1), ainsi qu'à des suivis de trois (T2), six (T3) et 12 mois (T4), les participants étaient de nouveau évalués à l'aide des mêmes instruments de mesure. Il s'agit donc d'un devis de recherche quasi-expérimental avec cohortes, avec pré-test et post-tests.

Pour assurer un contrôle de la qualité des évaluations, les assistantes de recherche étaient régulièrement supervisées par les psychologues chercheurs de l'étude et devaient suivre les procédures décrites dans un manuel d'évaluation. Une procédure d'accord inter-juges a été réalisée sur la présence versus absence de diagnostics cliniques de TPA et de TAG au pré-test. Un évaluateur indépendant de niveau doctoral en psychologie a effectué l'écoute de 25% des entrevues semi-structurées, sélectionnées de manière aléatoire. Le pourcentage d'accord entre l'évaluateur initial et l'évaluateur indépendant est de 95,5%.

LES MODALITES D'INTERVENTION

Au total, 23 thérapeutes formés dans l'approche TCC pour les troubles anxieux ont été impliqués dans l'administration des traitements. Il s'agissait de psychologues nouvellement diplômés ou de doctorants en psychologie possédant au moins 300 heures d'expérience clinique. Ils bénéficiaient au besoin de supervisions par les chercheurs responsables. Toutes les modalités de traitement comprenaient 14 séances individuelles, à raison d'une rencontre d'une heure par semaine. Les séances consacrées aux exercices d'exposition pouvaient s'étendre jusqu'à 90 minutes au besoin. Afin de standardiser les interventions effectuées, les thérapeutes devaient suivre les procédures détaillées décrites dans un protocole de traitement élaboré pour chacune des deux modalités d'intervention. Dans le cas du traitement conventionnel du trouble primaire, les thérapeutes avaient la consigne de ne pas effectuer d'intervention en lien avec le trouble secondaire. Toutes les séances de thérapie ont été enregistrées en audio. Une sélection aléatoire de 25% des séances chez 25% des participants déterminés aussi au hasard a été écoutée par une doctorante en psychologie familiale avec le traitement. Cette dernière a évalué le respect de l'application des protocoles de traitement par les thérapeutes, à l'aide d'une grille d'intégrité thérapeutique. Celle-ci s'est avérée respectée à 99,5%.

Le traitement conventionnel pour le TPA incluait les stratégies thérapeutiques décrites dans le guide d'auto-traitement « La peur d'avoir peur » (Marchand et Letarte, 2004). Il s'agit de stratégies suivantes : psychoéducation sur développement et le maintien du TPA ; démystification des symptômes de la panique et leur gestion ; exposition aux stimuli intéroceptifs ; exposition aux situations problématiques *in vivo* ; maintien des acquis et prévention de la rechute. **Le traitement conventionnel pour le TAG**, quant à lui, suivait les étapes de la TCC présentées dans le livre de Dugas et Robichaud (2007) : psychoéducation sur les inquiétudes, le développement et le maintien du TAG ; remise en question de l'utilité à s'inquiéter ; mise en place d'actions visant à augmenter la tolérance à l'incertitude ; résolution de problèmes ; exposition cognitive ; maintien des acquis et prévention de la rechute. **Le traitement combiné** incluait une intégration adaptée des stratégies de TCC pour le TPA et le TAG tirées des sources citées ci-haut, et présentées dans cet ordre: 1) la psychoéducation sur l'anxiété, la panique, les inquiétudes et les facteurs étiologiques du TPA et du TAG; 2) la restructuration cognitive des croyances erronées (démystification des symptômes de la panique dans le TPA et remise en question de l'utilité à s'inquiéter dans le TAG); 3) la mise en place d'actions visant à augmenter la tolérance à l'incertitude (TAG); 4) l'exposition aux stimuli intéroceptifs (TPA); 5) la résolution de problèmes (TAG); 6) l'exposition cognitive (TAG); 7) l'exposition *in vivo* aux situations évitées (TPA); 8) le maintien des acquis et la prévention de la rechute. Les participants de chacune des deux modalités d'intervention recevaient un manuel du participant adapté au(x) trouble(s) traité(s).

ÉVALUATION DES COÛTS RELIÉS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Afin d'effectuer une analyse des coûts reliés aux interventions, les coûts directs et indirects doivent être comptabilisés (Hunsley, 2003). Les coûts ont été calculés selon la perspective de l'individu et ont été rapportés en dollars canadiens (\$CAD). Ils ont été basés sur les tarifs en vigueur en 2011, étant donné que cette année représente la médiane de la période de recrutement. Les coûts directs comprenaient la rémunération du thérapeute, basée sur le tarif horaire moyen (85\$) des psychologues en pratique privée selon l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Les coûts indirects incluait les frais de transport aller-retour pour assister aux séances, le temps consacré au déplacement, ainsi que le temps passé en thérapie pendant lequel les participants ne pouvaient vaquer à leurs occupations habituelles. Les frais de transport étaient estimés à 5,50\$ pour les participants utilisant le transport en commun, basé sur les tarifs de la Société de transport de Montréal. Pour ceux en voiture, le temps moyen de déplacement était de 45 minutes aller-retour, ce qui a été estimé à 30 kilomètres. Le tarif par kilomètre était de 0,40\$ (basé sur les normes

tarifaires de l'UQAM), ce qui représentait un total de 12\$ par séance pour le déplacement en voiture. Aucun coût de transport n'était comptabilisé pour les participants qui se présentaient aux séances à pied. Les coûts reliés à la perte de revenu occasionnée par le temps de déplacement et celui passé en thérapie ont été calculés en fonction du salaire horaire minimum (9,65\$).

L'ANALYSE DES DONNEES

Étape 1 : Des analyses préliminaires (test t pour échantillons indépendants ou chi carré, selon la nature des variables) ont été effectuées afin de vérifier si la répartition des participants dans les deux conditions a permis d'obtenir des données équivalentes au pré-test en ce qui concerne les données sociodémographiques et la sévérité des symptômes. Ces analyses ont également été effectuées entre les participants ayant complété la thérapie et ceux qui l'ont abandonnée en cours de traitement et aucune différence n'est observée entre ces deux groupes. Les analyses subséquentes ont conséquemment été conduites seulement sur les données des participants qui ont complété la thérapie. Une procédure d'interpolation intra-sujet (Roth, 1994) a été effectuée pour remplacer les données manquantes à un temps de mesure si les données du temps de mesure suivant étaient disponibles.

Étape 2 : L'efficacité des traitements a été évaluée à l'aide d'un Index de fonctionnement global (IFG) calculé pour chaque participant des deux modalités d'intervention. Cette évaluation était faite au post-test et aux suivis. La valeur de l'IFG était obtenue à partir d'un score composite basé sur les mesures cliniques suivantes : diagnostic de TPA et diagnostic de TAG (selon le score obtenu à l'*ESTA-IV*), l'*IMA-S*, le *QSP*, le *QIPS* et l'*III*. Un indice « C » a d'abord été calculé pour chacune de ces mesures cliniques. Cet indice représente le score-seuil que doit obtenir un participant afin de juger si l'intervention a produit des changements cliniquement significatifs, c'est-à-dire qu'il a obtenu un score comparable à celui d'une population non clinique (Jacobson et Truax, 1992). Pour recevoir un point et être considéré comme à un niveau fonctionnel sur l'une des mesures cliniques, le participant devait avoir eu un résultat inférieur ou égal à la valeur de l'indice « C. » Autrement, il ne recevait aucun point puisqu'il était considéré comme étant à un niveau dysfonctionnel. L'IFG peut donc prendre une valeur entre 0 et 6. Pour être jugé avec un « niveau de fonctionnement élevé », le score du participant doit se situer entre 5 et 6, avec un « niveau de fonctionnement modéré » entre 3 et 4, un « niveau de fonctionnement léger » entre 1 et 2 et « dysfonctionnel » à 0.

Étape 3 : Afin d'évaluer les coûts directs et indirects associés aux traitements, des statistiques descriptives ont d'abord été effectuées. Les données d'un participant de la condition « traitement combiné » n'ont pas été considérées étant donné qu'il s'agissait d'une donnée

aberrante (déplacements en taxi). Un test t a ensuite permis d'examiner si les deux groupes de traitement différaient significativement au niveau des coûts totaux associés à la modalité de thérapie offerte. Les analyses ont été effectuées pour un seul temps de mesure, soit au post-test, puisqu'aucun coût additionnel n'a été ajouté après la fin de la thérapie.

Étape 4 : Dans le but d'examiner si le traitement combiné est supérieur au traitement conventionnel pour le trouble primaire, le calcul du ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) a été effectué. Cette méthode met en évidence la différence entre les deux modalités d'intervention en ce qui a trait aux coûts (\$) et à l'efficacité (IFG). Le RCEI se calcule en se servant de l'équation suivante : (coût du traitement combiné – coût du traitement conventionnel) / (efficacité traitement combiné – efficacité traitement conventionnel) (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart et Torrance, 2015). Le score obtenu représente le coût engendré pour chaque point d'amélioration sur l'IFG. Les résultats peuvent être représentés sur un plan coûts-efficacité en deux dimensions (« *cost-effectiveness plane* ») qui permet d'observer si l'intervention expérimentale est dominante, soit à la fois plus efficace et moins coûteuse que l'intervention avec laquelle elle est comparée (quadrant IV) (O'Brien et Briggs, 2002). Le point central de ce plan représente le comparateur, soit le traitement conventionnel pour le trouble primaire.

Résultats

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Parmi les 123 participants ayant pris part au projet de recherche, un total de 87 (71%) participants ont complété la thérapie, alors que 36 (29%) ont abandonné en cours de traitement (raison inconnue (17), manque de temps (16), thérapie trop exigeante (3)). Le nombre de participants ayant abandonné le traitement combiné était de 12 (22%). Le traitement conventionnel a été abandonné par 24 (35%) participants. Il ne s'agit pas d'une différence significative entre les groupes ($\chi^2(1, N = 123) = 2.31, p = .13$). Parmi les participants qui ont suivi tout le traitement, 42 (48%) ont reçu le traitement combiné et 45 (52%) ont bénéficié du traitement conventionnel. Dans cette dernière condition, 21 participants ont reçu le traitement pour le TPA primaire et 24 ont reçu le traitement pour le TAG primaire.

La répartition des participants par cohortes a produit des conditions équivalentes au niveau des données sociodémographiques, de l'intensité des diagnostics de TPA et de TAG selon l'*ESTA-IV* et des mesures de symptomatologie sur les instruments auto-rapportés (*IMA-S*, *QSP*, *QIPS* et *III*). Ces résultats sont présentés dans le Tableau 1.

EFFICACITÉ CLINIQUE DES DEUX MODALITÉS D'INTERVENTION

L'IFG a été calculé au post-test (T1) pour l'ensemble des participants ayant complété la thérapie (n=87). La moyenne de l'IFG obtenu dans la condition de traitement combiné était de 4,45 (ÉT= 1,69). Elle était de 4,13 (ÉT= 1,80) pour la condition de traitement conventionnel. Ces scores représentent l'atteinte d'un niveau de fonctionnement modéré, tout près d'un niveau élevé. La Figure 1 illustre l'IFG moyen à tous les temps de mesure pour les deux modalités d'intervention. La réduction de la symptomatologie se maintient dans le temps dans les deux conditions.

Lors des analyses subséquentes entre les modalités d'intervention, en raison de l'anormalité des distributions

des données de l'IFG et d'un effet plafond, les scores ont été dichotomisés en deux catégories, soit « niveau élevé de fonctionnement atteint » (scores 5 et 6) et « niveau élevé de fonctionnement non atteint » (scores de 0 à 4). À chacun des temps de mesure, la majorité des participants avaient atteint un niveau de fonctionnement élevé. Par exemple, au T1, 62% des participants du groupe de traitement combiné avaient atteint un niveau de fonctionnement élevé, comparativement à 51% des participants dans le groupe de traitement conventionnel. Des analyses de chi carré ont toutefois démontré qu'il ne s'agit pas d'une différence significative entre ces deux conditions ($\chi^2(1, N = 87) = 1.03, p = .31, \phi = -.11$).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et symptomatologiques initiales des participants ayant complété la thérapie selon les modalités d'intervention

| Caractéristiques | Total (n = 87) | Traitement combiné (n = 42) | Traitement conventionnel (n = 45) | Stat. | p |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------|------|
| Âge moyen (ÉT) | 34,67 (11,84) | 35,81 (13,41) | 33,60 (10,20) | 0.87 † | 0.39 |
| Femmes (%) | 71 (82%) | 33 (79%) | 38 (84%) | 0.50 ‡ | 0.48 |
| Scolarité (%) | | | | 2.45 ‡ | 0.29 |
| ≤ Secondaire | 20 (23%) | 10 (24%) | 10 (22%) | | |
| Collégial | 29 (33%) | 17 (40%) | 12 (27%) | | |
| Universitaire | 38 (44%) | 15 (36%) | 23 (51%) | | |
| Statut de travail (%) | | | | 1.91 ‡ | 0.39 |
| Temps plein | 44 (51%) | 21 (50%) | 23 (51%) | | |
| Temps partiel | 21 (24%) | 8 (19%) | 13 (29%) | | |
| Sans emploi | 22 (25%) | 13 (31%) | 9 (20%) | | |
| Revenus ^a (%) | | | | 6.45 ‡ | 0.09 |
| Moins de 29 000\$ | 30 (35%) | 13 (31%) | 17 (40%) | | |
| 30 000 à 59 000\$ | 26 (31%) | 13 (31%) | 13 (30%) | | |
| 60 000 à 89 000\$ | 16 (19%) | 12 (29%) | 4 (9%) | | |
| 90 000\$ et plus | 13 (15%) | 4 (9%) | 9 (21%) | | |
| Moyennes des mesures cliniques au pré-test | | | | | |
| Intensité du TPA à l'ESTA-IV (ÉT) | 5,75 (1,08) | 5,83 (1,10) | 5,67 (1,07) | 0.72† | 0.48 |
| Intensité du TAG à l'ESTA-IV(ÉT) | 5,71 (1,01) | 5,64 (1,01) | 5,78 (1,02) | -0.62† | 0.54 |
| QSP (ÉT) ^b | 3,41 (0,55) | 3,45 (0,51) | 3,37 (0,60) | 0.60† | 0.55 |
| IMA-S (ÉT) | 2,69 (0,76) | 2,77 (0,71) | 2,61 (0,79) | 0.99† | 0.33 |
| QIPS (ÉT) | 64,88 (7,74) | 65,88 (7,66) | 63,96 (7,79) | 1.16† | 0.25 |
| III (ÉT) ^a | 163,53 (34,87) | 165,88 (32,76) | 161,23 (37,04) | 0.61† | 0.54 |

Note : ^a n = 85 pour l'échantillon total, n = 43 pour le traitement conventionnel; ^b n = 85 pour l'échantillon total, n = 44 pour le traitement conventionnel, n = 41 pour le traitement combiné; † = test t; ‡ = chi carré; ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV; QSP = Questionnaire sur les sensations physiques ; IMA-S = Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie – seul ; QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State ; III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude.

Aucune différence entre les conditions n'est également observée aux autres temps de mesure en ce qui a trait à l'atteinte d'un niveau de fonctionnement élevé : T2 ($\chi^2(1, N = 81) = .73, p = .39, \phi = -.10$) ; T3 ($\chi^2(1, N = 77) = .42, p = .52, \phi = -.07$) ; et T4 ($\chi^2(1, N = 70) =$

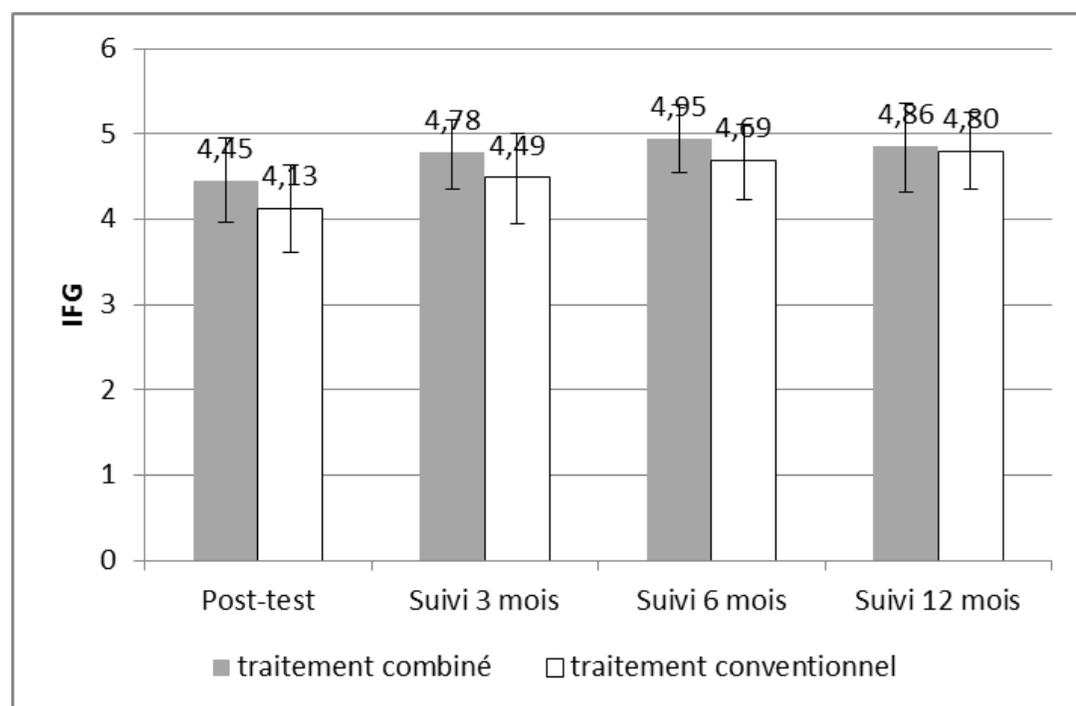
.58, p = .45, $\phi = -.09$). De plus, le test Q de Cochran permet d'observer que lorsque les deux conditions de traitement sont confondues, il n'y a aucune différence significative dans les scores dichotomisés de l'IFG entre

les différents temps de mesure (T1 à T4) ($\chi^2(3, N = 70) = 3.28, p = .35$).

COÛTS ASSOCIÉS AUX TRAITEMENTS ET RATIO COÛTS-EFFICACITÉ INCRÉMENTAL

Les participants de la condition du traitement combiné ont reçu en moyenne 14,18 (ÉT = 1,06) heures de thérapie, tout comme les participants de la condition du traitement conventionnel qui en ont reçu 14,36 (ÉT = 0,70). Les coûts directs et indirects associés aux deux modalités d'intervention sont présentés dans le Tableau 2. Le total des coûts pour la condition ayant reçu la modalité combinée se chiffre à 1 579,74\$ (ÉT = 107,96) et à 1 597,74\$ (ÉT = 82,89) pour la modalité conventionnelle. Ce résultat indique une différence de

18,00\$ en moyenne entre les deux conditions, avec un léger avantage pour le traitement combiné. Cet écart est cependant minime et n'a pas révélé de différence significative entre les deux modalités, $t(84) = -.87, p = .39$. Le Tableau 2 présente également le RCEI pour chaque temps de mesure. Au T1, le RCEI obtenu se chiffre à -56,25\$, ce qui signifie que le traitement conventionnel coûte 56,25\$ de plus que le traitement combiné pour chaque point d'amélioration sur l'IFG. Ce résultat suggère que le traitement combiné serait plus efficace et moins coûteux que le traitement conventionnel. Toutefois, afin de réduire l'incertitude reliée à l'obtention aléatoire des données de l'échantillon, une procédure *Bootstrap* a été effectuée.



Note : T1 = n = 87; T2 = n = 81; T3 = n = 77; T4 = n = 70. Signification de l'échelle des valeurs de l'IFG : 0 = dysfonctionnel; 1-2 = niveau de fonctionnement léger; 3-4 = niveau de fonctionnement modéré; 5-6 = niveau de fonctionnement élevé.

Figure 1. Index de fonctionnement global (IFG) moyen des participants au post-test et aux relances de trois, six et douze mois pour les deux modalités d'intervention.

Cette procédure permet de bonifier les inférences statistiques en présentant des intervalles de confiance (IC) de 95% à partir d'un processus de ré-échantillonnage simulé à 1000 reprises (O'Brien et Briggs, 2002). Les IC ainsi obtenus au T1 s'étalent de -570,18\$ à 599,50\$, ce qui représente une très grande disparité entre les données et ne permet pas de conclure que la modalité combinée est supérieure à la modalité conventionnelle. Ces intervalles élevés au niveau des ratios semblent donc attribuables aux différences minimales au niveau des coûts

et de l'efficacité entre les deux modalités de traitements. La Figure 2 illustre le plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 RCEI engendrés par le *Bootstrap* au T1. Bien qu'une certaine tendance à avantager le traitement combiné est perceptible (65% des données se retrouvent dans le quadrant IV), la différence monétaire et clinique entre les modalités d'intervention demeure très petite.

Le RCEI calculé au T2 indique que le traitement conventionnel coûte 62,07\$ de plus que le traitement

combiné pour chaque point d'amélioration sur l'IFG, avec des intervalles de confiance s'étendant entre -948,45\$ et 512,77\$. Au T3, le coût par point d'amélioration sur l'IFG est encore une fois supérieur de 69,23\$ [IC -706,96 ; 751,67] pour le traitement conventionnel, et il l'est de 300\$ [IC -904,86 ; 729,93] au T4. Ceci étant dit, les grands intervalles de confiance obtenus impliquent ici encore que les deux modalités d'intervention semblent équivalentes au niveau de leurs coûts et de leur efficacité, et ce, à tous les temps de mesure.

Discussion

Cette étude vise à évaluer si un traitement combiné et adapté à la comorbidité du TPA et du TAG s'avère plus

bénéfique sur le plan clinique et financier qu'un traitement conventionnel centré sur le trouble primaire seulement (TPA ou TAG), c'est-à-dire qu'il présente un meilleur ratio coûts-efficacité pour une même durée d'intervention. Bien que les RCEI obtenus aux différents temps de mesure semblent légèrement avantager le traitement combiné, les grands intervalles de confiance associés illustrent une similarité entre les modalités d'intervention. L'hypothèse de recherche n'est pas confirmée puisque la TCC combinée ne semble pas significativement supérieure au traitement conventionnel du trouble primaire lorsque l'on considère l'étendue de la distribution des RCEI. D'ailleurs, même si les résultats s'étaient avérés statistiquement significatifs en avantageant la TCC combinée et en produisant des

Tableau 2

Analyse coûts-efficacité incrémentale

| Mesures | Traitement combiné (ÉT) (n = 41) | Traitement conventionnel (ÉT) (n = 45) |
|---|-------------------------------------|---|
| Coûts directs de la TCC: Thérapeutes (\$CAD) | 1 205.55 (90.03) | 1 220.22 (59.16) |
| Coûts indirects de la TCC – total (\$CAD) | 374.19 (51.39) | 377.52 (48.96) |
| Temps passé en thérapie | 136.87 (10.23) | 138.54 (6.72) |
| Transport | 139.04 (51.07) | 139.24 (48.36) |
| Temps de déplacement | 98.28 (5,13) | 99.74 (2.57) |
| Total des coûts de la TCC (\$CAD) | 1 579.74 (107.96) | 1 597.74 (82.89) |
| Analyse coûts-efficacité | | |
| RCEI au T1 | -56.25 (IC -570.18; 599.50) | |
| RCEI au T2 | -62.07 (IC -948.45; 512.77) | |
| RCEI au T3 | -69.23 (IC -706.96; 751.67) | |
| RCEI au T4 | -300 (IC -904.86; 729.93) | |

Note: IFG = Index de fonctionnement global; RCEI = Ratio coûts-efficacité incrémental; IC = intervalles de confiance à 95%; T1 = post-test; T2 = suivi de 3 mois; T3 = suivi de 6 mois; T4 = suivi de 12 mois

intervalles de confiance beaucoup plus petits, une différence monétaire de 56,25\$ par point d'amélioration sur l'IFG demeure négligeable sur le plan financier, considérant que cette somme ne couvre même pas le tarif d'une séance additionnelle de psychothérapie dans le secteur privé au Québec (85\$; OPQ, 2011). Il semble donc que le fait de traiter simultanément le TPA et le TAG mène à des résultats cliniques et des coûts similaires au fait de ne traiter seulement que le trouble qui est primaire (TPA ou TAG).

Qui plus est, les participants des deux modalités d'intervention s'améliorent statistiquement et cliniquement, et ce, de façon significative, sur différentes

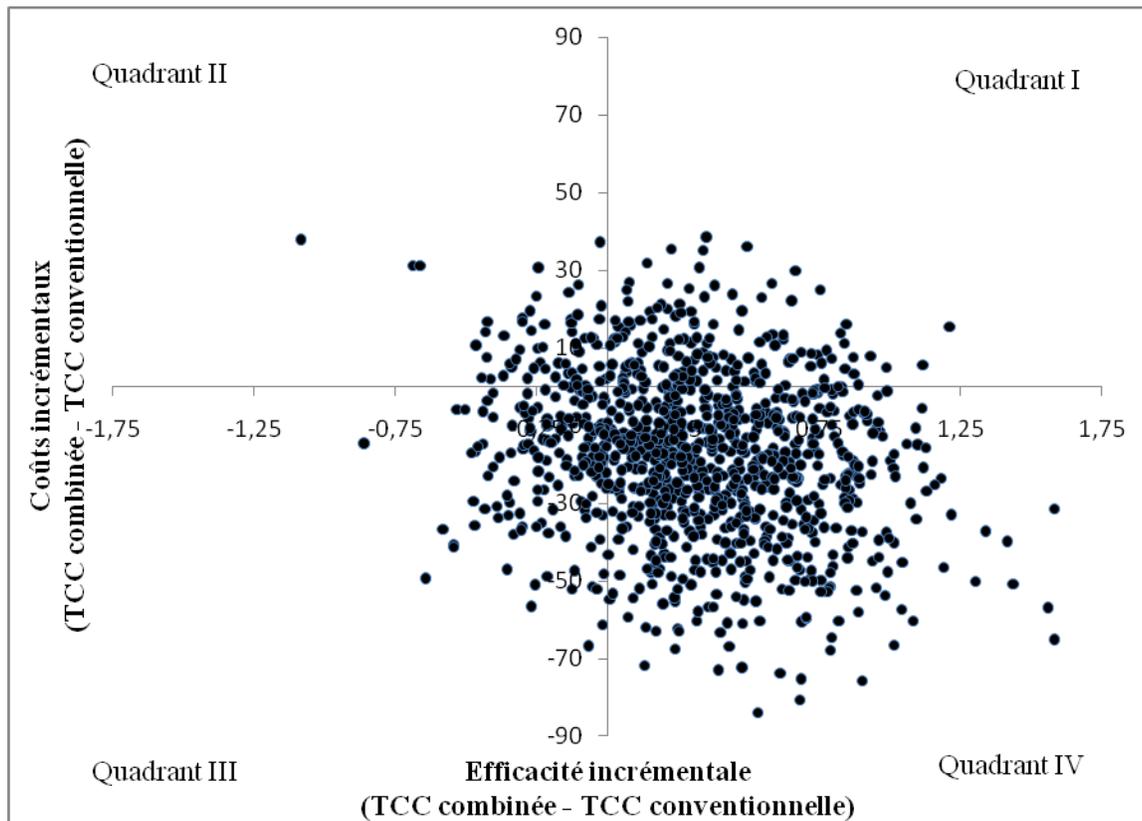
mesures de symptomatologie en atteignant des scores semblables à ceux d'une population non clinique. Plus de la moitié d'entre eux présentent un niveau de fonctionnement élevé à la fin du traitement, de même qu'aux suivis de trois, six et 12 mois.

La similarité entre les effets des traitements pourrait être expliquée par une généralisation des acquis thérapeutiques au trouble secondaire même lorsque le traitement de ce trouble n'est pas abordé (Borkovec, Abel et Newman, 1995). Par exemple, les participants pourraient utiliser certaines stratégies de gestion des inquiétudes que l'on retrouve dans le traitement du TAG (p. ex., restructuration cognitive, stratégies d'exposition à

l'incertitude) pour les aider à résoudre certaines difficultés reliées au TPA. Inversement, les stratégies de gestion de la panique et de l'agoraphobie (p.ex., exposition aux sensations craintes et situations évitées, restructuration cognitive) peuvent favoriser la gestion de certaines difficultés reliées au TAG. Qui plus est, il est probable que les stratégies favorisant une augmentation de la tolérance (à l'incertitude ou aux sensations physiques) produisent des effets bénéfiques sur les processus émotionnels, cognitifs et comportementaux plus généraux chez les participants (McManus et coll., 2010). Aussi, il demeure possible qu'une diminution de l'anxiété reliée à un trouble atténué les manifestations anxieuses de l'autre trouble anxieux également (Borkovec et coll., 1995), particulièrement lorsque

certaines vulnérabilités symptomatologiques sont partagées comme c'est le cas dans le TPA et le TAG (Provencher et coll., 2006).

À la lumière de ces possibilités, il ne serait donc pas essentiel de combiner des stratégies thérapeutiques possédant un rationnel semblable et engendrant des effets similaires, et ce, même si elles ont été établies pour traiter des troubles distincts de prime abord. Dans leur étude sur le traitement du TPA, Craske et coll. (2007) ajoutent qu'il semble plus bénéfique de focaliser une TCC sur ce trouble que d'ajouter des séances supplémentaires visant à traiter le trouble concomitant le plus important.



Note: Quadrant I = l'intervention combinée est plus efficace et plus coûteuse que le traitement conventionnel; Quadrant II = l'intervention combinée est plus coûteuse, mais moins efficace que le traitement conventionnel; Quadrant III = l'intervention combinée est moins coûteuse et moins efficace que le traitement conventionnel; Quadrant IV = l'intervention combinée est moins coûteuse et plus efficace que le traitement conventionnel.

Figure 2. Plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 ratios coûts-efficacité incrémentaux (RCEI) engendrés par la procédure de Bootstrap au T1 (post-test).

Toutefois, il est important de noter que les participants de la présente étude présentaient en moyenne une intensité du diagnostic initial de TPA et de TAG de 5,75 (ÉT : 1,08) et de 5,71 (ÉT : 1,01) respectivement selon l'*ESTA-IV* au pré-test. Ce score est associé à un niveau de dysfonctionnement initial modéré sur l'échelle

de sévérité de cette entrevue diagnostique. Il est possible que, dans un échantillon composé d'individus avec un niveau sévère de dysfonctionnement, la thérapie conventionnelle aurait eu des effets plus limités sur la symptomatologie du trouble secondaire. Dans ce cas, il aurait fallu ajouter des séances pour traiter le trouble

secondaire également, ce qui aurait généré des coûts supplémentaires. Une telle situation aurait possiblement modifié le RCEI en avantageant davantage une TCC combinée. Cet aspect demeure toutefois à évaluer dans une étude ultérieure.

Considérant les résultats de la présente étude, notre recommandation clinique serait de privilégier le traitement du trouble primaire dans les cas où le trouble secondaire n'engendre pas d'interférence majeure dans le fonctionnement de l'individu ni dans l'application des stratégies thérapeutiques pour le trouble primaire. Dans les cas où le trouble secondaire se présenterait avec une intensité très sévère nuisant au fonctionnement de l'individu et/ou au processus thérapeutique, le traitement combiné pourrait être plus favorable puisqu'il permettrait à l'individu de bénéficier de stratégies diversifiées et complémentaires pour ses difficultés. Les préférences personnelles quant à la priorité du trouble à traiter demeurent également importantes à considérer.

Enfin, il semble pertinent de mentionner que bien que cette étude ait été réalisée dans le contexte de référence au DSM-IV-TR, les résultats obtenus demeurent pertinents et applicables aux changements nosologiques du DSM-5. Considérant que le TP et l'agoraphobie soient actuellement deux diagnostics dissociés, les participants de la présente étude seraient diagnostiqués avec trois troubles co-occurents (TP, agoraphobie et TAG) au lieu de deux (TPA et TAG). L'intervention ne nécessiterait toutefois pas de changement puisque les stratégies pour ces troubles sont déjà incluses dans les protocoles de traitement.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une première étude, à notre connaissance, qui compare les coûts et l'efficacité de deux modalités d'intervention dans le traitement d'un TPA et d'un TAG concomitants. L'évaluation des coûts directs et indirects associés aux traitements selon la perspective de l'individu permet d'estimer qu'un TPA, un TAG ou ces deux troubles conjointement pourraient être traités efficacement dans le secteur privé au Québec avec des coûts totaux inférieurs à 1 700\$. Il s'agit d'un aspect particulièrement avantageux sur le plan monétaire puisqu'il a été démontré qu'un TPA ou un TAG, spécialement lorsqu'ils sont comorbides, engendrent des coûts très élevés au niveau individuel et sociétal surtout lorsqu'ils ne sont pas traités (Marciniak et coll., 2005; Revicki et coll., 2012). Une autre force de l'étude provient de la pertinence des mesures d'efficacité des interventions. L'IFG comprend plusieurs mesures sensibles aux divers symptômes du TPA et du TAG. Les questionnaires qui évaluent l'intolérance aux sensations physiques (*QSP*) et l'intolérance à l'incertitude (*III*) sont particulièrement adaptés pour évaluer les effets des traitements administrés, puisque ces éléments y jouent un rôle central. Cependant, il pourrait également être pertinent d'inclure des mesures de la qualité de vie et de

la productivité au travail dans le score composite de l'IFG. Cette inclusion serait un ajout intéressant dans un projet de recherche ultérieur afin de mieux évaluer l'impact des traitements sur ces variables psychosociales.

La présente étude comporte aussi certaines limites. Sa faible taille échantillonnale influence les résultats obtenus (p. ex., très grands intervalles de confiance associés aux RCEI) ainsi que leur généralisation. Il aurait fallu 900 participants au total pour détecter une différence significative entre les modalités d'intervention, avec une puissance de .80 et un seuil alpha de .05. Toutefois, il est important de noter que la différence alors observée resterait minime avec une taille d'effet de $d = .19$. Une autre limite de l'étude concerne le calcul des coûts de la TCC qui s'effectue à partir de protocoles de traitement standardisés dans un contexte de recherche clinique; ce qui n'est probablement pas représentatif des interventions octroyées dans le secteur public. Des études d'évaluation économique de la TCC dans ces contextes différents de traitement pourraient s'avérer plus avantageuses quant aux prises de décisions concernant les services de santé offerts à la population. Aussi, bien que quelques hypothèses aient été émises pour expliquer la similarité entre les traitements, il serait pertinent que d'autres études puissent mieux évaluer les facteurs modérateurs impliqués. Par exemple, des évaluations en cours de traitement pourraient être effectuées à la suite de l'application de chacune des stratégies thérapeutiques afin de mieux évaluer leur impact spécifique au niveau des symptômes. Enfin, il serait intéressant d'obtenir des informations qualitatives de la part des participants concernant leur perception de l'efficacité de la thérapie, de la pertinence des stratégies utilisées, ainsi que de la relation thérapeutique. Ceci pourrait également permettre de mieux comprendre le niveau élevé d'attrition dans la présente étude (29%).

Abstract

The present study examines the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of a combined and adapted cognitive behavioral therapy (CBT) for comorbid panic disorder with agoraphobia (PDA) and generalized anxiety disorder (GAD) compared with the conventional CBT for the primary disorder (PDA or GAD) only. One hundred and twenty-three participants with a double diagnosis of PDA and GAD are assigned to cohorts represented by each treatment modality; 87 participants complete therapy. They are assessed over a period of 12 months following the treatment. The main measures include direct and indirect costs of treatment as well as a global functioning index, which represents the efficiency measure of the interventions. The results reveal an ICER associated with wide confidence intervals at all assessment periods, which indicate that there is no significant difference between the two treatment modalities. Therefore, a combined CBT seems similar to the conventional CBT for the primary disorder in terms of costs and efficiency.

Keywords: cost-effectiveness, panic disorder with agoraphobia, generalized anxiety disorder, comorbidity, cognitive behavioral therapy

Références

- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M. et Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 185-192. doi:10.1007/s10862-009-9151-3
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, L., Marwat, O. et Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(12), 1109–1172. doi:10.1177/0004867418799453
- Borkovec, T. D., Abel, J. L. et Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 479-483. doi:10.1037/0022-006X.63.3.479
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L. et Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58. doi:10.1037//0021-843X.110.1.49
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M. et Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187. doi: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M. et Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45 (6), 1095–1109. doi:10.1016/j.brat.2006.09.006
- Deacon, B., Lickel, J. et Abramowitz, J.S. (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 344-350. doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.004
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, New York: University of Albany, Phobia and anxiety disorders clinic center for stress and anxiety disorders.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (5th ed.). New York, Oxford University Press.
- Dugas, M. J. et Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81. doi:http://dx.doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326
- Dugas, M. J. et Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York : Routledge.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. et Williams, J. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorder*. American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du PSWQ [Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *L'Encéphale*, 27, 475–484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S. et Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427–1439. doi:10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B. et Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35 (12), 1747-1759. doi:10.1017/S003329170500606
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G. et Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (8), 602-612.
- Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0085818
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. et Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35. doi:10.1017/S003329170300881X

- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 12-19. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M. et the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada / Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 1-83. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E. et König, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 114, 14-31. doi:10.1016/j.jad.2008.07.014
- Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand et A., Letarte, A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 30(4), 383-410. doi:10.1177/0145445504265277
- Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J. et Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 31(5), 616-637. doi:10.1177/0145445507301132
- Marchand, A. et Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV*. Document inédit.
- Marchand, A. et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur* (3^e éd.). Montréal, Québec : Stanké.
- Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P. et Levine, L. R. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety*, 21 (4), 178-184. doi:10.1002/da.20074
- McManus, F., Shafran, R. et Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders?. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491-505. doi:10.1348/014466509X476567
- Newman, M. G., Przeworski, A., Fisher, A. J. et Borkovec, T. D. (2010). Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: Impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behavior Therapy*, 41, 59-72. doi:10.1016/j.beth.2008.12.005
- O'Brien, B. J. et Briggs, A. H. (2002). Analysis of uncertainty in health care cost-effectiveness studies: an introduction to statistical issues and methods. *Statistical Methods in Medical Research*, 11(6), 455-468. doi: 10.1191/09622802202sm304ra
- 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
- Olthuis, J. V., Stewart, S. H., Watt, M. C., Sabourin, B. C. et Keogh, E. (2012). Anxiety sensitivity and negative interpretation biases: their shared and unique associations with anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 332-342. doi:10.1007/s10862-012-9286-5
- Poirier-Bisson, J., Marchand, A., Pelland, M. E., Lessard, M. J., Dupuis, G., Fleet, R. et Roberge, P. (2013). Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (9), 753-759. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a2127d
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 91-99.
- Rathgeb-Fuetsch, M., Kempfer, G., Feil, A., Pollmächer, T. et Schuld, A. (2011). Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1264-1268. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.018
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedäter, H., Locklear, J., Stoeckl Mattered, M. et Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders*, 140, 103-112. doi:10.1016/j.jad.2011.11.014
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L. et Cloutier, K. (2004). Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45(3), 202-218.
- Roth, P. L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology*, 47(3), 537-560. doi:10.1111/j.1744-6570.1994.tb01736.x
- Starcevic, V. et Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(2), 51-61. doi:10.1002/da.20145
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Steketee, G., Chambless, D. L. et Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder

- and agoraphobia. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86. doi:10.1053/comp.2001.19746
- Stephenson, R., Marchand, A. et Lavallée, M.-C. (1997). Validation de l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie auprès de la population québécoise francophone. *Science et comportement*, 26, 35-58.
- Stephenson, R., Marchand, A. et Lavallée, M.-C. (1998). Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *L'Encéphale*, 24, 415-425.
- Van Apeldoorn, F. J., Stant, A. D., Van Hout, W. J. P. J., Mersch, P. P. A. et Den Boer, J. A. (2014). Cost-effectiveness of CBT, SSRI, and CBT+ SSRI in the treatment for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 286-295. doi:10.1111/acps.12169
- Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I. et Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31 (5), 443-450. doi:10.1002/da.22209



DIFFÉRENCE DE PERCEPTION ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT QUANT AUX SYMPTÔMES PRÉSENTS DANS LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Maude Payer et Julie B. Leclerc

Université du Québec à Montréal

La présente étude vise à identifier la différence de perception des symptômes intériorisés et extériorisés, entre les mères et les enfants qui présentent un syndrome de Gilles de la Tourette, afin d'obtenir un portrait plus juste de la situation lors de l'évaluation clinique. Les résultats montrent que les mères évaluent plus sévèrement que l'enfant les symptômes intériorisés et extériorisés et que les tics sont perçus à la même intensité par la mère et par l'enfant. Les résultats encouragent une mise en commun de la perception de la mère à celle de l'enfant lors de l'évaluation clinique, puisqu'une différence s'observe.

Mots clés: Tourette, perception, intériorisé, extériorisé, mère, enfant

See end of text for English abstract.

Correspondance : Maude payer, Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, Canada H1N 3V2.
payer.maude@courrier.uqam.ca.

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

La pratique courante en psychologie propose la passation de questionnaires par le clinicien aux parents, ainsi qu'aux enfants lors du processus d'évaluation psychologique chez un enfant (Vallerand, 1989). Cette pratique permet de mieux cerner les perceptions et les besoins de chacun. Cependant, les études montrent qu'il y a une différence de perception des symptômes intériorisés et extériorisés entre la mère et l'enfant et que celle-ci diffère selon le type de symptômes observés. La

différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant a été observée pour diverses psychopathologies à l'enfance, telles que le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et les troubles intériorisés de type dépressifs ou anxieux (Galloway et Newman, 2017 ; Thaulow et Jozefiak, 2012 ; Theule, Wiener, Tannock et Jenkins, 2013). Peu d'études ont examiné la différence de perception des symptômes entre les mères et les enfants qui présentent un syndrome de Gilles de la Tourette (SGT). Pourtant, le SGT est un trouble tic qui se complexifie par une forte prévalence de troubles concomitants (Cavanna, Servo, Monaco et Robertson, 2009) et les enfants qui en sont atteints présentent à la fois des symptômes intériorisés et extériorisés pouvant altérer le fonctionnement de l'enfant et de la famille (Cavanna et Rickards, 2013). Il s'avère donc important d'observer la différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant qui présente un SGT puisque l'intervention qui s'en suit pourrait être améliorée en précisant les attentes de chacun à la suite de l'évaluation, tout en soulignant l'écart entre la perception des manifestations.

LA PERCEPTION

En psychologie sociale, deux types de soi se différencient chez une personne : le soi privé et le soi public (Andersen, Glassman et Gold, 1998). La notion du soi privé fait référence aux processus internes, c'est-à-dire non observables par les autres (p. ex., penser). Le concept du soi public englobe les comportements sociaux et observables qu'une personne émet (p. ex., sourire).

Le *self-other knowledge asymmetry* (SOKA ; Vazire, 2010) est un modèle qui vise à expliquer et à prédire les asymétries présentes entre la perception de soi et la perception des autres face à soi. Le modèle propose que les autres sont généralement plus aptes que soi-même

pour évaluer les comportements externes émit. Ceci peut s'expliquer par des perspectives visuelles et physiques différentes ; une tierce personne tend à remarquer davantage les comportements des autres, comparativement à ses propres comportements (Borkenau, Brecke, Möttig et Paelecke, 2009 ; Hall, Andrzejewski, Murphy, Mast et Feinstein, 2008 ; Malle et Knobe, 1997). Un individu ne peut, par exemple, observer ses propres expressions faciales, mais il peut observer celles des autres. En revanche, les autres seraient moins outillés à évaluer les comportements internes d'une personne ; ceux-ci représentent les pensées et émotions, il n'est pas possible d'y avoir accès à moins que ce soit explicitement exprimé. L'accès direct à nos propres pensées et à nos propres émotions permet donc une perception plus exacte de nos comportements internes et peut conséquemment primer sur la perception de nos comportements externes (Andersen et Ross, 1984 ; Vazire, 2010). Une étude ($n = 96$) réalisée par Melh (2006) montre que les proches sont moins habiles à détecter des troubles intériorisés (p. ex., la dépression), comparativement à soi-même. Les études concluent néanmoins que les perceptions de soi et de l'autre sont valides (Kolar, Funder et Colvin, 1996), l'accent est simplement mis sur des comportements différents (Andersen et coll., 1998 ; Fiedler, Oltmanns et Turkheimer, 2004 ; Spain, Eaton et Funder, 2000 ; Vazire et Mehl, 2008).

LA DIFFÉRENCE DE PERCEPTION ENTRE LE PARENT ET L'ENFANT

La méta-analyse d'Achenbach, McConaughy et Howell (1987) qui recense 119 études ($n = 269$), montre que dans la population générale, une faible corrélation ($r = 0,25$) s'observe quant aux perceptions des comportements entre les parents et leurs enfants. Les paragraphes suivants présentent les principaux facteurs issus de la littérature scientifique pouvant influencer cette différence de perception.

Âge de l'enfant. Les études rapportent une faible corrélation ($r = 0,10$) entre la perception des comportements par les parents et celle d'enfants âgées de moins de 11 ans, comparativement à un groupe âgé de 14 à 18 ans ($r = 0,35$; Berg-Nielsen, Vika et Dhal, 2003 ; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover et Kala, 1986 ; Jensen et coll., 1999). Afin d'expliquer ces différences de perceptions, certains auteurs évoquent que les enfants d'un plus jeune âge n'ont pas développé les habiletés cognitives nécessaires pour identifier, comprendre et décrire leurs émotions et leurs comportements (Edelbrock, Costello, Dulcan, Kalas et Conover, 1985 ; Grills et Ollendick, 2003 ; Ollendick, Grills et King, 2001 ; Rapee, Barrett, Dadds et Evans, 1994). L'identification de comportements perturbateurs par l'enfant dépend à la fois de sa capacité d'introspection et de sa capacité à se mettre à la place de l'autre, sans mentionner qu'une part de subjectivité influence l'identification de comportements problématiques

(Ollendick et coll., 2001). En effet, l'enfant peut considérer que son comportement n'est pas problématique (Ollendick et coll., 2001). Les jeunes enfants peuvent également être influencés par le principe de désirabilité sociale, les incitant à minimiser l'évaluation de leurs symptômes (Pina, Silverman, Saavedra et Weems, 2001). Compte tenu des observations concernant l'âge de l'enfant, les auteurs affirment que le point de vue de l'enfant est néanmoins tout aussi valide que celui d'un évaluateur externe (p. ex., parent) lors de l'évaluation psychologique.

Santé mentale. Lorsque la perception des enfants sans diagnostic de santé mentale est comparée à celle de leurs parents, les études révèlent que les enfants ont tendance à rapporter plus de problématiques (p. ex., scolaires, humeur dépressive), alors que des effets inverses sont observés quand les enfants présentent un diagnostic de santé mentale (Berg-Nielsen et coll., 2003 ; Kolko et Kazdin, 1993 ; Rosenberg, 1994 ; Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz et Lehmkuhl, 2009 ; Sourander, Helstelä et Helenius, 1999 ; Van der Ende, Verhulst et Tiemeier, 2012). Les statistiques descriptives de l'étude menée par Thaulow et Jozefiak (2012) montre que les enfants sans diagnostic de santé mentale évaluent plus négativement leur qualité de vie que leurs parents ($M = 89,7$; $ET = 9,4$). Par ailleurs, les enfants qui présentent un TDAH évaluent plus positivement leur qualité de vie ($M = 73,6$; $ET = 14,9$) que leurs parents ($M = 62,5$; $ET = 13,8$). La méta-analyse de Galloway et Newman (2017) appuie ces observations, puisque 66 % des 153 études recensées montrent que les enfants qui présentent un diagnostic de santé mentale rapportent une meilleure évaluation de leurs qualités de vie que l'évaluation faite par leurs parents.

L'étude de Kolko et Kazdin (1993) souligne qu'un meilleur accord est observé lorsque l'enfant ne présente pas de diagnostic de santé mentale avec des corrélations modérées ($r = 0,31$), comparativement à de très faibles corrélations ($r = 0,12$) lorsque l'enfant présente un diagnostic de santé mentale. Ainsi, la présence d'un diagnostic de santé mentale chez l'enfant accentue les différences de perceptions qui sont observées entre le parent et l'enfant. De plus, la méta-analyse menée par De los Reyes (2011) montre un faible accord quant à la perception des symptômes intériorisés ($r = 0,26$) et un accord modéré ($r = 0,32$) pour les symptômes extériorisés, entre les observations du parent et de l'enfant avec un diagnostic de santé mentale.

Un trouble de santé mentale chez l'un des parents peut également moduler la perception de ce dernier face aux comportements de l'enfant. Des psychopathologies intériorisées chez le parent, telles que la dépression et l'anxiété, créeraient une perception plus négative du trouble de l'enfant (De Los Reyes, 2011 ; Ollendick et coll., 2001 ; Seiffge-Krenke et Kollmar, 1998).

Stress familial. Les parents d'enfants qui présentent un trouble de santé mentale vivent généralement davantage de stress que les parents d'enfants n'ayant pas de psychopathologie (Theule et coll., 2013). De manière générale, un plus grand nombre de responsabilités et d'incertitudes sont causées par le diagnostic de l'enfant ce qui influence indirectement le niveau de stress parental vécu (De Los Reyes, 2011). Or, un niveau de stress élevé peut engendrer une plus faible tolérance de la part du parent à l'égard des comportements de son enfant. Subséquemment, le parent peut exagérer certaines manifestations émises par l'enfant, influençant la perception des symptômes de l'enfant (Grills et Ollendick, 2003 ; Kolko et Kazdin, 1993). La sévérité des symptômes de l'enfant, surtout extériorisés, mène également à un plus haut niveau de stress chez le parent, engendrant ainsi un cercle vicieux (Morgan, Robinson et Aldridge, 2002 ; Thaulow et Jozefiak, 2012 ; Theule et coll., 2013).

Biais cognitifs. Un biais cognitif se caractérise comme une pensée irrationnelle. La positivité illusoire s'exprime lorsque les enfants surestiment leurs capacités, ainsi que les perceptions positives d'eux-mêmes, tout en minimisant leurs difficultés (Diener et Milich, 1997 ; Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina et Milich, 2000 ; Ohan et Johnston, 2002). Le déni consiste à nier la présence de certains symptômes ou certains comportements (Pina et coll., 2001 ; Salbach-Andrae et coll., 2009). Ces deux biais cognitifs sont les plus fréquemment observés chez les enfants et sont perçus comme une stratégie d'adaptation. Ils permettraient de faire face aux difficultés quotidiennes, tout en protégeant l'estime de soi (Diener et Milich, 1997 ; Greenwald, 1980 ; Hoza, Pelham, Dobbs, Owens et Pillow ; 2002 ; Vazire, 2010). Les biais cognitifs sont automatiques, involontaires, et ils accentueraient la différence de perception des comportements entre l'enfant et son parent (Hoza et coll., 2002 ; Hoza, et coll., 2000).

LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) se définit comme un trouble neurodéveloppemental de la catégorie des troubles moteurs (American Psychological Association [APA], 2013). Afin d'établir un diagnostic de SGT, l'individu doit présenter plus d'un tic moteur et au moins un tic sonore. Les tics doivent persister sur une période minimale d'un an et des fluctuations quant à l'intensité et la forme des tics peut s'observer durant cette période. Un tic se caractérise par des mouvements ou des vocalisations, considérées comme non volontaires et qui apparaissent de manière soudaine, rapide, récurrente et stéréotypée. Les tics doivent apparaître avant l'âge de 18 ans (APA, 2013), mais l'âge moyen du diagnostic de SGT se situe entre 5 et 7 ans (Cavanna et Rickards, 2013). La prévalence se situe de 3 à 8 sur 1000 pour les enfants d'âge scolaire et le SGT se manifeste de deux à quatre fois plus fréquemment chez les garçons que chez les filles (Robertson, Eapen et Cavanna, 2009).

Troubles concomitants. Un diagnostic unique de SGT ne représente que 8 % à 12 % des cas (Cavanna et coll., 2009). Les troubles concomitants les plus fréquents sont : le TDAH (60 % à 80 % ; Cath et coll., 2011 ; Cavanna et coll., 2009), le trouble obsessionnel compulsif (TOC ; 11 % à 80 %), la dépression (13 % à 76 % ; Cavanna et coll., 2009) et les troubles anxieux (10 % à 30 % ; Brand et coll., 2002).

Répercussions. Le SGT engendre des difficultés d'adaptation au niveau du fonctionnement social de l'enfant. En effet, les enfants ayant le SGT sont victimes d'intimidation et de rejet par les pairs (Cavanna et coll., 2013 ; Eapen et Črnčec, 2009 ; Malli, Forrester-Jones et Murphy, 2016). Les pairs perçoivent également les enfants qui présentent un SGT comme généralement moins populaires et plus agressifs que les autres camarades (Conelea et coll., 2011 ; Zinner, Conelea, Glew, Woods et Budman, 2012). Les difficultés sociales peuvent s'exacerber à la puberté, puisque cette période de croissance coïncide avec la période de manifestation la plus sévère des tics, soit entre l'âge de 10 et 12 ans (Cavanna et Rickards, 2013 ; Robertson, 2011). De plus, les tics d'intensité élevée peuvent attirer l'attention non désirée des pairs, engendrant le développement de symptômes intériorisés (p. ex., humeur dépressive, solitude) et extériorisés (p. ex., agitation motrice) chez l'enfant (Rivera-Navarro, Cubo et Almazán, 2014 ; Storch et coll., 2007 ; Storch et coll., 2007).

La symptomatologie des troubles concomitants accentue les difficultés précédemment énumérées et peut même amener l'enfant à éviter certaines activités (Cath et coll., 2011 ; Cavanna et al., 2013 ; Sukhodolsky et coll., 2003 ; Woods, Himle et Osmon, 2005 ; Woods, Koch et Miltenberger, 2003 ; Zinner et al., 2012). Conséquemment, une faible estime de soi, ainsi qu'une plus faible appréciation de la qualité de vie peuvent être observées chez les enfants ayant le SGT et un trouble concomitant (Conelea et coll., 2011 ; Stephens et Sandor, 1999).

L'étude de Goussé et coll., (2016) révèle que 66 % des parents d'enfants qui présentent un SGT souffrent d'anxiété ou de dépression. Les parents rapportent également un niveau de stress élevé (Goussé et coll., 2016 ; Wilinkson, Marshall et Curtwright, 2008). La symptomatologie des troubles concomitants est identifiée comme plus problématique que les tics en soi par l'entourage immédiat. L'effet que peuvent avoir les tics sur le développement de symptômes intériorisés chez l'enfant est donc minimisé (Rivera-Navarro et coll., 2014 ; Woods et coll., 2005).

PERCEPTION DES SYMPTOMES ET SGT

À l'instar de la population générale, une différence de perception des symptômes peut s'observer entre le parent et l'enfant qui présente un SGT, avec ou sans troubles concomitants, par rapport aux symptômes intériorisés et extériorisés. À notre connaissance, une

seule étude a spécifiquement observé cette différence de perception (Termine et coll., 2014). Les résultats de l'étude montrent que les enfants âgés de 12 à 16 ans et qui ont un SGT ($n = 28$) se considèrent comme étant moins symptomatiques, autant pour les symptômes intériorisés qu'extériorisés, comparativement à l'évaluation de leurs mères. Pourtant, la littérature scientifique révèle que les enfants avec un diagnostic de santé mentale rapportent davantage leurs symptômes intériorisés alors que les mères rapportent en plus grands nombres les symptômes extériorisés. Ainsi, il importe de vérifier si ces résultats sont propres au SGT, ou plutôt liés à un biais de sélection des participants de l'étude de comparaison.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

L'objectif de l'étude est d'identifier la différence entre la perception de la mère et celle de l'enfant des symptômes intériorisés et extériorisés manifestés par des jeunes ayant le SGT. Trois hypothèses basées sur le modèle SOKA sont émises : (1) l'enfant aura une évaluation plus élevée que celle de la mère pour les symptômes intériorisés ; (2) la mère aura une évaluation plus élevée que celle de l'enfant pour les symptômes extériorisés ; (3) l'évaluation spécifique de la sévérité des tics, en tant que comportement extériorisé, sera plus élevée par la mère que par l'enfant.

Méthode

PARTICIPANTS

Trente enfants âgés de 8 à 14 ans ayant un diagnostic principal de SGT, tel que rapporté par les parents, ont été recrutés. L'âge moyen des participants est de 9,9 ans ($ET = 1,14$) et l'échantillon est composé de 26 garçons et de 4 filles. Le Tableau 1 présente la description des participants. Les mères de ces enfants, en tant que principales donneuses de soin, sont incluses dans l'étude, pour un total de soixante répondants ($n = 60$). Les données proviennent de la banque de données TICTACTOC¹. Les participants ont été recrutés par le biais d'affiches incitatives, d'annonces sur les réseaux sociaux, via le site internet de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et par des représentations à l'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST).

Les critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude sont présentés dans le Tableau 2. Pour des raisons méthodologiques, les enfants qui, selon les parents, rapportent une déficience intellectuelle ($DI, QI < 75$) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont exclus, puisque des difficultés liées à la compréhension des énoncés, ainsi qu'à l'accomplissement des questionnaires, pourraient être rencontrés. Afin

d'optimiser la comparaison aux études existantes et en se basant sur la prémisse que plusieurs études scientifiques utilisent uniquement les données obtenues par les mères (Berg-Nielsen et coll., 2003 ; Loeber, Green, Lahey et Stouthamer-Loeber, 1991 ; Termine et coll., 2014), seules les données rapportées par la mère sont utilisées.

INSTRUMENTS DE MESURE

Les perceptions des mères et des enfants quant aux symptômes intériorisés, extériorisés et face à l'intensité des tics de l'enfant ont été évaluées à l'aide des questionnaires ci-dessous.

Évaluation préliminaire des participants. Avec l'aide d'une évaluatrice formée à cet effet, les mères ont d'abord rempli un questionnaire de développement et de renseignements sociodémographiques : âge, sexe, symptomatologie du SGT (âge d'apparition, sévérité des tics), troubles concomitants, historique du développement de l'enfant, historique médical de l'enfant et histoire scolaire et sociale de l'enfant.

Évaluation du comportement de l'enfant. Le *Behavioral assessment system for children second edition* (BASC-2 ; Reynolds, 2010) est un outil multidimensionnel utilisé pour évaluer les comportements et les perceptions de soi de personnes d'âge préscolaire à collégial (2 à 25 ans). Les questionnaires auto rapportés de la mère (PRS : *parent rating scale*) et de l'enfant (SRS : *self-rating scale*) ont été remplis par les partis concernés. Le questionnaire comporte huit échelles cliniques : hyperactivité, agression, anxiété, dépression, atypie, retrait, problèmes d'apprentissage et problèmes d'attention. Les questions se répondent à l'aide d'une échelle de *Likert* à 4 points (« Jamais » à « Presque toujours »). Les propriétés psychométriques du BASC-2 sont bonnes avec une cohérence interne élevée ($Alpha$ de *Cronbach* = 0,90) et une bonne fidélité *test-retest* ($r = 0,80$; Tan, 2007).

Évaluation de la sévérité des tics de l'enfant. Le *Yale global tic severity scale* (YGTSS ; Leckman et coll., 1989) est une mesure administrée par une évaluatrice formée à cet effet. Ce questionnaire est utilisé dans le but d'évaluer la sévérité des tics moteurs et sonores de l'enfant, selon leur répartition dans le corps, et à l'aide de cinq échelles (nombre, fréquence, intensité, complexité et interférence). Une liste d'items est énumérée et les mères comme les enfants doivent répondre selon une échelle de *Likert* à six points (« Aucun » à « Sévère »). L'instrument est divisé en trois facteurs : tics sonores, tics moteurs et interférence globale (Storch et coll., 2007). Le YGTSS montre de bonnes propriétés psychométriques avec une consistance interne élevée ($Alpha$ de *Cronbach* = 0,89), une bonne fidélité *test-retest* ($r = 0,86$; $r = .91$) et un accord inter juge satisfaisant ($r = 0,52$; $r = 0,99$; Leckman et coll., 1989).

¹ Pour de plus amples informations concernant les projets de la banque TICTACTOC, consultez :

<http://www.iusmm.ca/cetoct.html>

Tableau 1*Description des participants*

| Information rapportée par les parents | Nombre de participants |
|---|------------------------|
| Âge moyen | 9,9 |
| Âge minimum | 8 |
| Âge maximum | 13 |
| Filles | 4 |
| Garçons | 26 |
| Symptômes de TDAH | 16 |
| Symptômes d'inattention seulement | 8 |
| Symptômes d'opposition / épisodes explosifs | 16 |
| Symptômes de TOC | 3 |
| Symptômes dépressifs / anxieux | 3 |
| Aucun symptôme de trouble concomitant | 4 |

Tableau 2*Critères d'inclusions et d'exclusions des participants*

| Critères d'inclusions | Critères d'exclusions |
|--|--|
| Présenter un diagnostic principal de syndrome de Gilles de la Tourette | Rapporter un diagnostic de déficience intellectuelle (QI > 75) |
| Être âgé de 8 à 14 ans | Rapporter un trouble du spectre de l'autisme |
| Questionnaires remplis par la mère et l'enfant* | Questionnaires remplis par les pères uniquement* |

Note. *Critères d'inclusions et d'exclusions propres à la présente étude. Les énoncés supplémentaires sont des critères communs aux études principales.

PROCEDURE

La coordonnatrice de recherche a effectué la validation des critères d'inclusion et d'exclusions des participants par une entrevue téléphonique. Un formulaire d'information et de consentement a été également rempli et signé par les parents, considérant l'âge mineur des participants. L'assentiment des enfants a été demandé via le même formulaire. L'évaluatrice a procédé sur place à l'entrevue préliminaire et à la passation des tests standardisés. Le projet a été approuvé par le comité d'éthiquement de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) et par le comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal (CIUSSS).

DEVIS DE RECHERCHE

La présente étude suit un devis corrélationnel où sept variables sont comparées entre les mères et les enfants, sans toutefois être contrôlées.

ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel *IBM SPSS Statistics*. Une puissance statistique de 80 %, un seuil de signification *alpha* de 0,05 et une taille d'effet (*d* de Cohen) de 0,665 étaient visés, ce qui correspond à une taille d'effet moyenne. Le postulat de

normalité est respecté pour l'ensemble des variables. Sept tests de *Student* (test *t*) à échantillon apparié ont été réalisés. Les comparaisons effectuées sont : (1) la perception de la mère des symptômes intériorisés (atypicité, anxiété, dépression) de l'enfant avec la perception de l'enfant de ses symptômes intériorisés ; (2) la perception de la mère des symptômes extériorisés (hyperactivité, problèmes d'attention, habiletés sociales) de l'enfant et la perception de l'enfant de ses symptômes extériorisés ; (3) la perception de la mère des tics avec celle de l'enfant. Puisque les données ont été soumises à de multiples tests *t*, l'ajustement de *Bonferonni* a été appliqué, afin de modifier le seuil de signification. Des corrélations ont également été effectuées pour les tests *t* ayant donné des valeurs non significatives, afin d'observer si une relation s'observe entre la perception des symptômes de la part de la mère et de l'enfant.

Dans le cadre de la présente étude, les échelles cliniques du *BASC-2* qui concernent l'anxiété, la dépression et l'atypicité sont utilisées pour évaluer les symptômes intériorisés. Les échelles cliniques qui concernent l'hyperactivité, l'inattention et les habiletés sociales sont utilisées pour évaluer les symptômes extériorisés. Plus les scores sont élevés, plus l'évaluation est négative, à l'exception des habiletés sociales où les scores sont inversés. Ainsi, un faible score à l'échelle des habiletés sociales correspond à une évaluation plus

négative. Pour le second questionnaire utilisé dans l'étude (YGTSS), seuls les scores concernant la sévérité des tics (sonores et moteurs) seront utilisés.

Résultats

Les statistiques descriptives concernant les scores des enfants et des mères pour les sept variables étudiées, ainsi que les résultats des tests *t* sont présentées dans le Tableau 3. Puisque sept tests *t* ont été effectués, les résultats obtenus devront être inférieurs à $p < .007$ pour être considérés significatifs. Les résultats montrent plusieurs différences significatives entre les scores des enfants et des mères. D'abord, une différence significative est observée pour la variable atypicalité $t(59) = -4,84, p < 0,001$, où les mères évaluent plus sévèrement ce symptôme intériorisé que l'enfant. Les

mères évaluent plus sévèrement les symptômes extériorisés de l'enfant, comparativement à l'évaluation de l'enfant lui-même. Les résultats obtenus pour l'hyperactivité, les problèmes d'attention et les habiletés sociales sont respectivement de : $t(59) = -4,78, p < 0,001$; $t(59) = -3,37, p = 0,002$; $t(59) = 4,21, p < 0,001$.

Puisqu'aucune différence significative ne s'observe pour trois variables (anxiété, dépression, sévérité des tics), trois corrélations ont été effectuées. Ainsi, les résultats obtenus devront être inférieurs à $p < .017$ pour être considérés significatifs. Un résultat positif et significatif a été obtenu $r(58) = 0,50, p < 0,05$ pour la sévérité des tics. Des corrélations positives et non significatives ont cependant été obtenues pour les variables mesurant la dépression $r(58) = 0,33, n. s.$ et l'anxiété $r(58) = 0,03, n. s.$

Tableau 3

Statistiques descriptives et résultats des tests t

| Variables | Moyenne (Écart-type) | | Différence | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------|----------------------|---------------|------------|----------|------------|
| | Enfant | Mère | | | |
| Atypicalité | 50,83 (7,87) | 64,00 (13,82) | -13,17 | -4,84 | < 0,001 ** |
| Anxiété | 49,20 (7,05) | 55,70 (11,46) | -6,5 | -2,69 | 0,012 |
| Dépression | 65,43 (11,65) | 66,50 (17,64) | -1,07 | -0,33 | 0,74 |
| Hyperactivité | 54,67 (10,26) | 65,73 (12,40) | -11,06 | -4,78 | < 0,001 ** |
| Prob. Attention | 53,60 (8,53) | 60,53 (7,29) | -6,93 | -3,37 | 0,002 ** |
| Habiletés sociales | 47,17 (7,48) | 39,90 (9,01) | 7,27 | 4,21 | < 0,001 ** |
| Sévérité tics | 21,97 (7,88) | 22,07 (7,46) | -0,1 | -0,07 | 0,94 |

Note. ** $p < 0,007$

Discussion

LA PERCEPTION DES SYMPTOMES INTERIORISES

La première hypothèse postulant que les enfants percevaient davantage leurs symptômes intériorisés que les mères n'est pas soutenue par les résultats de l'étude. En effet, parmi les variables mesurant les symptômes intériorisés, seule l'atypicalité révèle une différence significative de perception $t(59) = -4,84, p < 0,001$. Les analyses montrent même que la perception des mères quant aux symptômes intériorisés de l'enfant est plus élevée que la perception de ce dernier.

Dans le domaine de la psychologie, l'atypicalité réfère à une composante développementale et comportementale qui ne serait pas rencontrée lors des étapes du développement normal d'un enfant (Coplan, 2003). À titre d'exemple, l'atypicalité peut s'observer d'un point de vue clinique par : des comportements répétitifs et stéréotypés, des particularités sensorielles, un niveau de langage restreint, etc. (APA, 2013). Les mesures de l'atypicalité s'observent surtout lors de

l'évaluation d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et sont présentées sous forme d'un continuum, allant de faible à sévère (Coplan, 2003). Ainsi, même si le BASC-2 considère que l'atypicalité est une mesure intériorisée, il s'agit principalement d'observations basées sur des manifestations physiques et externes (p. ex., capacité d'avoir un contact visuel, s'adapter à une nouvelle routine), alors que les mesures de comportements intériorisés concernent plutôt les processus cognitifs de la personne (p. ex., pensée, traitement de l'information). Ces considérations peuvent donc justifier, le fait que la perception des mères soit plus élevée que celle des enfants pour cette variable.

LA PERCEPTION DES SYMPTOMES EXTERIORISES

Les résultats obtenus permettent de confirmer la deuxième hypothèse de recherche prédisant que la perception de la mère serait plus élevée que celle de l'enfant quant aux symptômes extériorisés de ce dernier, à l'exception des habiletés sociales. En guise de rappel, le score des habiletés sociales est inversé. Ainsi, le résultat obtenu pour cette variable correspond à l'hypothèse de

recherche, puisque les mères perçoivent plus négativement les habiletés sociales de leurs enfants que ces derniers. Ces résultats corroborent les résultats issus de la littérature scientifique et liés au modèle SOKA (Diener et Milich, 1997 ; Hoza et coll., 2000 ; Ohan et Johnston, 2002 ; Termine et coll., 2014 ; Vazire, 2010). L'analyse des résultats a également montré que la plus grande différence de perception des symptômes entre la mère et l'enfant s'observe pour la variable qui mesure l'hyperactivité ($diff = - 11,06$). Les études qui portent sur la différence de perception des symptômes rapportent également de plus grandes différences par rapport aux comportements d'hyperactivité, comparativement aux autres types de symptômes extériorisés, tels que les habiletés sociales (Ghanizadeh, 2010 ; Loeber et coll., 1991). Ces différences peuvent être expliquées entre autres par le caractère généralement exubérant des symptômes d'hyperactivité motrice (Loeber et coll., 1991). Ainsi, la forte prévalence de symptômes extériorisés de l'échantillon peut avoir influencé l'ampleur de la différence de perception. En effet, les parents de 22 enfants rapportent que leurs enfants présentent des symptômes extériorisés, tels que le TDAH ou des épisodes explosifs. Tout comme les études le suggèrent, la présence de symptômes extériorisés chez un enfant augmente le niveau de stress ressenti par le parent (Theule et coll., 2013) et le stress tend à accentuer la différence entre la perception du parent et celle de l'enfant (Kolko et Kazdin, 1993). Ainsi, les mères de la présente étude pourraient surévaluer certains comportements hyperactifs (p. ex., agitation motrice, comportements d'opposition) émis par l'enfant en raison du stress lié au SGT.

LA PERCEPTION DES TICS

Il était attendu que la perception de la mère soit plus élevée que celle de l'enfant quant à l'évaluation de la sévérité des tics, en tant que comportement extériorisé. Pourtant, le résultat obtenu n'est pas significatif $t(59) = - 0,07, p = 0,94$. Contrairement à ce qu'il était attendu, la corrélation montre même que la perception de la mère et celle de l'enfant sont similaires quant à l'intensité des tics $r(58) = 0,50, p < 0,05$. Dans le cas présent, les données obtenues par l'enfant ($M = 21,97 ; ET = 7,88$) et par la mère ($M = 22,07 ; ET = 7,46$) suggèrent une sévérité moyenne des tics (score total du YGTSS sur 50 points).

Les résultats obtenus diffèrent de la littérature scientifique à ce sujet. En effet les études montrent que l'accord entre l'évaluation du parent et de l'enfant pour l'intensité des tics est plutôt faible et que le parent tend à percevoir une plus grande sévérité que l'enfant (Ghanizadeh, 2010 ; Leclerc, O'Connor, Jobin-Nolin, Valois et Lavoie, 2016). Les résultats de la présente étude peuvent être dus à une plus grande variabilité de la symptomatologie des enfants, puisque les participants proviennent de la banque TICTACTOC. Cette banque de données recueille l'information de participants ayant complété une thérapie dont les objectifs étaient de réduire

l'intensité et la fréquence des tics ou de traiter les épisodes explosifs. Ainsi, plus de la moitié des enfants de l'échantillon présentent une forte prévalence de troubles concomitants extériorisés. Généralement, lorsque l'information d'un parent est recueillie, les manifestations des troubles concomitants priment sur la manifestation des tics de l'enfant (Dooley, Brna et Gordon, 1999 ; Ghanizadeh, 2010). De plus, les enfants ne perçoivent pas leurs tics comme particulièrement sévères (APA, 2013 ; Leclerc et coll., 2016), ce qui entraîne une perception similaire des tics entre la mère et l'enfant.

RECHERCHES FUTURES ET LIMITES DE L'ETUDE

La première limite concerne l'exclusion des pères justifiée par le manque de données à cet effet et aussi à des fins de comparaisons aux études existantes. Une analyse de cas pourrait toutefois être réalisée, puisque la perception des pères semble plus près de celle des enfants, comparativement à la perception de la mère (Eiser et Varni, 2013).

L'étude n'a pas mesuré la santé mentale ni le niveau de stress des mères alors que la perception de celles-ci peut être influencée par ces deux facteurs (De Los Reyes, 2011 ; Seiffge-Krenke et Kollmar, 1998). L'obtention de la perception d'une tierce personne (p. ex., l'enseignant) s'avère pertinente pour pallier l'écart de perception entre la mère et l'enfant. Puisque l'enseignant côtoie l'enfant dans un environnement différent que le parent, les comportements de ce dernier pourraient être évalués dans plusieurs contextes. À des fins d'études futures, la collecte de la perception de la mère, le père, l'enseignant et l'enfant serait pertinente, afin d'obtenir un portrait complet quant à la situation de l'enfant.

L'adhésion aux projets se faisait sur une base volontaire, donc un biais de sélection s'observe. L'obtention d'un grand échantillon demeure un défi constant dû à la spécificité de la problématique étudiée. En effet, le diagnostic du SGT n'affecte qu'au maximum 1 % de la population infantile (Cavanna et Rickards, 2013). Ainsi, les retombées de l'étude ne visent pas la généralisation des résultats, mais bien de dresser un portrait de la situation pour la population visée.

RETOMBEES ET FORCES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude novatrice pour la population des jeunes présentant un SGT en plus d'être un ajout empirique aux études qui examinent la différence de perception entre les mères et les enfants.

L'étude appuie l'importance de considérer la perception d'au moins une tierce personne, telle que l'enseignant, lors de l'évaluation psychologique de l'enfant (Kolko et Kazdin, 1993 ; Loeber al., 1991). Ceci permettrait d'obtenir un portrait plus pondéré et complet des difficultés rencontrées par l'enfant. Une intervention psychologique plus ajustée aux besoins de l'enfant ainsi qu'à l'entourage immédiat en résulterait, puisque les

attentes de chacun sont prises en compte lors de l'évaluation psychologique. L'hétérogénéité des symptômes liée au diagnostic du SGT peut complexifier les angles d'interventions à privilégier, d'où la nécessité de tenir compte des différences de perceptions qui sont soulevées entre l'enfant et son parent. En ayant une meilleure compréhension liée aux enjeux du SGT, les professionnels impliqués pourraient mieux soutenir l'enfant et sa famille.

L'évaluation des différences de perception entre l'enfant et le parent peut également avoir des retombées positives quant à l'évaluation de la qualité de vie. Comme le soutient l'étude d'Ollendick et coll., (2001), les enfants peuvent pour plusieurs raisons, ne pas considérer leurs symptômes comme problématiques, n'ayant ainsi aucune influence sur la perception de la qualité de vie. En revanche, il est possible, comme le confirment les résultats de la présente étude, que les parents perçoivent les symptômes de leur enfant comme étant problématiques, ayant directement une influence sur la qualité de vie perçue. La subjectivité de l'enfant et du parent par rapport à la perception des symptômes aurait un effet direct sur l'évaluation des conséquences qui sont liées au diagnostic. Ainsi, l'évaluation de l'écart de perception des symptômes entre la mère et l'enfant permet de mettre en lumière les conséquences qu'a le diagnostic du SGT sur l'environnement familial.

Abstract

The aim of the present study is to identify the difference in perception of internalized and externalized symptoms, between mothers and children with Tourette's syndrome, in order to establish a more accurate picture during the clinical evaluation. The results first show that mothers rate the internalized and externalized symptoms more severely than the child. Results also shows that the intensity of the tics is perceived in the same way by the mother and the child. Since a difference in perception of the child's symptoms is observed between mothers and children, this study encourages the sharing of their perceptions during the child's clinical evaluation.

Keywords: Tourette, perception, internalized, externalized, mother, children

Références

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. et Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Andersen, S. M., Glassman, N. S. et Gold, D. A. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: structure and processing of Science et Comportement (2019), 29(1) 82

private and public aspects. *Journal of personality and social psychology*, 75(4), 845.

Andersen, S. M. et Ross, L. (1984). Self-knowledge and social inference: I. The impact of cognitive/affective and behavioral data. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 280.

Berg-Nielsen, T. S., Vika, A. et Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: care, health and development*, 29(3), 207-213.

Borkenau, P., Brecke, S., Möttig, C. et Paelecke, M. (2009). Extraversion is accurately perceived after a 50-ms exposure to a face. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 703-706.

Brand, N., Geenen, R., Oudenhoven, M., Lindenborn, B., Van Der Ree, A., Cohen-Kettenis, P. et Buitelaar, J. K. (2002). Brief report: cognitive functioning in children with Tourette's syndrome with and without comorbid ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 203-208.

Cath, D. C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., et Rizzo, R. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *European child & adolescent psychiatry*, 20(4), 155-171.

Cavanna, A. E., David, K., Bandera, V., Termine, C., Balottin, U., Schrag, A. et Selai, C. (2013). Health-related quality of life in Gilles de la Tourette syndrome: a decade of research. *Behavioural neurology*, 27(1), 83-93.

Cavanna, A. E. et Rickards, H. (2013). The psychopathological spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1008-1015.

Cavanna, A. E., Servo, S., Monaco, F. et Robertson, M. M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 21(1), 13-23.

Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C., Murphy, T., Scahill, L. D. et Walkup, J. (2011). Exploring the impact of chronic tic disorders on youth: results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 219-242.

Coplan, J. (2003). Atypicality, intelligence, and age: a conceptual model of autistic spectrum disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 45(10), 712-716.

De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9.

- Diener, M. B. et Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256-265.
- Dooley, J. M., Brna, P. M. et Gordon, K. E. (1999). Parent perceptions of symptom severity in Tourette's syndrome. *Archives of disease in childhood*, 81(5), 440-441.
- Eapen, V. et Črnčec, R. (2009). Tourette syndrome in children and adolescents: special considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 525-532.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Kalas, R. et Conover, N. C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child development*, 265-275.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C. et Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- Eiser, C. et Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European journal of pediatrics*, 172(10), 1299-1304.
- Fiedler, E. R., Oltmanns, T. F. et Turkheimer, E. (2004). Traits associated with personality disorders and adjustment to military life: Predictive validity of self and peer reports. *Military medicine*, 169(3), 207-211.
- Galloway, H. et Newman, E. (2017). Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 11-29.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R. et Dehbozorgi, G. R. (2010). Children and their parent's perceptions of symptom severity and treatment preference for Tourette syndrome. *Iranian journal of psychiatry*, 5(3), 93.
- Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J. L., Deniau, E. et Hartmann, A. (2016). Impact of perceived stress, anxiety-depression and social support on coping strategies of parents having a child with Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 109-113.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American psychologist*, 35(7), 603.
- Grills, A. E. et Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30-40.
- Hall, J. A., Andrzejewski, S. A., Murphy, N. A., Mast, M. S. et Feinstein, B. A. (2008). Accuracy of judging others' traits and states: Comparing mean levels across tests. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1476-1489.
- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S. et Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child development*, 71(2), 432-446.
- Hoza, B., Pelham Jr, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S. et Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts?. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 268.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E. et Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1569-1579.
- Kolar, D. W., Funder, D. C. et Colvin, C. R. (1996). Comparing the accuracy of personality judgments by the self and knowledgeable others. *Journal of personality*, 64(2), 311-337.
- Kolko, D. J. et Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 991-1006.
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. O. H. N. et Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573.
- Leclerc, J. B., O'Connor, K. P., Jobin-Nolin, G., Valois, P. et Lavoie, M. E. (2016). The effect of a new therapy for children with tics targeting underlying cognitive, behavioral, and physiological processes. *Frontiers in psychiatry*, 7, 135.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B. et Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(1), 75-95.
- Malle, B. F. et Knobe, J. (1997). Which behaviors do people explain? A basic actor-observer asymmetry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 288.
- Malli, M. A., Forrester-Jones, R. et Murphy, G. (2016). Stigma in youth with Tourette's syndrome: a systematic review and synthesis. *European child & adolescent psychiatry*, 25(2), 127-139.

- Mehl, M. R. (2006). The lay assessment of subclinical depression in daily life. *Psychological assessment*, 18(3), 340.
- Morgan, J., Robinson, D. et Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child & Family Social Work*, 7(3), 219-225.
- Ohan, J. L. et Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 230-241.
- Ollendick, T. H., Grills, A. E. et King, N. J. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: Does it make a difference?. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory et Practice*, 8(5), 304- 314.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. et Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 443-457.
- Rapee, R. M., Barrett, P. M., Dadds, M. R. et Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 984-992.
- Reynolds, C. R. (2010). Behavior assessment system for children. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.
- Rivera-Navarro, J., Cubo, E. et Almazán, J. (2014). The impact of Tourette's syndrome in the school and the family: perspectives from three stakeholder groups. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 96-113.
- Robertson, M. M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: the complexities of phenotype and treatment. *British journal of hospital medicine*, 72(2), 100-S7.
- Robertson, M. M., Eapen, V. et Cavanna, A. E. (2009). The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *Journal of psychosomatic research*.
- Rosenberg, L. A., Brown, J. et Singer, H. S. (1994). Self-reporting of behavior problems in patients with tic disorders. *Psychological reports*, 74(2), 653-654.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K. et Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European child & adolescent psychiatry*, 18(3), 136-143.
- Seiffge-Krenke, I. et Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent– adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(5), 687-697.
- Sourander, A., Helstelä, L. et Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(12), 657- 663.
- Spain, J. S., Eaton, L. G. et Funder, D. C. (2000). Perspective on personality: The relative accuracy of self versus others for the prediction of emotion and behavior. *Journal of personality*, 68(5), 837-867.
- Stephens, R. J. et Sandor, P. (1999). Aggressive Behaviour in Children with Tourette Syndrome and Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), 1036-1042.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Lack, C., Milsom, V. A., Geffken, G. R., Goodman, W. K. et Murphy, T. K. (2007). Quality of life in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 217-227.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Chase, R. M., Keeley, M., Goodman, W. K., Murray, M. et Geffken, G. R. (2007). Peer victimization in youth with Tourette's syndrome and chronic tic disorder: relations with tic severity and internalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 211-219.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Zhang, H., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J. et Leckman, J. F. (2003). Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 98-105.
- Tan, C. S. (2007). Test Review: Reynolds, CR et Kamphaus, RW (2004). Behavior assessment system for children. Circle Pines, MN: American Guidance Service. *Assessment for Effective Intervention*, 32(2), 121-124.
- Termine, C., Luoni, C., Selvini, C., Bandera, V., Balottin, U., Eddy, C. M. et Cavanna, A. E. (2014). Mother-child agreement on behavioral ratings in Tourette syndrome: a controlled study. *Journal of child neurology*, 29(1), 79-83.
- Thaulow, C. M. et Jozefiak, T. (2012). A comparison between child psychiatric outpatients with AD/HD and anxiety/depression. *Nordic journal of psychiatry*, 66(6), 396-402.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Van der Ende, J., Verhulst, F. C. et Tiemeier, H. (2012). Agreement of informants on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. *Psychological assessment*, 24(2), 293.
- Vazire, S. (2010). Who knows what about a person? The self-other knowledge asymmetry (SOKA) model. *Journal of personality and social psychology*, 98(2), 281.
- Vazire, S. et Mehl, M. R. (2008). Knowing me, knowing you: the accuracy and unique predictive validity of self-ratings and other-ratings of daily behavior. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1202.
- Wilkinson, B. J., Marshall, R. M. et Curtwright, B. (2008). Impact of Tourette's disorder on parent reported stress. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 582-598.
- Woods, D. W., Himle, M. B. et Osmon, D. C. (2005). Use of the impact on family scale in children with tic disorders: descriptive data, validity, and tic severity impact. *Child & family behavior therapy*, 27(2), 11-21.
- Woods, D. W., Koch, M. et Miltenberger, R. G. (2003). The impact of tic severity on the effects of peer education about Tourette's syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15(1), 67-78.
- Zinner, S. H., Conelea, C. A., Glew, G. M., Woods, D. W. et Budman, C. L. (2012). Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(1), 124-136.



LE TROUBLE DE L'ANOREXIE NERVEUSE :

MODÉLISATION THÉORIQUE ET TRAITEMENT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

Gaëlle Bakhos, Claude Bélanger,

Gilles Trudel et Natacha Godbout

Université du Québec à Montréal

Le trouble de l'anorexie nerveuse (AN) est un trouble de conduite alimentaire qui se caractérise par un besoin marquant de perdre du poids. Il implique également l'adoption de comportements restrictifs ou de frénésies alimentaires pouvant être accompagnées de comportements purgatoires (American Psychiatric Association, 2013). Souvent accompagnée d'autres troubles de santé mentale, l'AN a des conséquences délétères sur les plans physique et psychologique (p. ex. diminution de la qualité de vie et de l'espérance de vie), avec un taux de mortalité parmi les plus élevés de l'ensemble des troubles de santé mentale. La présente recension des écrits vise à dresser un portrait de l'AN en termes de critères diagnostiques, de prévalence, d'antécédents et de conséquences. Elle relève également les facteurs sous-jacents au développement et au maintien du trouble. Elle décrit ensuite les traitements d'approche cognitive et comportementale à la lumière des données empiriques relatives à leur efficacité. Finalement, cette recension identifie les limites des connaissances actuelles et propose des pistes de recherches futures.

Mots-clés : anorexie nerveuse, trouble de conduite alimentaire, modèle cognitif et comportemental pour l'anorexie nerveuse, thérapie cognitive et comportementale (TCC), thérapie d'acceptation et d'engagement.

See end of text for English abstract.

Correspondance : Gaëlle Bakhos, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), 100, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, Qc, Canada, H2X 3P2. Adresse électronique : bakhos.gaelle@courrier.uqam.ca.

Introduction

L'anorexie nerveuse (AN) est un trouble de la conduite alimentaire caractérisé par une symptomatologie délétère et persistante pouvant significativement compromettre la qualité de vie et pouvant engendrer une détérioration sévère de l'état de santé, voire conduire à la mort. Cette revue narrative des écrits scientifiques a pour objectif de fournir un portrait étayé des connaissances actuelles sur la conceptualisation et le traitement du trouble de l'AN. Les critères diagnostiques et les taux de prévalence du trouble seront présentés, accompagnés des données sur l'étiologie de l'AN, son évolution et ses conséquences physiologiques et psychologiques. Les principaux modèles théoriques sur ce trouble seront ensuite présentés et critiqués. Puis, une description des thérapies cognitives et comportementales de deuxième et de troisième vague et leur soutien empirique seront traités. Cette revue se base sur une recherche effectuée sur les moteurs de recherche MedLine et PsycInfo, à partir de différents mots clés (p. ex. «anorexia nervosa» OU «eating disorders» avec «cognitive behavioral models», «theoretical models», «cognitive behavioral treatment» OU «acceptance and commitment therapy»). Les références citées dans les articles ou les chapitres de livre sélectionnés ont aussi été examinées afin d'identifier la documentation pertinente additionnelle. Pour être retenus, les articles devaient avoir été publiés en anglais ou en français dans une revue avec révision par les pairs et cibler des approches cognitives et comportementales. Les études recherchées sont celles publiées entre 1980 et 2018 pour les modèles théoriques et entre 2005 et 2018 pour les traitements et les études évaluant leur efficacité. Les différentes théories et les traitements ont été sélectionnés en fonction de leur récence, de leur soutien empirique et de leur rayonnement dans le domaine.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le trouble de l'anorexie nerveuse (AN) se définit par une baisse significative du poids d'une personne par suite d'une restriction alimentaire (American Psychiatric Association, 2013). Ce poids devient inférieur à celui attendu en fonction de l'âge, du sexe, de la période de développement et de la santé physique de la personne (American Psychiatric Association, 2013). L'AN se caractérise par une peur marquée de prendre du poids. L'anxiété ainsi générée s'apparente à une dynamique phobique où l'évitement permet de moduler la réponse anxieuse et où la personne adopte des comportements compensatoires afin de perdre du poids. La perception de soi en est altérée, ce qui peut entraîner une perturbation de l'estime de soi et une distorsion de la perception du poids réel (American Psychiatric Association, 2013).

L'AN se divise en deux sous-types qui mènent à une perte de poids, soit les types restrictif et boulimique. Le premier type se définit par l'adoption de régimes, de jeûnes et d'exercices physiques extrêmes, alors que le second type se définit par un recours persistant à la frénésie alimentaire, aux vomissements forcés et à d'autres comportements purgatifs (p. ex. prise de laxatifs et de diurétiques) (American Psychiatric Association, 2013).

PRÉVALENCE

La majorité, soit 90 % des personnes qui souffrent d'anorexie mentale sont des femmes (American Psychiatric Association, 2013). Les taux de prévalence de vie chez ces femmes au sein de la population générale varient entre 1,20 % et 2,2 % (Bulik et coll., 2006; Keski-Rahkonen et coll., 2007) alors que 0,29 % des hommes rencontrent les critères du DSM-IV de l'AN (Bulik et coll., 2006). Toutefois, les taux dans la population masculine demeuraient sous-documentés (American Psychiatric Association, 2013).

Les critères diagnostiques de l'AN qui prévalaient dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) pouvaient paraître rigides et stricts, notamment dans le fait d'exiger l'aménorrhée et une perte de poids équivalente à moins de 85 % du poids attendu. En conséquence, malgré la présence d'autres symptômes liés à l'AN, les personnes qui avaient un poids légèrement supérieur au seuil diagnostique requis recevaient le diagnostic de trouble des conduites alimentaires non spécifié (TCA-NS) (Fairburn et Bohn, 2005). Les études indiquent pourtant que la sévérité des symptômes et le niveau de dysfonctionnement psychosocial des personnes qui présentent un TCA-NS sont similaires à la symptomatologie présente chez ceux qui obtiennent le diagnostic d'AN et de boulimie nerveuse (BN) (Ricca et coll., 2001). De 67 % à 90 % des personnes qui consultaient pour des problèmes alimentaires se voyaient attribuer le diagnostic de TCA-NS (Turner et Bryant-

Waugh, 2004; Zimmerman et coll., 2008). L'absence de spécificité s'avérait d'autant plus problématique qu'il y a peu de données empiriques disponibles sur le traitement du TCA-NS (Fairburn et Bohn, 2005).

Le DSM-5 a su répondre à ces lacunes en modifiant les critères diagnostiques de l'AN, en assouplissant le critère de perte de poids, en retirant le critère de l'aménorrhée et en ajoutant l'indice de masse corporelle (IMC) pour déterminer la sévérité de l'AN (American Psychiatric Association, 2013). Les critères diagnostiques étant ainsi modifiés, une étude récente indique que les taux de prévalence de vie pour l'AN ont augmenté de 60 %, passant de 2,2 % selon les critères du DSM-IV à 3,6 % pour le DSM-5 (Mustelin et coll., 2016).

ÉVOLUTION

L'AN se développe généralement au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2013), soit en moyenne entre 15 et 19 ans (Keski-Rahkonen et coll., 2007). La sévérité de l'AN est déterminée en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC). Ainsi, l'AN est considérée comme légère lorsque l'IMC ≥ 17 kg/m², modérée lorsque l'IMC = 16-16,99 kg/m², grave lorsque l'IMC = 15-15,99 kg/m² et extrême lorsque l'IMC < 15 kg/m² (American Psychiatric Association, 2013). L'étude longitudinale de Eddy et coll. (2008) a révélé que plus de la moitié des femmes qui souffrent d'AN tendent à migrer du sous-type restrictif au sous-type boulimique ou inversement. Un tiers d'entre elles vont évoluer de l'AN à la BN, particulièrement pour le sous-type boulimique. Toutefois, il est rare d'observer une migration de la BN à l'AN (Eddy et coll., 2008). Une récente étude longitudinale (Fitcher et coll., 2017) a examiné l'évolution du trouble 10 ans et 20 ans après un traitement initial. Les résultats indiquent que 10 ans après l'intervention, 29,6 % des personnes rapportaient une rémission complète alors que 6,4 % rapportaient une rémission partielle. L'AN était persistante dans 16,1 % des cas et 7,5 % ont évolué de l'AN à la BN, alors que 39,9 % sont passés de l'AN au TCA-NS. Après 20 ans, 39,3 % des participants rapportaient une rémission complète, 3,6 % une rémission partielle, 9,8 % une persistance de l'AN, 4,5 % migraient de l'AN à la BN et 42 % migraient de l'AN au TCA-NS. Cette étude a en outre démontré une diminution de la symptomatologie associée au trouble dans le temps (p. ex. IMC, insatisfaction corporelle, désir de minceur) et des symptômes comorbides (p. ex. dépression et anxiété).

CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

L'AN a des effets délétères sur la santé physique et psychologique. En raison des carences nutritionnelles, elle peut mener à de lourdes conséquences médicales telles que l'aménorrhée et les problèmes osseux, cardiaques, endocriniens et métaboliques (Miller et coll., 2005). Ce trouble peut également avoir des conséquences

psychologiques, notamment une augmentation de la détresse (Mond, Rogers, Hay et Owen, 2011) et une diminution de l'intérêt sexuel (Pinheiro et coll., 2010) ainsi que des conséquences sociales telles que l'isolement (American Psychiatric Association, 2013).

COMORBIDITÉS

L'AN est accompagnée d'au moins un autre trouble de santé mentale dans 56,2 % à 73,3 % des cas (Hudson et coll., 2007; Salbach-Andrae et coll., 2008). Ces taux varient en fonction des sous-types de l'AN et sont plus élevés pour le sous-type boulimique. On constate qu'entre 16,9 % et 45,4 % des personnes présentant une AN du sous-type restrictif rapportent un trouble anxieux, de 33,4 % à 57,7 % un trouble de l'humeur et de 1,4 % à 4,2 % un trouble d'abus de substances. Quant à l'AN du sous-type boulimique, de 46,7 % à 55,7 % des personnes qui en souffrent rapportent également un trouble anxieux, de 49,3 % à 66,7 % un trouble de l'humeur et de 10,6 % à 26,7 % un trouble d'abus de substances (Salbach-Andrae et coll., 2008; Ulfvebrand et coll., 2015). Peu de différences entre les sous-types de l'AN sont toutefois observées en ce qui concerne le trouble obsessionnel-compulsif, à savoir 16,9 % pour le sous-type restrictif et 16,7 % pour le sous-type boulimique (Salbach-Andrae et coll., 2008).

MORTALITÉ

L'AN diminue significativement la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes (Ághet coll., 2016) ainsi que leur espérance de vie (Rosling, Sparén, Norring et Von Knorring, 2011). En effet, le taux de mortalité chiffré à 5 % par décennie serait parmi les plus élevés de l'ensemble des troubles de santé mentale (American Psychiatric Association, 2013; Chesney, Goodwin et Fazel, 2014). Ce taux de mortalité peut être expliqué à la fois par les conséquences médicales qui résultent de l'AN et par les taux de suicide (Rosling et coll., 2011). En effet, 24,3 % des personnes souffrant du type restrictif et 43,2 % du type boulimique disent avoir des idées suicidaires (Milos, Spindler, Hepp et Schnyder, 2004). Dans le sous-type restrictif, on compte en outre entre 8,65 % et 10,5 % des personnes qui ont commis des tentatives suicidaires comparativement au sous-type boulimique qui a une prévalence trois fois plus élevée, soit entre 25 % et 35 % (Forcano et coll., 2011; Milos et coll., 2004).

FACTEURS DE RISQUE

Génétiques. Plusieurs études rapportent un niveau élevé d'héritabilité de l'AN (Bulik et coll., 2006; Klump, Miller, Keel, McGue et Iacono, 2001), soit entre 30 % et 56 % pour les jumeaux monozygotes, comparativement aux jumeaux dizygotes qui présentent un taux de concordance variant entre 15 % et 36 % (Bulik et coll., 2006). De même, le risque de développer un trouble de conduite alimentaire augmente lorsqu'un membre de la

famille biologique au premier degré présente un tel trouble (American Psychiatric Association, 2013).

Environnementaux. L'environnement joue un rôle déterminant dans le développement et le maintien de l'AN. En effet, les études révèlent que les problèmes familiaux, les attitudes négatives et les exigences des parents face au corps de leur enfant, et le contrôle alimentaire de la mère sur son propre corps représentent tous des facteurs de risque au développement et au maintien du trouble (Haynos, Watts, Loth, Pearson et Neumark-Stzainer, 2016; Pike et coll., 2008). Les sociétés occidentales, les sports et les occupations (p. ex. athlétisme, gymnastique, danse ou mannequinat) qui véhiculent des idéaux de minceur et des attentes irréalistes concernant l'apparence physique pourraient mener à l'insatisfaction corporelle et aux préoccupations alimentaires (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink et Grammer, 2009; Valls, Rousseau et Chabrol, 2013). Les traumas durant l'enfance et à l'âge adulte, notamment l'agression sexuelle et la négligence physique ou psychologique, seraient également associés au développement du trouble des conduites alimentaires (TCA) (Fischer, Stojek et Hartzell, 2010, Kong et Bernstein, 2009; Pignatelli, Wampers, Loredio, Biondi et Vanderlinden, 2017).

Individuels. Le perfectionnisme, les symptômes dépressifs, une faible estime de soi, l'insatisfaction corporelle, les préoccupations quant au corps et au poids et l'idéalisation de la minceur figurent parmi les facteurs de vulnérabilité au développement de l'AN (Keel et Forney, 2013; Pike et coll., 2008; Stice, Marti et Durant, 2011). Les distorsions cognitives telles que le recours au clivage, la pensée magique et la surgénéralisation seraient aussi associées au développement du trouble (Garner et Bemis, 1982).

MODÈLES THÉORIQUES

Modèle cognitivo-comportemental du maintien de l'anorexie mentale

Le modèle cognitivo-comportemental du maintien de l'anorexie mentale (Fairburn, Shafran et Cooper, 1999) postule qu'un besoin extrême d'autocontrôle est au cœur de l'AN. Ce besoin est jumelé à une tendance à juger de sa valeur personnelle en fonction de sa forme corporelle et de son poids. L'absence de contrôle sur le corps ou sur la nourriture mènerait plus précisément à un doute de sa propre valeur, à une augmentation du sentiment d'inefficacité et à une diminution de l'estime de soi (Fairburn, Cooper, Doll et Welch, 1999; Vitousek et Manke, 1994). La personne tenterait dès lors d'exercer un contrôle sur certains aspects de sa vie (p. ex. travail) afin de compenser le sentiment d'échec personnel qui l'habite (Bruch, 1973). Rapidement, le contrôle s'oriente vers le corps et l'alimentation, des cibles plus facilement atteignables parce qu'elles ne dépendent pas de l'environnement (Slade, 1982).

Ce modèle propose que la restriction alimentaire serait renforcée par trois mécanismes contribuant au maintien de l'AN.

Premier mécanisme. La restriction alimentaire, soit la quantité et le type de nourriture ingérée, aurait un effet immédiat sur le sentiment d'autocontrôle qui, à son tour, augmenterait le sentiment de valeur personnelle (Slade, 1982). La restriction alimentaire est donc gratifiante puisqu'elle serait renforcée positivement par le sentiment d'autocontrôle et par un sentiment de valeur personnelle. Ce résultat pourrait expliquer en partie la résistance aux changements exprimée en thérapie par les patients souffrant d'AN.

Deuxième mécanisme. La perte de poids occasionnée par la restriction alimentaire mènerait à un état de famine. Cette condition générerait à son tour des changements physiologiques et psychologiques, notamment la perte d'intérêt, la perturbation de la concentration, des sensations de faim et de satiété (Garner, 1997). Certains de ces changements, tels que la sensation extrême de faim, seraient perçus à la fois comme un échec et comme une menace aux capacités d'autocontrôle. En réponse à cette menace perçue, la personne adopterait des comportements restrictifs.

Troisième mécanisme. Ce mécanisme serait davantage associé aux sociétés occidentales qui véhiculent des idéaux de minceur. La perception du corps serait fortement influencée par les images projetées dans les médias sociaux (Hamilton et Waller, 1993). L'importance accordée à l'apparence physique encouragerait la personne à contrôler la nourriture, son poids et son corps. Les sentiments de contrôle et de valeur personnelle seraient étroitement liés à la capacité à perdre du poids. La gestion constante du poids soutiendrait la préoccupation face aux fluctuations de poids mineures et maintiendrait la présence de croyances irrationnelles. Cette préoccupation inciterait la personne à vérifier son poids de manière répétée (Rosen, 1997). En effet, une légère prise de poids serait perçue comme un échec au contrôle, encourageant alors la restriction alimentaire afin de ne pas perdre ce contrôle. Clark (1997) postule ici un mécanisme similaire à celui observé chez les personnes atteintes de trouble panique. Ces dernières ont tendance à exagérer l'importance des fluctuations et des inconforts de leurs sensations corporelles en y détectant les signes précurseurs de sensations physiques catastrophiques imminentes. Un biais de confirmation équivalant opérerait dans l'AN où des vérifications fréquentes effectuées dans un état d'excitation, à l'aide de miroirs ou de pesées, amplifieraient les perceptions d'imperfections corporelles et s'associeraient au contrôle de soi caractérisé par l'hypervigilance; cela maintiendrait ou exacerberait l'excitation, créant ainsi un cercle vicieux. En effet, ce biais de confirmation induirait une perception constante d'échec au contrôle du poids et du corps, et encouragerait le maintien de la restriction alimentaire. Au fil du temps,

la vérification corporelle répétée deviendrait anxiogène et intolérable. La personne commencerait dès lors à éviter ce type de vérification, ce qui renforcerait les préoccupations erronées qui auraient été encodées à l'égard du corps et du poids puisqu'il n'y aurait plus d'occasions pour infirmer ses croyances. À titre d'exemple, en se pesant, il serait possible d'infirmer la fausse croyance « J'ai dû prendre huit livres parce que j'ai mangé un repas complet », alors qu'en évitant de se peser, cette croyance serait validée et entretenue. De plus, après une certaine période de privation alimentaire, la perte de poids ralentirait éventuellement, ce qui serait aussi perçu comme un échec au contrôle. Ainsi, la personne pourrait maintenir ou intensifier sa restriction alimentaire tout en s'engageant dans d'autres comportements compensatoires tels que l'exercice physique excessif et les comportements purgatoires. Cette personne pourrait aussi développer la croyance que les comportements purgatoires sont efficaces puisqu'ils lui permettraient de perdre du poids sans avoir à restreindre son alimentation. Cette croyance expliquerait l'évolution des patients du sous-type restrictif au sous-type boulimique avec des comportements purgatoires.

Modèle transdiagnostique du maintien des troubles alimentaires

Le modèle transdiagnostique du maintien des troubles alimentaires (Fairburn, Cooper et Shafran, 2003) ajoute des facteurs de maintien communs aux troubles de conduite alimentaire, soit le perfectionnisme clinique, une faible estime de soi et l'intolérance aux émotions et aux difficultés interpersonnelles.

Perfectionnisme clinique. Une personne qui souffre d'un trouble du comportement alimentaire risquerait de développer un schéma d'auto-évaluation dysfonctionnel. Ce schéma comprend le perfectionnisme clinique, qui se définit par une importance rigide et inflexible accordée aux exigences que la personne s'impose, telles qu'avoir du contrôle sur la nourriture, le poids et le corps. Le contrôle pourrait s'étendre aux autres domaines de la vie tels que l'école ou le travail. Selon Shafran, Cooper et Fairburn (2002), cette personne rapporterait une peur de l'échec vis-à-vis de ses objectifs irrationnels liés au poids ou à l'image. Cela se manifesterait par un besoin extrême de « performance biaisée » comme le suivi étroit des calories. Dès lors, la valeur personnelle de la personne reposerait essentiellement sur une vision erronée de ses accomplissements en termes de contrôle alimentaire ou corporel, ce qui encouragerait le maintien du trouble.

Faible estime de soi. Les personnes ayant une faible estime de soi auraient une vision négative d'elles-mêmes, et ce, indépendamment de leur capacité ou non à exercer du contrôle sur leur corps et sur leur poids. Or, cette faible estime de soi interagirait avec leur schéma d'auto-évaluation dysfonctionnel et interférerait avec leur potentiel de changement. D'une part, ces personnes se sentiraient souvent impuissantes et incapables d'effectuer

des changements, ce qui justifierait le taux élevé d'abandon thérapeutique, et, d'autre part, cette faible estime de soi les encouragerait à poursuivre avec détermination le contrôle sur l'alimentation et le poids, rendant les changements difficiles. L'estime de soi se manifesterait également par un ensemble de cognitions négatives et biaisées qui exacerberaient la vision négative de soi, notamment la surgénéralisation et les idées irrationnelles telles que « si j'échoue un examen, c'est que je suis un échec ».

Intolérance aux émotions. L'intolérance aux émotions négatives se définit par l'incapacité à gérer ses émotions telles que l'anxiété, la colère, la tristesse. Ce facteur pourrait également encourager l'adoption de comportements boulimiques ou restrictifs (Fairburn, Cooper et Cooper, 1986). Ainsi, la personne adopterait des comportements dysfonctionnels régulateurs de tension dans le but de calmer, neutraliser ou éviter les émotions et les cognitions perçues comme intolérables (Dion, Boulianne-Simard et Godbout, 2018). Parmi ces comportements, on note l'exercice physique excessif, la frénésie alimentaire, l'automutilation et l'abus de substances; ils apporteraient un soulagement éphémère tout en contribuant paradoxalement au maintien ou à l'exacerbation des symptômes, de la détresse et du sentiment d'échec dans la gestion des émotions et des cognitions.

Problèmes interpersonnels et familiaux. Les tensions familiales pourraient inciter les patients à adopter des comportements de restriction alimentaire. En effet, cette restriction serait une tentative d'exercer du contrôle sur eux-mêmes et de diminuer les tensions familiales (Fairburn, Shafran et Cooper, 1999). De surcroît, certains environnements risqueraient d'alimenter les préoccupations face au corps et à la nourriture comme discuté ci-haut (cf. section facteurs de risque). Les difficultés relationnelles à long terme affecteraient l'estime de soi et entraîneraient des efforts accrus face au contrôle de l'alimentation et du poids.

En conclusion, l'ensemble de ces facteurs s'interfèdente, contribue au maintien d'une diète stricte et de comportements dysfonctionnels, et mène aux deux sous-types de l'AN : restrictif ou boulimique.

Modèle cognitif et interpersonnel

Le modèle cognitif et interpersonnel (Schmidt et Treasure, 2006; Treasure et Schmidt, 2013) suggère que les traits obsessionnels compulsifs et évitants seraient des facteurs biologiques rendant la personne plus vulnérable au développement de l'AN. Les auteurs qui proposent ce modèle indiquent également la présence de quatre facteurs de maintien étroitement liés : le perfectionnisme et la rigidité cognitive, l'évitement expérientiel, les réponses positives et négatives des proches et les croyances favorables au développement ou au maintien de l'AN (Schmidt et Treasure, 2006).

Le perfectionnisme et la rigidité cognitive pourraient être associés à des traits obsessionnels compulsifs déjà présents avant l'apparition de l'AN (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh et Treasure, 2003). Ce facteur de vulnérabilité se traduirait par une peur excessive de faire des erreurs, par des distorsions cognitives et par une pensée dichotomique (Schmidt et Treasure, 2006). L'ingestion d'aliments serait perçue ici comme une erreur et une perte de contrôle, générant une amplification des émotions négatives et encourageant en retour les comportements de restriction. Il a également été démontré que la restriction alimentaire et la perte de poids exacerberaient à leur tour les comportements obsessionnels compulsifs (Pollice, Kaye, Greeno et Weltzin, 1997; Schmidt et Treasure, 2006). Par ailleurs, les traits perfectionnistes et les distorsions cognitives mèneraient à des croyances favorables au développement ou au maintien de l'AN, ce qui fournirait une explication quant à l'ambivalence face au changement manifesté par les personnes souffrant du trouble (Schmidt et Treasure, 2006).

L'évitement expérientiel fait référence à l'évitement d'émotions négatives et douloureuses (Wildes, Ringham et Marcus, 2010) ainsi qu'à l'évitement des relations interpersonnelles. Ce facteur serait renforcé par la présence de traits évitants qui prédisposent la personne au développement de l'AN (Schmidt et Treasure, 2006). Ce mécanisme d'évitement est également mis de l'avant par la théorie fonctionnelle de l'évitement émotionnel dans l'AN (Wildes et coll., 2010), qui suggère que les symptômes du trouble (p. ex. restriction alimentaire) seraient une stratégie d'évitement des sensations, des pensées et des émotions intenses et douloureuses (Brockmeyer et coll., 2012). Parallèle à cette théorie, Schmidt et Treasure (2006) avancent que l'attention dirigée vers la nourriture et le corps permettrait d'éviter et de diminuer l'intensité des émotions pour aboutir à un sentiment de détachement plus tolérable. En retour, la restriction alimentaire mènerait au retrait ainsi qu'à une baisse d'intérêt et d'engagement dans les relations interpersonnelles.

Les réponses positives et négatives des proches sont les émotions et les comportements manifestés à l'égard du trouble, tels que les compliments ou l'inquiétude face à la perte de poids ou au contrôle alimentaire. L'attention et les soins prodigués par les proches renforceraient en retour la restriction alimentaire et les croyances favorables au développement ou au maintien du trouble (Schmidt et Treasure, 2006). Ce modèle suggère aussi que les proches ressentiraient de l'impuissance et de la culpabilité pouvant se manifester par du blâme et de l'hostilité envers la personne qui souffre d'AN (Schmidt et Treasure, 2006; Treasure et Nazar, 2016). La personne pourrait dès lors percevoir les relations comme dangereuses et menaçantes, renforçant la mise en place d'une stratégie d'évitement pour gérer l'anxiété générée.

Modèle cognitivo-comportemental intégré des troubles alimentaires

Le modèle cognitivo-comportemental intégré des troubles alimentaires (Williamson, White, York-Crowe et Stewart, 2004) assimile plusieurs facteurs de maintien de l'AN qui s'interinfluencent, soit les facteurs de risque, les stimuli, les émotions négatives et les comportements compensatoires. Les facteurs de risque, tels que l'intériorisation des idéaux de minceur et le perfectionnisme, ainsi que les stimuli, tels que les informations liées au corps et à la nourriture, interagiraient entre eux et activeraient un schéma négatif de soi associé au corps, au poids et à la nourriture. Les émotions négatives, telles que l'anxiété et la colère, interagiraient avec le schéma de soi et activeraient les biais cognitifs (Vitousek et Hollon, 1990; Williamson, 1996) qui, à leur tour, raviveraient les émotions négatives et impacteraient le schéma de soi. Les biais cognitifs font référence au traitement erroné de l'information associée au poids, au corps et à la nourriture. Ces biais contribueraient également au maintien du trouble en exacerbant les émotions négatives qui encourageraient, en retour, les épisodes boulimiques et l'adoption de comportements compensatoires (p. ex. exercice physique excessif). Ces comportements seraient donc utilisés comme stratégie d'évitement, soulageant temporairement les émotions négatives, ce qui confirmerait la croyance de leur efficacité (Craighead et Allen, 1995; McManus et Waller, 1995). Les biais cognitifs peuvent aussi mener directement à la restriction alimentaire. En retour, une privation alimentaire prolongée aboutirait à une sensation extrême de faim favorisant ainsi les épisodes boulimiques suivis de comportements compensatoires (Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie et Watkins, 1990). Ultiment, l'exacerbation des émotions négatives et la restriction alimentaire seraient précurseurs des épisodes boulimiques (Stice, 2001). Ces derniers seraient souvent suivis de comportements compensatoires afin d'annuler les effets de l'ingestion massive de nourriture. Ils ancreront donc la confirmation de l'utilité de ces comportements, la réactivation des émotions négatives et du schéma de soi, favorisant ainsi le retour dans le cercle vicieux.

Biais cognitifs. Le biais attentionnel se définit par l'attention marquée aux stimuli associés au poids, à la forme corporelle et aux aliments. L'attention serait donc portée sur les informations cohérentes avec le schéma de soi, alors que les informations incohérentes seraient ignorées. Ainsi, dans la tâche de *Stroop*, la présence de l'AN se manifesterait par une réponse plus lente à la dénomination des couleurs de mots associés aux préoccupations corporelles comparativement aux mots neutres (Ben-Tovim et Walker, 1991).

Le biais de sélection mnésique se définit par une sélection de l'information cohérente avec les croyances et par une facilité à l'encoder et à la récupérer (Vitousek et Hollon, 1990; Williamson, 1996). Le biais

d'interprétation sélective se produirait lorsque la personne sélectionne et interprète l'information de manière biaisée et qu'elle ignore toute perspective alternative afin de maintenir une certaine cohérence avec le schéma internalisé qu'elle a d'elle-même. Ainsi, tout comportement d'autrui ressenti comme un jugement serait automatiquement perçu comme une menace personnelle et serait automatiquement attribué négativement au corps et au poids (Cooper, 1997). La surestimation du poids implique une gestion constante de l'écart entre la perception du soi corporel actuel et le soi corporel idéal; plus cet écart est grand, plus l'insatisfaction corporelle, la souffrance et l'inconfort augmentent (Higgins, 1987; Williamson, Cubic et Gleaves, 1993). Les événements qui suscitent des préoccupations corporelles favoriseraient l'amplification de la perception du poids actuel et la diminution du poids idéal. Finalement, le désir extrême de minceur et l'apparence physique se caractérisent par une préférence marquée pour un corps très mince (Williamson et coll., 1990).

CRITIQUE DES MODÈLES THÉORIQUES

Les modèles théoriques présentés sont basés sur des données empiriques. Ils ont cependant été élaborés sans tenir compte des niveaux de sévérité et de chronicité de l'AN ni de l'ensemble des facteurs de risque, ce qui fait entrave à une représentation adéquate de la complexité du trouble. Les modèles théoriques ont mis l'accent sur les facteurs de maintien de l'AN plutôt que sur les facteurs contribuant à son développement. Toutefois, le modèle cognitivo-comportemental du maintien de l'anorexie mentale (Fairburn et coll., 1999) a établi le sentiment d'inefficacité, la faible estime de soi et le perfectionnisme comme des facteurs potentiels au développement de l'AN. La théorie cognitivo-comportementale intégrée des troubles alimentaires (Williamson et coll., 2004) ajoute l'intériorisation d'idéaux de minceur et les préoccupations corporelles extrêmes comme facteurs de risque. Le modèle transdiagnostique explicatif du maintien des troubles alimentaires (Fairburn et coll., 2003) désigne l'intolérance aux émotions comme facteur de maintien, alors que la rigidité face au contenu émotionnel pourrait également contribuer au développement de l'AN. Par ailleurs, tous ces modèles sont davantage centrés sur les facteurs individuels et environnementaux (p. ex. apprentissage par la famille, la culture et les pairs), négligeant parfois les facteurs biologiques et génétiques sous-jacents au développement et au maintien du trouble, à l'exclusion peut-être du modèle cognitif et interpersonnel (Schmidt et Treasure, 2006) qui accorde une place aux facteurs innés. De surcroît, bien que ces modèles aient fait mention de la culture et de la famille, ils ont ignoré la contribution d'autres facteurs environnementaux tels que la relation conjugale ainsi que les traumatismes interpersonnels durant l'enfance et à l'âge adulte, alors que ces déterminants semblent liés au

développement et au maintien de l'AN (Bégin et Aimé, 2008; Fischer, Stojek et Hartzell, 2010).

Ces modèles abordent néanmoins d'importants facteurs de maintien et offrent une explication potentielle à la résistance et à l'ambivalence des patients à l'égard du traitement. Ainsi, la force du modèle transdiagnostique (Fairburn et coll., 2003) est le développement d'une théorie qui intègre les caractéristiques communes présentes dans l'ensemble des troubles alimentaires. Une force notable du modèle cognitivo-comportemental intégré des troubles alimentaires (Williamson et coll., 2004) est l'inclusion des biais cognitifs associés à l'AN ainsi qu'une explication approfondie des facteurs qui favorisent les épisodes boulimiques avec comportements compensatoires. La force du modèle cognitivo-comportemental du maintien de l'anorexie mentale (Fairburn et coll., 1999) est d'introduire le sentiment de contrôle et son influence sur les émotions et sur les comportements.

De manière générale, les modèles présentés incorporent les composantes cognitives, comportementales et émotionnelles du trouble. Le modèle transdiagnostique (Fairburn et coll., 2003) et le modèle cognitif et interpersonnel (Schmidt et Treasure, 2006) mettent l'emphase sur l'intolérance ainsi que l'évitement des émotions et des relations. Ces modèles ont aussi abordé le rôle de l'environnement (problèmes interpersonnels, réponse des proches) dans le maintien du trouble, ce qui offre une compréhension plus holistique de l'AN. En raison de leur complexité, plusieurs concepts associés au modèle cognitivo-comportemental intégré des troubles alimentaires (Williamson et coll., 2004) gagneraient à être approfondis dans de futures contributions empiriques et théoriques, notamment les stimuli et le schéma de soi. Il serait également bénéfique d'élaborer plus amplement les distorsions cognitives du modèle cognitif et interpersonnel (Schmidt et Treasure, 2006) puisqu'elles semblent jouer un rôle central chez les personnes souffrant d'AN. Finalement, le modèle cognitif et interpersonnel est le seul à avoir mis de l'avant le rôle des facteurs biologiques dans le développement de l'AN et leur interaction avec les facteurs environnementaux (Schmidt et Treasure, 2006). En effet, ces facteurs biologiques offrent une explication potentielle de la présence de comorbidités telles que le trouble obsessionnel compulsif (cf. section Comorbidités).

TRAITEMENT

Thérapie cognitive et comportementale améliorée (TCC-A)

La TCC-A (*Enhanced cognitive and behavioral therapy CBT-E*) repose sur le modèle transdiagnostique élaboré par Fairburn, Cooper et Shafran (2003). Elle se différencie de la TCC traditionnelle dans la modification des cognitions par des stratégies comportementales plutôt que par le recours à des techniques de restructuration

cognitive traditionnelles (Murphy, Straebl, Cooper et Fairburn, 2010). La TCC-A ne se limite pas à traiter les afflictions associées aux diagnostics élaborés à partir de la nosologie du DSM, mais elle vise plutôt la psychopathologie commune aux troubles alimentaires (Fairburn, 2008). D'ailleurs, plusieurs études longitudinales déjà rapportées démontrent que les personnes évoluent d'un diagnostic à l'autre (Eddy et coll., 2008; Fitcher et coll., 2017), ce qui justifie la pertinence de cibler les symptômes cliniques plus vastes et transdiagnostiques communs (p. ex. le contrôle et l'importance accordée au corps et au poids) aux troubles alimentaires. La thérapie est d'une durée de 20 ou 40 semaines selon le niveau de sévérité du trouble (Murphy et coll., 2010) et peut prendre deux modalités, soit une modalité ciblée qui vise exclusivement les caractéristiques communes aux troubles alimentaires, soit une modalité élargie qui aborde également les composantes du modèle transdiagnostique, à savoir : l'intolérance aux émotions, le perfectionnisme clinique, la faible estime de soi et les difficultés interpersonnelles (Fairburn et coll., 2008; Murphy et coll., 2010).

Cette thérapie vise d'abord l'établissement d'une alliance thérapeutique positive et à susciter l'espoir du patient afin de favoriser son adhésion à la thérapie. Elle inclut le gain de poids graduel par l'instauration d'un plan alimentaire régulier et réaliste. Elle tente également de remédier à la vérification corporelle en thérapie (p. ex. pesées à chaque séance) pour contrer l'évitement ou la vérification constante (Murphy et coll., 2010). Cette thérapie favorise l'engagement du patient dans d'autres sphères de la vie et aborde plusieurs éléments, dont les règles de restriction, l'exercice excessif, l'importance accordée au poids et au corps. Elle encourage aussi le patient à prendre conscience des émotions du moment et à bien les identifier (Murphy et coll., 2010). Pour atteindre ces objectifs, la TCC-A utilise plusieurs techniques d'intervention telles que la psychoéducation, les grilles d'auto-observation et la résolution de problèmes. Finalement, cette intervention cible le maintien des acquis et la prévention des rechutes par la formulation d'un plan réaliste qui contribue à minimiser les risques de rechute (Fairburn et coll., 2008; Murphy et coll., 2010).

L'efficacité du traitement de l'AN est difficile à évaluer empiriquement, notamment en raison de hauts taux d'attrition (DeJong, Broadbent et Schmidt, 2012) affectés par une motivation souvent réduite et une forte ambivalence au changement (Abbate-Daga, Amianto, Delsedime, De-Bacco et Fassino, 2013). Plusieurs études disponibles portent sur l'efficacité de la TCC-A avec les adolescents et les adultes qui rapportent une AN légère ou sévère (Calugi, Grave, Sartirana et Fairburn, 2015; Calugi, El Ghoch et Grave, 2017). En général, les résultats indiquent que, suite au traitement, les patients rapportent une augmentation de leur poids corporel moyen, une diminution des symptômes associés au TCA

ainsi que des autres troubles connexes et un maintien des acquis de 12 à 15 mois après le traitement (Grave, Calugi, Doll et Fairburn, 2013; Grave, Calugi, El Ghoch, Conti et Fairburn, 2014, Fairburn et coll., 2013). L'étude de Byrne, Fursland, Allen et Watson (2011) révèle une amélioration avec tailles d'effets modérées entre le pré-test et le post-test pour la restriction alimentaire, les préoccupations alimentaires et corporelles, les difficultés interpersonnelles, la qualité de vie, l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux.

Ultimement, l'état des connaissances actuelles indique que la TCC-A aurait une certaine efficacité pour le traitement de l'AN. Toutefois, d'autres essais contrôlés randomisés doivent être réalisés afin d'examiner si la TCC-A est équivalente, voire supérieure, à d'autres traitements prouvés efficaces.

Réalité virtuelle

La thérapie par la réalité virtuelle consiste à exposer le patient à différentes situations anxiogènes dans un environnement virtuel en 3D (p. ex. miroir, cuisine, balance) (Perpiñá, Botella et Baños, 2003). Elle représente une alternative à l'exposition *in vivo*, qui peut sembler menaçante pour plusieurs ou à l'exposition par imagerie (Bush, 2008), particulièrement pour les personnes qui ont de la difficulté à imaginer des situations aversives. En effet, la réalité virtuelle est pratiquée dans un environnement sécurisant où la personne peut explorer ses émotions et ses pensées dans des situations naturelles et réalistes. Par ailleurs, cette technique est immersive et peut donc stimuler plusieurs modalités sensorielles (p. ex. auditive, visuelle). Elle permet également au thérapeute de voir la même chose que le patient, à chaque moment, rendant possible l'évaluation précise du stimulus qui déclenche la réponse de peur (Perpiñá et coll., 2003). L'objectif est notamment de modifier les distorsions à l'égard du corps et du poids afin de favoriser la satisfaction corporelle. La personne est aussi amenée à identifier et à essayer, parmi un continuum de silhouettes, le corps actuel perçu et le corps idéal, puis à explorer ses émotions et ses cognitions dans cette situation (Myers et coll., 2004; Riva et coll., 1999).

Un traitement combiné de la TCC et de la réalité virtuelle pourrait être plus efficace que la TCC seule (Marco, Perpiñá et Botella, 2013) pour augmenter la satisfaction corporelle, réduire les pensées et les émotions négatives associées au corps et pour atténuer la peur de se peser après les repas. Par ailleurs, la condition TCC combinée à la réalité virtuelle est associée à un taux d'attrition moindre, suggérant une meilleure motivation et adhésion au traitement (Perpiñá et coll., 2003).

Thérapie cognitive et interpersonnelle (MANTRA)

La thérapie cognitive et interpersonnelle pour adultes de Maudsley (TCIAM) (*Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA*) se base sur le modèle cognitif et interpersonnel (Schmidt et Treasure,

2006) et comprend 20 à 40 séances selon le niveau de sévérité du trouble, en plus de quatre ou cinq rencontres de suivi pour la prévention de la rechute (Schmidt, Wade et Treasure, 2014). La TCIAM vise à identifier, accepter, réguler et exprimer ses émotions ainsi qu'à tolérer l'imperfection et l'erreur. Elle cible les facteurs de développement et de maintien élaborés par Schmidt et Treasure (2006), dont les croyances en faveur de l'AN, les distorsions cognitives, l'évitement émotionnel et les difficultés relationnelles. Elle utilise des techniques typiquement employées dans la TCC classique et la TCC-A telles que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'auto-observation des pensées, le travail émotionnel et l'élaboration d'un plan nutritionnel (Schmidt et coll., 2014). La TCIAM utilise des techniques similaires à l'ACT en accordant une grande importance aux métaphores, à l'exploration des valeurs de l'individu et à l'acquisition d'une plus grande flexibilité cognitive (Schmidt et coll., 2014; Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). Cette thérapie se distingue aussi par ses techniques d'entretien motivationnel. La TCIAM inclut les proches dans l'intervention (p. ex. préparation des repas, soutien émotionnel), reconnaissant ainsi leur rôle dans le développement et le maintien du trouble. Enfin, elle incorpore des devoirs sous la forme de tâches d'écriture expérientielles sur le vécu, les besoins et les aspirations afin de gérer les événements et les émotions et d'explorer d'autres perspectives avec compassion.

Plusieurs études ont évalué la TCIAM comme un traitement efficace pour l'AN (Byrne et coll., 2017; Schmidt et coll., 2012, 2015, 2016; Wade, Treasure et Schmidt, 2011). Par exemple, l'étude de Byrne et coll. (2017) a comparé la TCIAM, la TCC-A et la gestion clinique de soutien par un spécialiste (GCSS) (*Specialist Supportive Clinical Management SSCM*) et ne révèle aucune différence significative entre les groupes. Une différence cliniquement significative a été observée dans les trois groupes à la fin du traitement et au suivi de 12 mois : les patients ayant bénéficié de la TCIAM présentaient une plus forte augmentation de l'IMC et des améliorations plus marquées des symptômes de l'AN et du fonctionnement psychosocial. Cependant, 59 % des participants dans le groupe TCC-A ont atteint un poids supérieur comparativement à 47,5 % dans le groupe GCSS et 44 % dans le groupe TCIAM. Des résultats similaires ont été observés dans les études réalisées par Schmidt et coll., (2012, 2015, 2016) qui comparent la TCIAM et la GCSS. Les deux groupes rapportent une amélioration significative de l'IMC, des symptômes associés à l'AN et du fonctionnement psychosocial au suivi de 6 mois, 12 mois (Schmidt et coll., 2012, 2015) et 24 mois. Bien qu'il n'y ait pas de différences significatives entre les deux groupes, les auteurs remarquent que la TCIAM est légèrement plus efficace au suivi de 12 mois et dans les cas plus sévères d'AN (Schmidt et coll., 2016).

Thérapie d'acceptation et d'engagement

Des données empiriques révèlent que la thérapie d'acceptation et d'engagement, qui découle de la thérapie cognitive et comportementale de troisième vague, serait également efficace dans le traitement de l'AN (Juarascio, Forman et Herbert, 2010; Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren et Ghaderi, 2016). Cette thérapie aborde les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux des troubles alimentaires par le biais de six processus, soit la défusion cognitive, l'acceptation, le contact avec le moment présent, le soi dans le contexte, les valeurs et l'action engagée (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012). La thérapie d'acceptation et d'engagement vise essentiellement à réduire le contrôle ainsi que l'évitement d'émotions, de sensations et de cognitions douloureuses par l'acceptation et la méditation de pleine conscience (Hayes et coll., 2012). Cette dernière stratégie se définit par le fait de diriger son attention délibérément, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie ici et maintenant, moment après moment (Kabat-Zinn, 2003). Cette thérapie vise aussi à se détacher des pensées et des émotions douloureuses, à les observer et également à les accepter sans chercher à les modifier, ce qui est contraire aux objectifs ciblés par la TCC traditionnelle (Ducasse et Fond, 2015; Hayes et coll., 1999). La thérapie d'acceptation et d'engagement tente plutôt de changer la relation que la personne entretient avec ses pensées et ses émotions douloureuses (Ducasse et Fond, 2015; Hayes et coll., 1999) pouvant, dans le cas de patients souffrant d'AN, encourager l'adoption de stratégies d'évitement expérientielles dont la restriction alimentaire et les comportements purgatoires (Wildes et coll., 2010). Par ailleurs, considérant la place centrale accordée à l'apparence physique et à la nourriture, cette thérapie permettrait aussi de prioriser les valeurs du patient et d'encourager son engagement dans des domaines de vie autres que le corps et la nourriture (Heffner, Sperry, Eifert et Detweiler, 2002). Dès lors, cette thérapie permettrait d'augmenter la motivation et l'engagement en thérapie (Hayes et coll., 2012). Les recherches sur l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les troubles alimentaires demeurent limitées et portent majoritairement sur des études de cas et des études pilotes (Berman, Boutelle et Crow, 2009; Pearson, Follette et Hayes, 2012). Or, une étude comparative de Juarascio et ses collègues (2010) indique que les participants dans la condition thérapie d'acceptation et d'engagement ont rapporté une plus grande réduction de symptômes comparativement à la TCC traditionnelle (Juarascio et coll., 2010). Des études suggèrent aussi que la hausse des niveaux de pleine conscience et d'acceptation, deux composantes centrales de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Manlick, Cochran et Koon, 2012), serait associée à une plus grande amélioration des symptômes de TCA (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers et Corsica, 2014; Sandoz, Wilson, Merwin et Kellum, 2013).

RECHERCHES FUTURES

La vulnérabilité génétique semble jouer un rôle prépondérant dans le développement de l'AN. Pourtant, la majorité des modèles théoriques proposés dans les écrits scientifiques ne tiennent pas compte des facteurs biologiques et génétiques sous-jacents au développement et au maintien du trouble. Également, les taux de prévalence de l'AN au Canada sont encore sous-documentés, particulièrement chez les hommes, d'où la nécessité d'effectuer des études populationnelles, particulièrement auprès de la population masculine. En ce sens, il serait intéressant d'examiner les différences de sexe dans le développement et le maintien de l'AN. De plus, les recherches futures pourraient viser des échantillons plus grands afin de contrer les taux élevés d'attrition qui résultent de la résistance et de la faible motivation face au traitement. À cet égard, elles gagneraient à employer un volet d'entretien motivationnel (Abbate-Daga et coll., 2013; Miller et Rollnick, 2002) tel qu'employé par la thérapie TCIAM (Schmidt et Treasure, 2006). Il serait en définitive pertinent de développer un modèle ayant une vision plus globale que les modèles théoriques existants, qui intégrerait les facteurs biologiques, génétiques et environnementaux. Finalement, l'état des connaissances actuelles ne permet pas de confirmer adéquatement l'efficacité réelle de la TCC-A, de la TCIAM et de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Il serait par conséquent important de réaliser plus d'essais randomisés contrôlés pour comparer l'efficacité des différentes approches thérapeutiques, notamment une comparaison de la TCC traditionnelle avec la TCC-A, la thérapie TCIAM et la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is an eating disorder that is characterized by an extreme need to lose weight through restrictive behaviors or binge eating, potentially accompanied by purgatory behaviors. This disorder is often accompanied by other mental health disorders and has deleterious physical and psychological consequences. The AN disrupts the quality of life of individuals and decreases their life expectancy. It has one of the highest mortality rates among all mental health disorders. The purpose of this literature review is to provide a portrait of the AN in terms of diagnostic criteria, prevalence, antecedents and consequences. It also aims at identifying the factors that underlie the development and maintenance of the disorder, and at describing the cognitive and behavioral approach treatments in light of the empirical data on their effectiveness. Finally, this review determines the limits of current knowledge and suggests future research directions.

Keywords: anorexia nervosa, eating disorder, cognitive behavioral models for anorexia nervosa, cognitive and behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT).

Références

- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, D., De-Bacco, C. et Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: A clinical overview. *BMC Psychiatry*, 13(294), 1–18. doi.org/10.1186/1471-244X-13-294
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z. et Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353–364. doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. et Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorder: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242–247. doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242
- Bégin, C. et Aimé, A. (2008). Trouble de conduites alimentaires et problèmes conjugaux. Dans J. Wright, Y. Lussier, et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 541-580). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Ben-Tovim, D. I. et Walker, M. K. (1991). Further evidence for the stroop test as a quantitative measure of psychopathology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 609-613. doi.org/10.1002/1098-108X(199109)10:5<609::AID-EAT2260100513>3.0.CO;2-M
- Berman, M. I., Boutelle, K. N. et Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 426–434. doi.org/10.1002/erv.962
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiña, C., Villa, H., Alcañiz, M. et Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239–246. doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10006-7
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. et Friederich, H.-C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 496–501. doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York, NY: Basic Books.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. et Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–312. doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.305
- Bush, J. (2008). Viability of virtual reality exposure therapy as a treatment alternative. *Computers in Human Behavior*, 24(3), 1032–1040. doi.org/10.1016/j.chb.2007.03.006
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L. et Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 219–226. doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006
- Byrne, S. M., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J. Et Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823–2833. doi.org/10.1017/S0033291717001349
- Calugi, S., El Ghoch, M. et Grave, R. D. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41–48. doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.006
- Calugi, S., Grave, R. D., Sartirana, M. et Fairburn, C. G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(21). doi.org/10.1186/s40337-015-0057-z
- Chesney, E., Goodwin, M. G. et Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160. doi:10.1002/wps.20128
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. Dans D. M. Clark et C. G. Fairburn (dir.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (p. 119-153). New York, NY: Oxford University Press.
- Cooper, M. (1997). Bias in interpretation of ambiguous scenarios in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 619–626. doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00021-1
- Craighead, L. W. et Allen, H. N. (1995). Appetite awareness training: A cognitive behavioral intervention for binge eating. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(2), 249–270. doi.org/10.1016/S1077-7229(95)80013-1
- DeJong, H., Broadbent, H. et Schmidt, U. (2011). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 635–647. doi:10.1002/eat.20956
- Dion, J., Boulianne-Simard, C. et Godbout, N. (2018, accepté). Troubles des conduites alimentaires chez les personnes ayant subi de l'abus et de la

- négligence. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires – Conceptualisation, particularités et état des connaissances en matière d'évaluation et d'intervention*. Montréal, QC : Presses universitaires de Montréal.
- Ducasse et Fond (2013). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'Encéphale*, 41(1), 1-9. doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.017
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. et Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245–250. doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951
- Fairburn, C. G. (2008). Eating Disorders: The Transdiagnostic View and the Cognitive Behavioral Theory. Dans C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 7–22). New York, NY: Guilford Press
- Fairburn, C. G. et Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691–701. doi.org/doi:10.1016/j.brat.2004.06.011
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. et Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. Dans K. D. Brownell et J. P. Foreyt (dir.), *Handbook of eating disorders: physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (p. 389-404). New York, NY: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L. et Grave, R. D. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 2–8. doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. et Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa. Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468–476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. et Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. et Waller, D. (2008). The patients: Their assessment, preparation for treatment and medical management. Dans C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 35-44). New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. et Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1–13. doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D. et Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1018–1030. doi.org/doi:10.1002/eat.22736
- Fischer, S., Stojek, M. et Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(3), 190–192. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.001
- Forcano, L., Álvarez, E., Santamaría, J. J., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E. et Fernández-Aranda, F. (2011). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 352–358. doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.003
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. Dans D. M. Garner et P. E. Garfinkel (dir.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2^e éd., pp. 147-177). New York, NY: Guilford Press.
- Garner, D. M. et Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123–150. doi.org/10.1007/BF01183887
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. et Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 443–452. doi.org/10.1002/eat.20640
- Grave, R. D., Calugi, S., Doll, H. A. et Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12. doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008
- Grave, R. D., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M. et Fairburn, C. G. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*, 5(14). doi.org/10.3389/fpsy.2014.00014
- Hamilton, K. et Waller, G. (1993). Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia. An experimental study. *The British Journal of Psychiatry*, 162(6), 837–840. doi.org/10.1192/bjp.162.6.837
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. et Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Haynos, A. F., Watts, A. W., Loth, K. A., Pearson, C. M. et Neumark-Stzainer, D. (2016). Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 391–396. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.011

- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. et Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 232–236. doi:10.1016/s1077-7229(02)80053-0
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review, 94*(3), 319–340. doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. et Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. et Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Therapy for the Treatment of Comorbid Eating Pathology. *Behavior Modification, 34*(2), 175–190. doi.org/10.1177/0145445510363472
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. et Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors, 15*(2), 197–204. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Keel, P. K. et Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 433–439. doi.org/10.1002/eat.22094
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Milla, L. S., Sihvola, E., Raevuori, A. et Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1259–1265. doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388
- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M. et Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine, 31*(4), 737–740. doi.org/10.1017/S0033291701003725
- Kong, S. et Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1897–1907. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x
- Manlick, C. F., Cochran, S. V. et Koon, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: Rationale and Literature Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*(2), 115–122. doi:10.1007/s10879-012-9223-7
- Marco, J. H., Perpiñá, C. et Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Research, 209*(3), 619–625. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.023
- McManus, F. et Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review, 15*(8), 845–863. doi.org/10.1016/0272-7358(95)00042-9
- Miller, K. K., Grinspoon, S. K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D. et Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of Internal Medicine, 165*(5), 561–566. doi.org/doi:10.1001/archinte.165.5.561
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2^e éd.)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U. et Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry, 26*(2), 129–135. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.10.005
- Mond, J., Rodgers, B., Hay, P. et Owen, C. (2011). Mental health impairment in underweight women: do body dissatisfaction and eating-disordered behavior play a role? *BMC Public Health, 11*(1), 547. doi:10.1186/1471-2458-11-547
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. et Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 611–627. doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004
- Mustelin L, Silen, Y., Raevuori, A., Hoek, H., Kaprio, J. et Keski-Rahkonen, A. (2016). The DSM-5 Diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *Journal of Psychiatric Research, 77*, 85–91. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.003
- Myers, T. C., Swan-Kremeier, L., Wonderlich, S., Lancaster, K. et Mitchell, J. E. (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 36*(2), 123–143. doi:10.1002/eat.20032
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S. et Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry, 16*(1). doi:10.1186/s12888-016-0975-6
- Pearson, A. N., Follette, V. M. et Hayes, S. C. (2012). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181–197. doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001

- Perpiñá, C., Botella, C. et Baños, M. (2003). Virtual reality in eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 11(3), 261–278. doi.org/ 10.1002/erv.520
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loriedo, C., Biondi, M. et Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18(1), 100–115. doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. et Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443–1453. doi.org/10.1017/S0033291707002310
- Pinheiro, P. A., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D. et Bulik, C. M. (2010). Sexual Functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123–129. doi.org/doi:10.1002/eat.20671
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G. et Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367–376. doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4<367::AID-EAT10>3.0.CO;2-W
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A. et Faravelli, C. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders*, 6(3), 157–165. doi.org/10.1007/BF03339765
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. et Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(3), 221–230. doi.org/10.1016/S0005-7916(99)00018-X
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. Dans D. M. Garner et P. E. Garfinkel (dir.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2^e éd., p. 188-201). New York, NY: The Guilford Press.
- Rosling, A. M., Sparén, P., Norring, C. et Von Knorring, A. L. (2011). Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 304–310. doi.org/10.1002/eat.20827
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U. et Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(3), 261–272. doi.org/10.1007/s10578-007-0086-1
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M. et Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1–2), 39–48. doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H. et Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796–807. doi.org/10.1037/ccp0000019
- Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V. et Treasure, J. (2012). Outpatient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(5), 392–399. doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112078
- Schmidt, U., Ryan, E. G., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., O'Hara, C. et Treasure, J. (2016). Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(8), 793–800. doi.org/10.1002/eat.22523
- Schmidt, U. et Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343–366. doi.org/10.1348/014466505X53902
- Schmidt, U., Wade, T. D. et Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 28(1), 48–71. doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48
- Shafran, R., Cooper, Z. et Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167–179. doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x
- Stice, E. (2001). A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124–135. doi.org/10.1037//0021-843X.110.1
- Stice, E., Marti, C. N. et Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627. doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009

- Treasure, J. et Nazar, B. P. (2016). Interventions for the carers of Patients with eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1–7. doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3
- Treasure, J. et Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(13), 1–10. doi.org/10.1186/2050-2974-1-13
- Turner, H. et Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 18–26. doi.org/10.1002/erv.552
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. et von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294–299. doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008
- Valls, M., Rousseau, A. et Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et troubles alimentaires selon le genre. *Psychologie Française*, 58(3), 229–240. doi.org/10.1016/j.psfr.2013.06.002
- Vitousek, K. B. et Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191–214. doi.org/10.1007/BF01176209
- Vitousek, K. et Manke, F. (1994). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147. [doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90015-I](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90015-I)
- Wade, T. D., Treasure, J. et Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 382–389. [doi:10.1002/erv.1078](https://doi.org/10.1002/erv.1078)
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. et Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 398–404. doi.org/10.1002/eat.20730
- Williamson, D. A. (1996). Body image disturbance in eating disorders: A form of cognitive bias? *Eating Disorders*, 4(1), 47–58. doi.org/10.1080/10640269608250075
- Williamson, D. A., Cubic, B. A. et Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of Body Image Disturbances in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 177–180. doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.177
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., McKenzie, S. J. et Watkins, P. C. (1990). *Psychology practitioner guidebooks, Assessment of eating disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L. et Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment. *Behavior Modification*, 23(4), 556–577. doi.org/10.1177/0145445599234003
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E. et Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711–738. doi.org/10.1177/0145445503259853
- Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, I., Young, D. et Tortolani, C. (2008). Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 381–384. doi.org/10.4088/JCP.v69n0306



**L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE POUR LA MODIFICATION DU COMPORTEMENT,
LES DÉBUTS ET L'ÉVOLUTION DE LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE AU
QUÉBEC ET EN ACADIE : ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS, SOUVENIRS ET ANECDOTES**

Gilles Trudel

Université du Québec à Montréal

L'approche comportementale et cognitive s'est développée au Québec et en Acadie vers le début des années 1970. Les débuts furent modestes et les différences importantes entre cette nouvelle approche et les interventions plus traditionnelles de thérapie verbale ont entraîné une contestation de cette nouvelle manière de conceptualiser les problématiques de santé mentale et de les traiter. Des programmes d'intervention comportementale puis cognitivo-comportementale (TCC) ont été mis sur pied dans les hôpitaux et les services de santé publique de même que des services furent offerts dans des organismes privés. Une association fut fondée sous le nom d'Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Une revue scientifique recensée à l'époque dans les *Psychological Abstracts* a aussi été publiée régulièrement sous l'appellation de *Science et Comportement*. Des congrès de grande envergure auxquels ont participé les plus grands noms dans le domaine ont été organisés à travers le Québec et l'Acadie. L'enseignement universitaire et la recherche en TCC après des débuts modestes se sont développés à partir de la fin des années 1980 de façon fulgurante et les départements de psychologie et autres contribuent maintenant de façon importante à la formation de nombreux intervenants et de chercheurs dans ce domaine. Une nouvelle version numérique de *Science et Comportement* aura pour but de contribuer et de maintenir la tradition francophone de diffusion des connaissances et des recherches dans l'approche comportementale et cognitive. Cette revue visera à publier les articles et les contributions de cliniciens et de chercheurs de l'ensemble des pays de langue française. Vous pouvez consulter le nouveau site web de l'ASMC et de *Science et Comportement* à : <http://www.science-comportement.org/>

See end of text for English abstract.

Mots-clés: Association Scientifique pour la Modification du Comportement, historique, thérapie comportementale et cognitive, Québec, Acadie, milieu francophone

Correspondance : Gilles Trudel, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8 ou à : trudel.gilles@uqam.ca

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Ce texte constitue un témoignage vécu par l'auteur d'événements importants et d'anecdotes qui ont marqué les débuts de la thérapie comportementale et cognitive dans notre milieu et son évolution ultérieure. Il pourra aider le lecteur dans le cadre de cette renaissance de la revue *Science et Comportement* à voir et comprendre les débuts assez héroïques, l'évolution qui a suivi, puis la montée fulgurante de la thérapie comportementale et cognitive dans notre milieu.

Les débuts et les premières applications de l'approche comportementale milieu clinique

L'origine de la thérapie comportementale au Québec et dans les régions francophones du Canada remonte à la fin des années 60. A cette époque, les étudiants universitaires en psychologie apprennent notamment dans les cours d'apprentissage qu'une nouvelle thérapie est en train de se développer aux États-Unis et en Angleterre qui consiste dans l'application à des problèmes cliniques des principes de l'apprentissage. À cette époque, une nouvelle association prend forme aux États-Unis qui s'appelait à l'époque l'Association for the Advancement of Behavior Therapy. Cette association fut d'abord reliée à l'American Psychological Association, mais elle devint indépendante de l'APA étant donné que la thérapie comportementale était pratiquée par plusieurs professions.

Évidemment, comme il y a souvent un décalage entre ce qui existe et ce qui est enseigné, peu de professeurs dans les milieux universitaires francophones sont alors aptes à donner des cours sur cette nouvelle approche à l'intervention. En outre, les professeurs en poste dans les méthodes plus traditionnelles de psychothérapie n'ont pas une perception très positive de cette nouvelle approche.

Je suis alors étudiant à l'Université de Montréal lorsqu'une nouvelle professeure commence à faire de

l'enseignement au département de psychologie. Linguiste de formation et d'origine française, Annie Méar a aussi étudié aux États-Unis à l'Université de New York à Rochester et s'est intéressée à l'autisme dans un contexte strictement skinnérien d'analyse du comportement sous la direction du professeur Stanley M. Sapon.

Le premier cours relié à l'approche comportementale dans mes études est donc donné par cette jeune professeure et c'est avec enthousiasme que les quelques étudiants intéressés dont un collègue qui sera aussi un pionnier de l'approche au Québec soit Jean-Marie Boisvert suivent ce cours.

À cette même époque, ouvre un des premiers centres de traitement basé sur l'approche comportementale. Ce centre est situé à l'hôpital Douglas de Verdun et est dirigé par le Dr Ernest Poser, psychologue et professeur à l'Université McGill. Il comporte une unité externe et une autre à l'interne. Évidemment, il nous semblait important à l'époque qu'un centre relié à cette approche devrait être aussi être mis sur pied du côté des institutions et des hôpitaux francophones du Québec.

Nos études se poursuivent et, vers la fin, débouchent vers la recherche d'un emploi. Des postes de psychologues sont assez nombreux à l'époque, mais avec mon collègue Jean-Marie Boisvert, nous nous orientons vers le Service de Psychologie de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Une des raisons est l'ouverture du directeur de ce service le Dr Germain Lavoie à ces nouvelles thérapies même si, de par sa formation, il est plutôt orienté vers des approches plus traditionnelles soit les approches psychodynamiques.

En fait, à cette époque, le directeur médical de cet hôpital, mais également un personnage important de l'histoire de la psychiatrie au Québec, le docteur Jean-Marc Bordeleau assiste à un congrès aux États-Unis durant lequel il apprend que les thérapies comportementales se développent et il souhaite que des psychologues initient un programme d'intervention comportementale à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu dont il est aussi le responsable de la recherche. Ce souhait du directeur médical de cet hôpital va contribuer considérablement au développement de la thérapie comportementale dans ce centre hospitalier.

La question était de savoir vers quelle population cible porterait ce programme basé sur l'approche comportementale. Les hôpitaux de l'époque sont remplis de patients hospitalisés à long terme qui résident dans ces institutions depuis des décennies et qui ont divers diagnostics, mais une catégorie de patients à laquelle nous nous sommes intéressés est ce que l'on regroupait à ce moment sous l'appellation de «psychotique chronique».

Il faut se situer dans le contexte psychiatrique de l'époque. Dans la décennie qui précède, en 1961, un livre intitulé « Les fous crient au secours » est publié par

Jean-Charles Pagé, un ex-patient de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Ce livre est post-facé par le Dr Camille Laurin, psychiatre et directeur de l'Institut Albert Prévost (actuellement le département de psychiatrie de l'Hôpital Sacré-Cœur) puis politicien célèbre au Québec. Le Dr Laurin entérine entièrement les propos de l'auteur. Ce livre dénonce les conditions pénibles et déshumanisantes de vie des patients en milieu psychiatrique et la difficulté d'obtenir un congé. Cet ouvrage fait la manchette dans les médias et le gouvernement du Québec crée alors une commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques dirigée par le docteur Dominique Bédard. Dans ce contexte, il commence à être question de désinstitutionnalisation.

Les psychotiques chroniques avaient non seulement comme caractéristiques des symptômes psychotiques, mais ils avaient également subi les effets de l'hospitalisation prolongée et étaient apathiques. Ils étaient la plupart du temps peu actifs, assis, fumaient beaucoup et étaient complètement dépendants de l'environnement hospitalier pour tout et notamment pour les choses les plus simples comme les soins personnels. D'après de nombreuses études, dont une que nous avons réalisées (Trudel et al, 1974), ces comportements reliés à l'apathie étaient renforcés par l'environnement hospitalier pour diverses raisons notamment parce que compte tenu de l'ampleur de la tâche avec des hôpitaux surpeuplés, il était évident qu'un patient assis et tranquille était valorisé et renforcé de toute sorte de façons.

Nous avons donc développé un programme dans une unité de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu devenu dans les années suivantes l'Hôpital Louis-H. Lafontaine puis l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal et ce programme a été très diffusé et visité à l'époque (Trudel, 1981). Par ailleurs, d'autres programmes d'intervention comportementale avaient déjà débuté au Québec ou étaient sur le point d'être mis sur pied. À l'Hôpital Saint-Charles de Joliette, Léonce Boudreau avait entrepris un tel programme et environ à la même époque Jacques Côté et Wilfrid Pilon avaient aussi mis sur pied un programme à l'Hôpital Saint-Michel-Archange avec des patients psychotiques chroniques. De son côté, Maurice Harvey qui sera aussi ultérieurement un de ceux qui ont contribué à façonner Science et Comportement a entrepris un programme avec des personnes présentant une déficience intellectuelle dans la région de Charlevoix. Diane et Jacques Deom suite à des discussions dans un des premiers cours sur la thérapie comportementale à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) fondent un centre de transition pour ex-détenus (Carrefour Nouveau Monde) dont le fonctionnement est basé sur l'approche comportementale et cognitive et qui existe toujours depuis plus de 40 ans. Enfin, tel que mentionné plus haut, l'hôpital Douglas avait fait œuvre de pionnier en créant, vers la fin des années 60, le Behavior Therapy Unit dirigé par le Dr Ernest Poser qui a

également accueilli plusieurs étudiants en formation. Tout cela formait l'ensemble des programmes cliniques en approche comportementale au Québec au début des années 70.

Il est clair que les premières étapes du développement de l'approche comportementale dans notre milieu ont été caractérisées par un travail avec une population psychiatrique très lourde. Cela est attribuable à divers facteurs. On nous demandait de faire nos preuves avec des cas très résistants à tout traitement. D'autre part, il y avait encore à l'époque énormément de préjugés par rapport à l'approche comportementale et des affirmations à l'effet que nous utilisions une approche «superficielle» qui ne traitait pas les problèmes «en profondeur» et dont on doutait de l'efficacité suivant les concepts de l'époque. Il fallait «faire nos preuves», répondre à des arguments pas très positifs à l'endroit de notre approche, montrer l'utilité et l'efficacité de nos interventions et il était normal qu'il en soit ainsi. Nous reviendrons un peu plus loin sur la contestation à l'endroit des thérapies comportementales au cours des années 70.

Un aspect de notre démarche pour convaincre les autorités hospitalières de l'utilité de notre approche fut de prendre des mesures portant sur plusieurs comportements cibles de notre intervention avec des psychotiques chroniques. Ces mesures étaient compilées hebdomadairement. Elles servaient aussi de renforçateurs pour le personnel travaillant dans cette unité en leur montrant lors d'une réunion hebdomadaire les progrès réalisés par les patients. Il était devenu assez rapidement évident que, dans notre unité, des changements importants dans le fonctionnement des patients se produisaient et celle-ci devint un lieu fréquent de visite pour les gens qui voulaient en connaître plus sur ce qu'était cet hôpital psychiatrique à l'époque.

Quelque temps après la création de ce programme de traitement, les résidents de notre unité avaient organisé un comité et nous faisions des propositions pour améliorer leur milieu de vie et l'intervention thérapeutique. Assez étonnant pour des gens qui étaient souvent totalement passifs et inactifs il y a encore peu de temps. À un certain moment, ce comité de patients nous a suggéré d'organiser un référendum sur certains aspects de notre intervention (Boisvert et Trudel, 1972).

Puis, lors d'un anniversaire de fondation du programme, ce comité a suggéré d'organiser un petit spectacle. Je me souviendrai toujours également qu'un des patients qui semblait extrêmement difficile à traiter (mutisme, aucun comportement social, hygiène au pire qu'on puisse imaginer, aucune activité occupationnelle, loisir ou travail, etc.) et que nous avions accueilli dans notre unité, s'est assez rapidement amélioré et fut le présentateur de ce spectacle qui visait à faire connaître aux autres patients de l'hôpital en quoi notre unité était différente. Ce patient a reçu éventuellement son congé. Quelle ne fut pas ma surprise lorsqu'environ 20 ans plus

tard, un certain soir, le téléjournal de Radio-Canada décide de parler de divers aspects de la condition de vie des ex-patients psychiatriques vivant dans la société. Ce fut ce patient qui prit la parole au nom des autres à cette importante émission nationale d'information. J'en fus très agréablement étonné! Je donne régulièrement l'exemple de ce patient pour montrer à mes étudiants qu'il ne faut jamais désespérer devant un cas difficile.

Même si les hôpitaux psychiatriques n'accueillent plus des patients psychiatriques chroniques qui ont été dans la plupart des cas désinstitutionnalisés, le travail avec les psychotiques ou les troubles sévères du comportement se poursuit. À titre d'exemple, le Dr Lyne Taillefer poursuit ce travail à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal avec une clientèle présentant de la déficience intellectuelle accompagnée d'autres problèmes graves comme l'autisme. Chez les psychotiques, la tendance est de prendre en charge ces patients lors du premier épisode avec une combinaison de pharmacologie et de stratégies cognitivo-comportementales intensives. Un programme typique de cette nature a été mis sur pied par Pierre Fortier, psychologue et ergothérapeute, au Pavillon Albert Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur.

Il n'est pas sans intérêt aussi de mentionner ici que si les débuts de l'approche comportementale à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu furent marqués par beaucoup de réserves et faut-il dire d'une certaine méfiance, j'ai constaté avec beaucoup de contentement récemment que le site web actuel de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (c'est le nom actuel du même hôpital) mentionne les traitements utilisés au niveau médical (pharmacothérapie et thérapie électroconvulsive) et psychologique. La seule thérapie psychologique actuellement mentionnée est l'approche comportementale et cognitive. Cette approche largement critiquée dans les années 70 est devenue le traitement psychologique standard de cet hôpital. Mentionnons aussi l'officialisation au plus haut niveau au Québec de la thérapie basée sur l'analyse du comportement pour les autistes. Les interventions basées sur des données probantes pour l'anxiété et la dépression sont actuellement proposées comme des psychothérapies qui pourraient, dans le cadre d'un projet du Ministère de la Santé du Québec, être couvertes par le régime d'assurance maladie.

Il faut aussi mentionner l'influence importante du Centre de Recherche de l'hôpital Louis-H. Lafontaine qui sous la direction du Dr Yves Lamontagne, psychiatre formé en TCC, a été largement orienté vers l'approche cognitive et comportementale et a contribué considérablement à la recherche et à la diffusion des connaissances en TCC. Pour ne citer qu'un exemple, mentionnons les travaux du Dr Kieron O'Connor, psychologue qui fut le dernier élève au doctorat du célèbre Hans Eysenck. Ce centre de recherche avec des chercheurs de grande réputation a joué un rôle de premier

plan au niveau local et international dans la recherche sur les thérapies comportementales et cognitives.

Ce n'est pas qu'au Québec que cette approche est souvent privilégiée par les administrateurs des systèmes de santé. Comme le mentionnaient récemment McHugh et Barlow (2010), ce mouvement dans les services publics basés sur les données probantes et le rapport coût/efficacité prend de l'ampleur et est sans doute irréversible compte tenu des budgets considérables attribués à la santé et la nécessité d'offrir à tous des soins psychologiques caractérisés par des données montrant leur efficacité. Des pays comme le Royaume-Uni dans le cadre du «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT) (2008) ont également décidé de favoriser les approches basées sur des données probantes, particulièrement les TCC et de former les professionnels des services publics en conséquence. Pour McHugh et Barlow (2010), l'IAPT est d'ailleurs à l'échelle internationale le plus important effort déployé par un pays pour rendre accessible à la population les thérapies psychologiques basées sur des évidences scientifiques et pour former les professionnels dans ce domaine. De plus, les assurances privées dans plusieurs pays vont favoriser les thérapies psychologiques dont les effets sont scientifiquement démontrés.

Une des forces de la TCC, c'est son fondement sur des théories scientifiques maintes fois validées par des études, le développement de thérapies basées sur ces principes scientifiques, l'exigence de valider scientifiquement les résultats de ces thérapies par des études rigoureuses et l'importance de mesurer les effets d'un traitement avec chaque patient. Même si les thérapies ayant des données probantes ne sont pas uniquement les TCC, ce niveau d'exigence scientifique est principalement atteint dans le contexte des TCC et ceci peut expliquer son évolution fulgurante dans les dernières décennies et son approbation tant par ceux qui administrent les soins de santé publique que par les compagnies privées d'assurance.

Par ailleurs, rappelons le rapport très détaillé fait par l'INSERM en France un des plus imposants à cette époque (2004). Ce rapport a suscité un tollé important dans les milieux psychologiques plus traditionnels puisqu'il montrait que pour la plupart des psychopathologies, la seule approche qui donne lieu à des effets significatifs est la Thérapie Comportementale et Cognitive. Encore là, cette publication importante a servi à la promotion de la TCC en France et à l'étranger en validant ce type d'intervention psychothérapeutique.

Pour revenir à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, ajoutons qu'après des débuts modestes et le fait que nous étions considérés comme marginaux, cette approche a pris progressivement beaucoup d'expansion. Mentionnons notamment la mise sur pied du module de thérapie comportementale dans cet hôpital qui a offert pendant de nombreuses années à la clinique externe de

cet hôpital (et avant l'expansion de la TCC à l'ensemble de l'hôpital) des services cliniques de haute qualité. Le module a également contribué à former un nombre considérable d'étudiants principalement en psychologie, en psychiatrie et en service social. Coordinné dès le départ avec diplomatie et compétence par le Dr Jean-Marie Boisvert, psychologue, avec le support du directeur du Service de Psychologie Dr Germain Lavoie et la collaboration médicale étroite et importante du Dr Frédéric Grunberg, psychiatre renommé, ce module fut un élément clef du développement de l'approche comportementale au Québec.

Ce n'est pas surprenant que ce module par son programme clinique et d'enseignement à participé à la création d'un mouvement qui fait en sorte que l'approche cognitive et comportementale est maintenant privilégiée et la seule affichée dans les méthodes psychologiques comme intervention tant dans les unités internes qu'externes par les autorités actuelles de cet hôpital. D'autres centres hospitaliers comme l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec (autrefois l'Hôpital Saint-Michel Archange puis Robert Giffard) ont contribué à former des professionnels dans ce domaine et ont favorisé l'essor de cette approche.

La pratique privée

À cette époque, de jeunes psychologues entreprennent d'ouvrir des bureaux privés axés sur l'approche comportementale. C'est le cas notamment des docteurs Jacques Forget, Paul Maurice et Rodrigue Otis qui développèrent un des premiers centres de francophone privé de thérapie comportementale sous l'appellation de Behaviora. Ce centre sera aussi associé à une maison d'édition et publiera également une revue.

J'ai également participé à ce bureau. Parmi les activités cliniques qui furent offertes, je donne à titre d'exemple celle organisée par Brigitte Grondin-Bordeleau à laquelle j'ai participé avec Ginette Marcil-Denault. Ce traitement d'une durée de sept rencontres consistait à traiter en groupe des personnes ayant une phobie de l'air ou qui avaient peur de prendre l'avion. Chaque séance consistait dans une première partie en un traitement basé surtout sur la relaxation et la désensibilisation. D'autres séances permettaient d'aller pratiquer ces méthodes dans des avions au sol, de visiter la tour de contrôle aérien, la cabine de pilotage, etc. Des séances d'information suivaient les rencontres thérapeutiques et étaient animées par des professionnels de l'aviation (pilote d'avion, ingénieur en aéronautique, contrôleur aérien, etc.). Au total, une forte majorité des sujets (89%) a pu participer à l'étape finale qui consistait à faire un aller-retour en avion sur un avion de ligne la même journée (Grondin-Bordeleau, Trudel et Marcil-Denault, 1981; Trudel, et Grondin Bordeleau, 1980). Nous avons reçu plusieurs cartes postales des participants ayant pris un vol par la suite ce qui était une manière parmi d'autres de faire la relance.

D'autres bureaux de consultation offrant souvent des services de supervision pour former de nouveaux intervenants vont se multiplier et contribueront également à répandre l'approche comportementale et cognitive par les services offerts et par la formation de nouveaux professionnels en TCC. Avec le développement de cette approche, les professionnels offrant des services de thérapie comportementale et cognitive en privé iront progressivement en augmentant pour constituer actuellement une proportion importante des centres de consultation.

Le milieu universitaire

Les premiers professeurs à faire la promotion de l'approche comportementale dans les années 70 après Annie Méar dans les années 60 sont Luc Granger à l'Université de Montréal, Gérard Malcuit, Andrée Pomerleau et Jean Bélanger à l'Université du Québec à Montréal. À l'université de Moncton, Léonce Boudreau enseigne la thérapie comportementale et est un des pionniers francophones de cette approche. À l'Université Laval, un jeune psychologue Robert Ladouceur ayant notamment fait un stage aux États-Unis avec Joseph Wolpe, comme d'ailleurs Léonce Boudreau, entreprend une carrière universitaire très fructueuse et deviendra un de ceux qui par ses nombreuses recherches et publications sera un des fondateurs de l'approche comportementale au Québec, mais également un chercheur très connu au niveau international dans le domaine de l'anxiété et du jeu pathologique. D'autres professeurs à cette université deviendront également des personnages importants de l'approche comportementale et entre autres mentionnons Jean-Marie Boisvert, un spécialiste des habiletés sociales et du couple, Charles Morin un spécialiste du sommeil reconnu au niveau international et Janel Gauthier dans le domaine de la psychologie de la santé. À l'Université d'Ottawa, Pierre Baron donnera des cours sur l'approche comportementale et cognitive.

L'enseignement universitaire se répandra progressivement dans les diverses universités francophones. À l'Université du Québec à Montréal (UQAM), Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel, psychologues à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (devenu l'Hôpital Louis-H. Lafontaine puis l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal) sont invités dès le début des années 70 à donner, à titre de chargé d'enseignement, un cours sur ce que l'on appelait à l'époque «l'approche behaviorale». Ce cours donné au tout début de l'UQAM fut probablement le premier cours universitaire au Québec sur la thérapie comportementale qui n'était pas relié uniquement à l'approche skinnérienne. Comme il n'y a pas encore de programmes structurés dans cette université en thérapie comportementale, les besoins de formation sont importants. Durant ce cours d'introduction, plusieurs étudiants particulièrement intéressés à poursuivre leurs études en thérapie comportementale demandent à ces deux chargés de cours

de les diriger dans leurs thèses de maîtrise. Grâce à un directeur de service de psychologie de notre hôpital ouvert à ce genre d'activités combinant la clinique, la recherche et la formation et aussi grâce à notre implication personnelle et bénévole, nous pouvons devenir directeur de thèse de ces étudiants puisque les professeurs de l'époque de cette université n'ont pas la formation requise pour encadrer des étudiants en TCC. Dans le cadre de leurs thèses, les premières recherches au Québec sur l'approche comportementale pourront être réalisées et plusieurs étudiants compléteront leur formation en venant faire des stages cliniques à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu devenu par la suite l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Parmi les premiers étudiants qui ont fait partie de ce groupe et qui ont poursuivi une carrière dans l'enseignement universitaire, mentionnons André Marchand et Frank Vitaro dont j'ai dirigé et supervisé à la fois la thèse de maîtrise et les stages cliniques. En fait, dans le groupe d'étudiants dont j'ai dirigé à l'époque la thèse de maîtrise, un sous-groupe important s'intéressera à un courant d'études fréquent à l'époque dans le domaine de l'anxiété, à savoir d'utiliser la peur des reptiles comme prototype pour réaliser des études sur l'évaluation et le traitement des phobies. Parmi ces étudiants, en plus de Frank et André, plusieurs autres vont également jouer un rôle important dans le développement de l'ASMC ou de la revue *Science et Comportement*. Paul-André Leroux, Francesco Maruca, Michel Roberge (qui fut longtemps le rédacteur en chef de *Science et Comportement*) et Gilles Gaudette seront de ceux-là et ils permettront en plus de faire avancer la science sur les phobies tout en produisant des publications sur ce sujet.

Une partie de ces recherches de maîtrise a été effectuée au Service de psychologie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et ce qui peut sembler simple et évident aujourd'hui devait être expliqué et négocié à l'époque. Les troubles anxieux jusqu'aux années 70 étaient traités depuis des décennies par les thérapies verbales et parmi les nouvelles méthodes qu'on proposait il y avait l'exposition directe et graduée à des stimuli anxiogènes. Donc, par exemple, dans le cas des phobies d'animaux, il pouvait être nécessaire d'amener des chiens, des chats, des reptiles, des araignées, etc. en milieu hospitalier. Je ne vais pas raconter une série d'anecdotes amusantes sur l'introduction d'animaux à des fins thérapeutiques dans cet hôpital, mais en fait aujourd'hui l'utilisation d'animaux à des fins thérapeutiques (zoothérapie) est devenue un traitement standard.

Parmi les noms mentionnés plus haut, suite à des travaux de recherche clinique, Madeleine Beaudry et Jean-Marie Boisvert publieront à l'époque un des best-sellers de la psychologie québécoise et francophone soit *S'affirmer et communiquer* (1980). André Marchand (dont l'expertise est reconnue dans le domaine des troubles anxieux) publiera avec Andrée Letarte un

ouvrage également très connu dans ce domaine de la panique et de l'agoraphobie soit *La peur d'avoir peur* (1993).

En ce qui me concerne, il me semblait qu'il y avait encore dans les années 70 et 80 une certaine réserve au Québec sur la recherche dans le domaine de la sexualité et c'est alors que j'ai entrepris un programme de recherche sur le développement d'instruments d'évaluation et sur la validation de programmes de traitement pour les problèmes sexuels de couple qui a donné lieu à plusieurs publications scientifiques et à un certain nombre d'ouvrages (Trudel, 2000, 2003). J'ai poursuivi la thématique de la vie sexuelle et conjugale chez les retraités et les aînés et le lien avec leur niveau de fonctionnement/détresse psychologique. L'étude de la vie de couple et sexuelle chez les aînés était, en effet, restée un sujet relativement peu étudié encore récemment (Villeneuve et al, 2014; Trudel et al, 2013, 2014; Trudel, 2018; Trudel, 2019)

Paul Maurice, également professeur au département de psychologie de l'UQAM débute une carrière avec une spécialisation dans le domaine des personnes présentant une déficience intellectuelle. Gilles Trudel se joindra à lui en devenant professeur régulier à l'UQAM en 1977 pour développer un programme de recherche et donner des cours sur l'évaluation et l'intervention comportementale et cognitive. Plusieurs étudiants feront alors sous leur direction des recherches de maîtrise et de doctorat en évaluation et en thérapie comportementale. Des subventions de recherche importantes sont accordées à ces professeurs qui seront les seuls associés à l'enseignement de cette approche à l'UQAM durant plusieurs années.

Avec le développement des approches comportementales, de plus en plus de professeurs vont enseigner cette approche dans les différents départements de psychologie universitaire en milieu francophone. Parlons particulièrement du département de psychologie de l'UQAM où j'enseigne. Après des débuts modestes, l'approche cognitive et comportementale a pris une expansion considérable avec la création d'une section du département de psychologie qui lui est consacrée et portant le nom de Section Approche Cognitive et Comportementale. Alors que les troupes étaient restreintes au minimum dans les années 1970, l'intérêt accordé à cette approche par les étudiants et la persévérance de quelques professeurs font en sorte qu'à l'Université du Québec à Montréal, la thérapie comportementale et cognitive prend une ampleur considérable qui je dois le dire a dépassé mes attentes originales les plus optimistes. En effet, vers la fin des années 80, d'autres professeurs viennent se joindre aux quelques membres originaux (à leur grand soulagement) et puis, avec le développement et la réorganisation du département de psychologie, au début des années 90 et dans le cadre de la section cognitive et comportementale, le département de psychologie procède à l'embauche de

plusieurs professeurs dans ce domaine qui devient un élément important dans l'enseignement de la psychologie dans cette université. La section comportementale et cognitive regroupe maintenant plus de 20 professeurs allant des professeurs réguliers (actuellement 11), externes (actuellement 7) ou associés (actuellement 9) sans compter les chargés de cours. En plus, dans d'autres sections du Département de psychologie de l'UQAM, comme la section éducation, il y a également une bonne proportion des professeurs qui enseignent la TCC et font des recherches dans ce domaine. Enfin, dans d'autres secteurs de l'UQAM comme au département de sexologie et dans la faculté des sciences de l'éducation, des professeurs enseignent également l'approche comportementale et cognitive. Les professeurs enseignant cette approche seront de plus en plus nombreux dans les autres universités au Québec et au Nouveau-Brunswick.

Je tiens à mentionner que «la roue continue à tourner» et certains étudiants des premiers professeurs de thérapie comportementale et cognitive dans notre milieu poursuivent la tradition et deviennent des figures importantes dans le domaine clinique et universitaire. Mentionnons entre autres Pascale Brillon dans le domaine du trouble de stress post-traumatique, Stéphane Bouchard notamment dans le domaine de la réalité virtuelle, Michel Dugas dans le domaine de l'anxiété généralisée, Stéphane Guay qui dirige maintenant le centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal et Sylvie Aubin qui après des études post-doctorales avec la célèbre sexologue et psychologue américaine Julia Heiman travaille maintenant à titre de chercheuse et de clinicienne dans le domaine de la psycho-oncologie tout en étant professeure associée à l'Université McGill.

Une nouvelle relève se prépare. Elle est importante et brillante. Mentionnons à titre d'exemple la section cognitive et comportementale du Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal sous la direction actuelle d'une chercheuse très productive Kim Lavoie qui regroupe au moment d'écrire ces lignes environ 100 étudiants/es doctoraux qui ont été choisis suite à sélection très exigeante étant donné l'intérêt considérable des étudiants pour ce domaine. Dans la section éducation du département de psychologie, il y a également des étudiants/es qui travaillent dans cette approche sans compter des étudiants d'autres sections de notre département et dans d'autres départements de l'Université du Québec à Montréal. Par l'ampleur considérable des ressources professorales et le nombre important d'étudiants, cette université est devenue une plaque tournante de l'enseignement des TCC en milieu francophone à travers le monde.

J'ai été associé à l'UQAM d'abord comme chargé d'enseignement et directeur de thèse et de stage dès le début des années 70 d'enseignement et par la suite en 1977 comme professeur régulier puis titulaire. Développer l'approche comportementale et cognitive

dans cette université comme ailleurs était certainement un projet important pour moi et j'ai pu constater avec plaisir et contentement l'évolution fulgurante de ce projet par le développement de l'enseignement de cette approche. Il est bien loin le temps où les étudiants désireux de faire une thèse dans le domaine de la TCC devaient, faute de ressources professorales, demander à des chargés de cours et cliniciens de les diriger bénévolement!

Je mets beaucoup l'accent sur l'Université du Québec à Montréal parce que j'y suis présent à divers titres depuis le début et qu'il y a pour moi une forte dimension personnelle à ce qui a fini par arriver et à tout l'aspect positif qui a suivi des débuts plutôt modestes et difficiles. C'est un fait que l'enseignement et la recherche en thérapie comportementale et cognitive à l'UQAM sont devenus des éléments importants du patrimoine québécois dans le domaine de la psychologie comme en témoigne le rayonnement exceptionnel des professeurs en TCC de cette université non seulement dans notre milieu, mais aussi au niveau international. Par contre, mentionnons aussi l'apport des autres universités québécoises qui ont également contribué beaucoup au développement de la thérapie comportementale et cognitive.

La mise sur pied d'une association pour promouvoir l'approche comportementale et cognitive et les facteurs de l'époque nécessitant un tel regroupement.

C'est en juin 1970, qu'un groupe de professionnels se réunit à l'Université de Moncton à l'invitation du professeur Léonce Boudreau. Ce dernier organise à cette occasion un atelier intensif de deux semaines en thérapie comportementale sous la direction d'un psychologue très célèbre à l'époque pour le développement d'interventions comportementales par provocation d'images soit Joseph Cautela, Ph.D. du Boston College. Suite à cet atelier très stimulant accompagné de soirées sociales non moins intéressantes notamment au bord de la mer à Schédiac à la résidence secondaire de Léonce Boudreau, il est question de promouvoir le développement de l'approche comportementale dans les milieux francophones par la création d'une association. Cette association aurait comme objectifs de poursuivre l'organisation de colloques, congrès ou formation en thérapie comportementale et de publier un bulletin de nouvelles qui deviendra une revue. Cette association qui aura comme premier nom l'Association pour l'Avancement de la Thérapie Behaviorale en Milieu Francophone (AATBMF) et qui deviendra par la suite l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement fut la première association francophone de thérapie comportementale. Elle fut suivie en France en 1971 par la création de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Il faut se situer dans le contexte du début des années 70 pour comprendre la nécessité de se regrouper en

association. Comme nous l'avons suggéré plus haut que l'approche comportementale est, par plusieurs caractéristiques, très différente des approches plus traditionnelles de psychothérapie. Ces méthodes s'appuient sur les développements scientifiques dans le domaine de l'apprentissage et sont basées sur des théories psychologiques parmi les plus validées scientifiquement. Il s'agit de méthodes qui mettent l'accent soit sur des changements de comportements et plus tard dans l'évolution de cette thérapie sur des changements au niveau cognitif. Le patient est invité souvent sous la supervision du thérapeute à émettre des comportements dans des situations diverses, ce qui souvent nécessite parfois de faire les thérapies à l'extérieur du bureau de consultation. Il a des exercices à faire entre les séances de traitements. Dans les institutions, ces programmes nécessitent la réorganisation de l'environnement et la formation et la participation du personnel pour renforcer des comportements appropriés. L'implantation d'un système d'évaluation continu ou tout au moins régulier comme des fréquences de comportements basées sur l'observation, l'utilisation de questionnaires pour mesurer les comportements et les cognitions, l'auto-observation, etc. changent aussi non seulement radicalement l'intervention, mais aussi la manière d'évaluer et de conceptualiser les problématiques psychopathologiques en psychologie.

D'une part, certains comportementalistes de l'époque, dont Hans Eysenck et Joseph Wolpe et d'autres sont très catégoriques sur l'efficacité supérieure des approches comportementales. En contrepartie, les approches plus traditionnelles refusent plusieurs postulats de base de l'approche comportementale et suggèrent que la superficialité de cette approche va conduire à des rechutes ou à des substitutions de symptômes parce que ces interventions ne traitent pas l'être humain dans sa globalité et pour utiliser une expression qu'on nous répétait constamment à l'époque «en profondeur». C'est aussi à cette époque que le film de Stanley Kubrik, *Orange Mécanique* sort dans les salles de cinéma. Malgré le génie de ce cinéaste, ce film présente une vision caricaturale et non conforme à la réalité de l'approche comportementale. Cela contribue à encourager plusieurs intervenants opposés à notre approche à présenter la thérapie comportementale dans les médias publics comme une intervention qui n'est pas sans danger et je suis poli et réservé en rapportant les choses de cette manière.

Mais principalement, il y avait un écart considérable entre notre manière d'envisager le traitement et la manière traditionnelle de voir les choses. Je me souviens que, de façon hebdomadaire, il y avait à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, une conférence qui prenait souvent la forme d'une présentation de cas. La psychanalyse était encore à cette époque pour les psychiatres, la principale théorie portant sur des problématiques psychologiques même pour des problèmes graves comme la psychose. Il

s'en suivait souvent plusieurs avis et de la surenchère verbale sur des notions très théoriques données dans un langage qui, tel que perçu par un comportementaliste, était loin de la réalité et du concret et peu utile pour aider les patients psychotiques à retourner vivre dans la société dans un contexte où on envisageait de plus en plus la désinstitutionnalisation des patients comme nous l'avons mentionné plus haut suite à la commission Bédard sur les hôpitaux psychiatriques.

À un certain moment donné, on nous avait demandé dans ces conférences hebdomadaires de faire une présentation sur nos travaux visant la réinsertion sociale de psychotiques chroniques. Évidemment, notre conférence portait sur des choses très «terre à terre» comme comment défaire tout ce système qui rendait les patients dépendants du milieu institutionnel en commençant par leur réapprendre à s'occuper eux-mêmes de leur hygiène de base (pour dire concrètement les choses réapprendre par un système de façonnement et de renforcement des comportements comme se laver et se raser, etc.), à socialiser, à avoir des loisirs, à travailler, éventuellement à apprendre des choses de base pour vivre en société de la manière la plus autonome possible comme se faire un repas, avoir un compte en banque et administrer ses finances, circuler dans les transports publics, s'exposer à la vie en société, ce qui n'était pas simple pour des personnes institutionnalisées depuis longtemps et ainsi de suite. On peut comprendre le décalage considérable entre notre manière de proposer les traitements et ce qui était traditionnellement présenté comme conception et traitement en rapport avec la psychose et les problèmes graves de comportements en milieu psychiatrique.

Un médecin psychiatre (et par ailleurs un poète) sûrement fondamentalement d'orientation psychodynamique, mais doté d'une grande écoute et de beaucoup d'ouverture, favorable à des interventions plus concrètes, le docteur Lorenzo Morin, très respecté par le corps médical de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, nous a aidés considérablement dès le début à faire avancer les choses dans cet univers totalement étranger à l'approche comportementale. C'est un peu grâce à lui qui était le psychiatre de notre unité et par certaines interventions publiques très positives qu'il a fait à propos de notre unité de traitement que la thérapie comportementale a pu se développer et s'implanter dans cet hôpital.

Notre unité de traitement comportemental pour psychotiques chroniques deviendra un endroit très respecté à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Notre traitement pour les psychotiques chroniques avait été très diffusé et une certaine notoriété s'était développée par rapport à cette intervention et, comme mentionné plus haut, lorsque des professionnels venaient visiter cet hôpital, cette unité était un «incontournable» de leur visite. Nous devions consacrer passablement de temps à expliquer le tout à ces visiteurs. À un certain moment donné, un administrateur de l'hôpital nous avait dit que

notre unité (Bonsecours) était devenue une des «vitrines» de cette institution.

Les débats entourant les différences entre les approches traditionnelles et l'approche comportementale, beaucoup moins présents aujourd'hui, vont quand même se poursuivre pendant un certain temps, mais vont s'atténuer plus tard dans les années 70 probablement en partie en raison de l'efficacité de plus en plus démontrée de l'approche comportementale et d'autre part en raison de l'addition à des stratégies comportementales, de méthodes cognitives qui reçoivent davantage l'approbation en psychologie clinique et en psychiatrie. Finalement, la troisième vague en TCC va proposer plus récemment des méthodes qui ont parfois des origines millénaires comme la pleine conscience et d'autres stratégies qui sont très utilisées par des psychothérapeutes souvent étrangers aux TCC.

Il n'en demeure pas moins que durant les années 70, les intervenants de l'approche comportementale puis comportementale et cognitive sont minoritaires et sont souvent l'objet de plusieurs critiques. Les publications se multiplient, mais sont encore peu nombreuses comparativement aux articles et ouvrages publiés dans d'autres approches. Il y a donc un besoin de se regrouper, de se rencontrer pour discuter et échanger sur nos activités et pour inviter des spécialistes de l'époque à venir nous entretenir de leurs travaux. Je peux vous dire que nos rencontres et discussions se poursuivaient souvent jusqu'aux petites heures du matin. Il y avait aussi un certain militantisme nécessaire à l'époque pour pouvoir survivre et se développer dans notre milieu, faire mieux connaître l'approche cognitive et comportementale, la défendre et la faire avancer.

Donc, pour revenir au point de départ de cette section, c'est dans ce contexte que, lors de la réunion de l'Université de Moncton, nous décidons de créer une association qui aura pour premier nom : l'Association pour l'Avancement de la Thérapie Comportementale en Milieu Francophone (AATBMF). Cette association aura pour objectif d'organiser annuellement au moins une activité scientifique et de publier un bulletin de nouvelles qui deviendra éventuellement la revue Science et Comportement.

Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel seront chargés de publier le Bulletin de Nouvelle de l'AATBMF d'organiser la première rencontre scientifique qui aura lieu l'année suivante à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu avec la collaboration étroite de celle-ci. Nous avons décidé d'inviter trois conférenciers spécialisés dans l'analyse du comportement. Teodoro Ayllon, Ph.D. spécialisé dans le traitement des psychotiques chroniques, Sydney Bijou spécialisé dans le domaine de la déficience intellectuelle et Robert Koegel élève et collaborateur d'Ivaar Lovaas qui était un spécialiste de l'autisme. Cette rencontre d'une durée de six jours a eu un immense succès et fut un encouragement à poursuivre et organiser d'autres

rencontres et des activités de publication, notamment celle d'un bulletin de nouvelles qui fut à l'origine de notre revue.

La présence du Dr Ayllon, célèbre pionnier de l'approche comportementale, collaborateur du non moins célèbre Dr Nathan Azrin, fut non seulement appréciée, mais a été un élément motivateur de la poursuite de notre approche. Excellent conférencier, il nous a également encouragés à poursuivre notre travail. Une anecdote intéressante est la suivante. Quelque temps après sa prestation à notre rencontre, il est invité dans un congrès sur la psychose à Paris. Il constate avec étonnement que la psychanalyse est encore utilisée pour traiter les psychotiques. Il m'envoie une carte postale (bien conservée) de Paris (inutile de dire qu'à cette époque internet n'existait pas) dans laquelle il dit ce qui suit : «Even New York psychoanalysts do not claim to work with psychotics». Ailleurs, il ajoute : «I am convinced that only you and Jean-Marie can save French Psychiatry » et pour nous motiver davantage : «Montreal is the best of France plus USA». Évidemment, il s'agit d'une autre époque et le traitement de la psychose ici comme ailleurs ou en Europe a pris une orientation plus axée sur les données probantes.

Le fait d'avoir de la part du Dr Ayllon, un des fondateurs de la thérapie comportementale, un tel support et encouragement à promouvoir notre approche dans le contexte psychiatrique francophone a constitué pour nous une formidable incitation et une motivation importante à poursuivre notre travail qui, il faut bien le dire, était à l'époque proche du «missionnariat». Nous avons aussi réalisé l'importance de nous impliquer de façon militante au développement de cette approche dans notre milieu. La présence, au cours des congrès de notre association qui ont suivi, de personnages célèbres de l'approche comportementale et leur appui nous a aussi encouragés à poursuivre un travail de promoteur des thérapies comportementale et cognitive dans les milieux francophones.

L'AATBMF, qui deviendra éventuellement l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement, poursuivra ses activités en organisant annuellement des congrès dans différentes régions du Québec et du Nouveau-Brunswick au cours desquels plusieurs conférenciers célèbres participeront. Mentionnons à titre d'exemple Joseph Wolpe, K. Daniel O'Leary, Albert Ellis, Joseph Cautela, David H. Barlow, William H. Masters, Michel Hersen, Nathan Azrin, Joseph LoPiccolo, Tod Risley. Tous les gens de l'époque se souviendront du congrès mémorable de 1979 à Rouyn-Noranda probablement un des plus importants dans l'histoire de la psychologie au Québec. Organisé principalement et de façon exceptionnelle par Raymond Beausoleil, ce congrès auquel se sont inscrits environ 600 participants réunira des grands noms de l'approche comportementale et cognitive de l'époque. Mais le conférencier le plus prestigieux de ce congrès et de

l'histoire de l'ASMC sera Burrhus Frederik Skinner. Ceux qui étaient présents à Rouyn-Noranda se souviendront du fait qu'il n'y avait pas de salle assez grande au Centre Universitaire de Rouyn-Noranda pour accueillir la foule de gens intéressés à entendre l'allocution d'un des grands psychologues du XXe siècle et qu'il a fallu installer des écrans dans des salles connexes. Des étudiants de l'Université du Québec à Montréal s'étaient fait faire des T-shirts à l'effigie de Skinner («In Skinner we trust») et étaient assis à l'avant. À ce congrès participaient aussi Richard Fox, James Holland et K. Daniel O'Leary (qu'il a fallu, étant donné ses obligations familiales, aller reconduire en avion privé grâce à la collaboration de Robert Ladouceur aussi propriétaire et pilote d'un avion) sans oublier plusieurs conférenciers québécois et du Nouveau-Brunswick.

Il faut dire qu'à cette époque les ordres professionnels étaient relativement peu actifs dans l'organisation d'activités de congrès ou de formation et que l'ASMC occupait un créneau qui n'était pas envahi. Le très célèbre professeur Skinner a apprécié beaucoup sa présence au Québec. Il a pu compléter sa visite par un voyage de pêche dans le nord-ouest du Québec (il était aussi un grand amateur de pêche et il faut dire ici que cette activité fut le renforçateur utilisé pour motiver notre célèbre conférencier à venir donner une conférence à Rouyn-Noranda). Nous avons appris en le côtoyant quelques jours qu'il avait un sens de l'humour très amusant. À titre d'exemple, lorsque quelqu'un d'entre nous a voulu le photographier sur une rue de Rouyn-Noranda avec en arrière-plan les deux immenses cheminées de cette ville, il a dit : «vous voulez me photographier devant un symbole freudien!» Il a appris aussi que les congrès au Québec sont différents des autres en Amérique du Nord. Lorsque durant le banquet du congrès, des participantes (dont une future présidente de l'Ordre des Psychologues du Québec) se sont approchées de lui et lui ont dit ce qui suit : «professeur Skinner me feriez-vous l'honneur de danser avec moi», je me souviens de sa réaction de grande surprise, mais il a collaboré et a été réinvité à danser. On lui a expliqué que le «côté spécial» des congrès québécois était relié à notre «sang latin»! En même temps, on a pu voir de près le côté humain d'un immense personnage de la psychologie du vingtième siècle.

Je me souviendrai toujours que le président de l'Ordre des Psychologues du Québec de l'époque, monsieur Jean Tremblay, présent au congrès mémorable de Rouyn-Noranda, était venu me voir au cours de ce congrès pour féliciter l'association d'avoir organisé un congrès d'une telle ampleur et pour demander (peut-être avec une certaine gêne étant donné que l'Ordre des Psychologues du Québec était une association dont le nombre de membres était beaucoup plus élevé que la nôtre et qui, à l'époque, était peu active au niveau de l'organisation des congrès ou d'activités de formation) comment on procédait pour arriver à réaliser des activités

de cette envergure. La réponse avait été qu'on était très motivé et qu'on travaillait très fort pour faire valoir notre approche dans notre milieu. De plus, les organisateurs des congrès comptaient sur le succès de l'événement puisque ces activités étaient entreprises avec peu ou sans appui financier institutionnel ou gouvernemental. Il fallait réussir pour payer les frais importants reliés à l'organisation de tels événements puisque nos événements et l'ensemble des activités de l'ASMC n'étaient pas subventionnés.

Il est évident que le congrès de Rouyn-Noranda fut un des points culminants de l'histoire de l'ASMC et je pense, un événement sans précédent et sans équivalent depuis dans l'histoire de la psychologie au Québec. Aucune association reliée à la psychologie ou à des sciences connexes n'a à ce jour organisé des congrès de cette envergure dans les villes périphériques du Québec et il n'y a rien en vue de comparable dans un avenir prévisible.

Mais en fait, notre congrès annuel est devenu pendant plusieurs années un événement annuel intéressant et agréable qui nous permettait de nous retrouver entre nous et qui attirait plusieurs participants. Lorsque Michel Hersen (un américain d'origine belge et qui donc parlait dans une certaine mesure le français), un autre pionnier important de l'approche comportementale et cognitive et l'auteur de plusieurs ouvrages importants sur ce sujet et sur la psychologie clinique, m'avait rencontré dans un autre congrès d'envergure à Québec en 1975, il m'a mentionné qu'il était impressionné de voir à quel point et avec quelle rapidité se développait la TCC dans notre milieu. La TCC dans notre milieu était sur la bonne voie et en train de prendre de l'ampleur.

Nous avons aussi connu d'autres personnages célèbres de l'approche comportementale du XXe siècle qui ont participé à nos congrès. Pour donner un autre exemple, le célèbre médecin sexologue américain William H. Masters a également fait partie de notre liste de célèbres invités dans un congrès à Québec. Très innovateur par le sujet de ces études, il était tel qu'on le voit sur les photos : complet gris, chemise blanche et boucle au collet, mais un personnage plutôt discret et pas très expansif au niveau interpersonnel.

Albert Ellis qui était venu à notre congrès à Rimouski avait également attiré les foules. Dans son allocution, il était provoquant, confrontant et je me souviens que si quelqu'un lui posait une question, il l'invitait à venir à côté de lui débattre de son point de vue.

D'autres événements furent plus tristes. En 1973, nous organisons un congrès de l'ASMC à l'Université du Québec à Montréal auquel participent entre autres Joseph Cautela, Ray J. Hodgson, Stanley Sapon, Roger Ulrich et Michael Serber, un psychiatre californien et un grand admirateur de la France. Michael Serber vient nous parler du traitement de problèmes sexuels. Avec Yves

Lamontagne, nous décidons de publier les actes de ce congrès (Trudel et Lamontagne, 1974). Nous demandons aux auteurs de nous faire parvenir le texte de leur conférence. Nous recevons le texte du Dr Serber accompagné d'une lettre de sa secrétaire nous disant qu'il avait tenu à terminer ce chapitre et qu'il avait insisté pour qu'elle nous l'envoie, peu importe les circonstances. Dans les jours précédents, il était décédé.

Le congrès de Rouyn-Noranda comme tous ceux qui ont précédé et suivi de même que la publication de la Revue Science et Comportement recensée dans les Psychological Abstracts ont contribué à faire connaître et à susciter de l'intérêt pour les méthodes de Thérapie Comportementale et Cognitive et à créer un mouvement en ce sens qui fait en sorte qu'il s'agit d'une des approches psychothérapeutiques les plus pratiquées actuellement dans notre milieu.

Comme on peut le constater, nos congrès étaient largement décentralisés à travers le Québec et le Nouveau-Brunswick et en fait, l'aspect social de ces activités scientifiques dans des villes d'une taille plus modeste et l'animation particulière qui en résultait contribuaient aussi beaucoup à la grande popularité de notre association. En fait, à l'époque, les professionnels et les étudiants qui nous rencontraient étaient curieux de savoir à quel endroit aurait lieu le prochain intéressant, mais aussi «joyeux» événement.

Cette association a aussi servi à exposer les nouvelles tendances en TCC. Lors d'un des congrès tenus à l'Université du Québec à Montréal dans les années 70, l'ensemble des membres du module de thérapie comportementale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine avait fait une présentation collective à la fois sérieuse et humoristique qui fut très populaire et qui visait entre autres à remettre en question la dimension strictement comportementale alors prédominante et envisager de nouvelles avenues. Une des questions posées toujours sur un ton humoristique fut la suivante : «Devons-nous jeter les jetons?»

L'ASMC, la publication d'une revue, l'organisation de congrès d'envergure, l'enseignement de plus en plus répandu dans le milieu universitaire, les services de thérapie comportementale et cognitive dans les hôpitaux et les services en santé mentale, les services offerts en privé, l'aspect scientifique de cette approche et les données probantes de même que la recherche ont créé une synergie qui explique l'importance prise par notre approche.

Il faut réaliser maintenant que ceux et celles qui ont fondé l'ASMC, qui ont organisé des événements d'envergure à une époque où la thérapie comportementale et cognitive en était à ses débuts, qui ont implanté des programmes de thérapie comportementale et cognitive dans les hôpitaux et d'autres institutions, qui ont commencé à enseigner ces méthodes en milieu universitaire, qui ont entrepris des

programmes de recherches dans ce domaine et qui ont fondé une revue recensée à l'époque dans les *Psychological Abstracts*, ont écrit une page importante de l'histoire de la psychologie du Québec et de l'Acadie en y implantant un des grands courants de pensée et de pratique professionnelle en psychologie et en psychiatrie.

Il faut ajouter à cela le fait que, dans les autres pays francophones, la thérapie comportementale et cognitive a pris également énormément d'importance notamment grâce au travail considérable de certains intervenants comme (pour n'en mentionner que quelques-uns) les docteurs Jean Cottraux en France et Ovide Fontaine en Belgique. Plusieurs thérapeutes francophones de notre approche ont acquis une réputation importante et leurs travaux sont diffusés et publiés à l'échelle internationale.

Conclusion

En écrivant ce texte, en retournant dans le temps, en me replongeant dans l'atmosphère des années 70 où les professionnels pratiquant et enseignant la thérapie comportementale étaient perçus comme marginaux et en comparant cette époque avec la situation actuelle, je réalise à quel point l'ascension de la thérapie comportementale et cognitive dans notre milieu fut vertigineuse. En près de 50 ans, après des débuts modestes et parfois difficiles, il y a eu une évolution fulgurante et plus récemment exponentielle de cette approche. On peut croire que dans le contexte de l'importance des «données probantes» aux yeux des administrateurs des services de santé et des études sur le rapport coût/efficacité, cette approche à travers ses trois vagues actuelles va continuer à se développer et va prendre de l'expansion. De plus en plus, on voit la thérapie comportementale et cognitive notamment dans sa troisième vague comme fournissant aux cliniciens de diverses approches, des outils et des moyens concrets qu'ils peuvent intégrer à leur pratique. Avec certaines méthodes plus récentes de troisième vague, la TCC devient dans une certaine mesure une thérapie de convergence, un ensemble de méthodes d'interventions utiles qui font maintenant de plus en plus l'unanimité.

Au cours des dernières années, un comité fut formé pour développer une version numérique de *Science et Comportement*. Ce comité fut composé originalement de Jacques Forget, Réal Labelle et Gilles Trudel auxquels se sont ajoutés par la suite Jean Bélanger, Georgette Goupil et Philippe Valois et plus récemment Pascale Brillon à titre de rédactrice en chef. D'autres professeurs et psychologues ont offert leur collaboration pour faire partie du comité de rédaction. Un nouveau site Web de l'ASMC est maintenant sur pied et tous les articles publiés en version papier depuis le début des années 70 ont été transférés sur ce site et peuvent être consultés gratuitement. Vous pouvez maintenant aller à ce site au : <http://www.science-comportement.org/>

Dans le contexte actuel, il est particulièrement important qu'un ou des médias en langue française

existent pour permettre de diffuser des articles sur les fondements théoriques, sur les méthodes d'évaluation et de traitement utilisant l'approche comportementale et cognitive à travers ses différentes vagues. *Science et Comportement* se donne comme mission parmi d'autres de maintenir et de perpétuer une tradition de publication en langue française sur l'approche comportementale et cognitive dans une nouvelle version numérique. Cette revue pourra continuer ainsi à favoriser cette approche au Québec, en Acadie et dans l'ensemble de la francophonie. En conséquence, l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement invite les cliniciens et les chercheurs de tous les pays de langue française à nous faire parvenir des articles mettant en évidence l'approche et l'intervention cognitive et comportementale.

In Memoriam

Certains pionniers de l'approche cognitive et comportementale dans notre milieu mentionnés dans cet article et qui ont participé activement à l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement nous ont quittés. Mentionnons des collègues qui sont disparus trop jeunes soit Raymond Beausoleil, Pierre Baron, Maurice Harvey et plus récemment Léonce Boudreau un des fondateurs de notre association. D'autres membres de l'ASMC qui ne sont pas mentionnés dans cet article, mais qui ont joué un rôle significatif sont également décédés. Il s'agit d'Aimée Leduc et de Gilbert Leroux. Leur contribution aura marqué l'histoire de la thérapie comportementale et cognitive francophone.

Abstract

The behavioral and cognitive approach developed in Quebec and Acadia around the beginning of the 1970s. The beginnings were modest and the important differences between this new approach and the more traditional interventions of verbal therapy led to controversies about this new way to conceptualize and treat mental health problems. Behavioral and cognitive behavioral intervention programs were established in hospitals and public health services, and services were also offered in private organizations. An association was founded under the name of Association Scientifique pour la Modification du Comportement (ASMC). A journal called *Science et Comportement* was published and was covered by the *Psychological Abstracts*. Large-scale conferences were organized throughout Quebec and Acadia and the best known clinicians and professors were invited to give lectures. University programs and researches in cognitive and behavioral approach in Quebec and Acadia from modest beginnings developed at a very rapid pace in the late 1980s in psychology departments and other departments and now play an important role in the training of many clinicians and researchers in this field. A new digital version of *Science et Comportement* will aim to maintain the Francophone tradition of disseminating knowledge and research in the behavioral and cognitive approach. This journal will publish papers and contributions from clinicians and researchers from all French-speaking countries. You may consult the new web site of ASMC and *Science et Comportement* at <http://www.science-comportement.org/>

Références

- Beaudry, M. et Boisvert, J.M. (1980). *S'affirmer et communiquer*. Montréal : Les éditions de l'Homme.
- Boisvert, J.-M. et Trudel, G. (1972). Contestation et référendum dans un système de jetons. *Bulletin de Nouvelles de l'A.A.T.B.M.F.*, 2(1), 8-9.
- Grondin-Bordeleau, B., Trudel, G. et Marcil-Denault, J. (1981). Étude des effets d'un traitement behavioral composite sur la phobie d'aller en avion avec relance de deux ans. *Revue de Modification du Comportement*, 11, 91-96.
- Inserm (dir.) (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées. Rapport*. Paris : Les éditions Inserm.
- Marchand, A. et Letarte, A. (1993). *La peur d'avoir peur*. Montréal : Stanké.
- Pagé, J.C. et Laurin, C. (1961). *Les fous crient au secours*. Montréal, Éditions du Jour.
- McHugh, R.K. et Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based treatments. A review of current efforts. *American Psychologist*, 65 (2), 73-84.
- National Institute for Mental Health in England (2008). *Improving access to psychological therapies (IAPT) Commissioning Toolkit*.
- Trudel, G. et Grondin-Bordeleau, B. (1980). Traitement behavioral de la phobie de l'air: une approche composite. XXVIIe Congrès international de médecine aéronautique et spatiale. Montréal.
- Trudel, G. (1981). *Thérapie de milieu en institution psychiatrique: une approche behaviorale*. Les Presses de l'Université du Québec. Québec
- Trudel, G., Boisvert, J.-M., Maruca, F. et Leroux, P.A. (1974). Unprogrammed reinforcement of patients' behaviors in wards with and without token economy. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 147-149.
- Trudel, G. (2000). *Dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des approches psychologique, interpersonnelle et biologique*. Presses de l'Université du Québec. Québec. Réimpression avec révisions, 2003, 2005, 2008, 2010, etc.
- Trudel, G. (2003). *La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*. Masson: Paris.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G. et Bounader, G. (2008). The marital life and aging well program: Effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 5-23.
- Trudel, G. (2018). *Vie de couple, sexualité et bien vieillir, tome 1 : Les études et les recherches sur la vie de couple, la vie sexuelle et la vie psychologique des retraités et des aînés*. Éditions Édilivre. Paris.
- Trudel, G. (2019). *Vie de couple, sexualité et bien vieillir, tome2: Une intervention conjugale et sexuelle pour améliorer et enrichir la vie de couple chez les préretraités, les retraités et les aînés*. Éditions Édilivre. Paris.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R. et Prévaille, R. (2013). Marital, sexual and psychological functioning of older living at home: The results of a national survey using a longitudinal methodology (Part I) *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 22, 101-107.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R. et Prévaille, R. (2014). Marital, sexual and psychological functioning of older living at home: The results of a national survey using a longitudinal methodology (Part II) *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 23, 35-48.
- Trudel, G. et Lamontagne, Y. (2014). *Modification du comportement en milieu clinique et éducation*. Publication de l'ASMC
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Prévaille, M., Boyer, R. et Bégin, J. (2014). Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18 period. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40, 193-208.



**UNE PERSPECTIVE BÉHAVIORISTE DE L'APPRENTISSAGE :
ANALYSE CRITIQUE DE L'OUVRAGE**

**PSYCHOLOGIE DE L'APPRENTISSAGE DE POWELL, R.A., HONEY, P.L., ET SYMBALUK, D.G.
(2016). MONTRÉAL: CHENELIÈRE ÉDUCATION.**

Jacques Forget

Université du Québec à Montréal

*Il convient de remercier Georgette Goupil
pour ses judicieux commentaires lors
d'une première version de cette analyse critique.*

Aborder la psychologie de l'apprentissage, ses origines et ses contributions à la compréhension du comportement humain et animal correspond en très grande partie à commenter le début de la psychologie académique. De fait, les départements de psychologie existent depuis plus de 130 ans, tout comme la psychologie de l'apprentissage. Si leur naissance correspond à la fondation du premier laboratoire de psychologie expérimentale à l'Université de Leipzig sous l'initiative de Wilhelm Wundt, leur véritable enfance s'est développée aux États-Unis avec l'apparition de la psychologie fonctionnaliste et pragmatiste. Des psychologues comme William James, John Dewey, Edward Lee Thorndike définissent alors les objets d'étude permettant à la discipline de se différencier de l'anthropologie, de la sociologie et de la physiologie. La thèse générale est que s'il est impossible de déterminer empiriquement les structures du monde mental, il est possible d'étudier ses fonctions : les sensations, la perception, l'intelligence, les habitudes, l'apprentissage, la motivation, le soi, les émotions. Et si l'introspection n'est pas rejetée comme méthode de connaissance, les fonctionnalistes précisent que l'observation du comportement humain et animal constitue une source de renseignements irremplaçable. S'ils défendent aussi une

conception évolutionniste, ils conçoivent la psychologie comme une discipline s'intéressant non pas à l'adaptation des espèces, mais à l'adaptation, aux habitudes et à l'apprentissage individuel. Rapidement, cette psychologie donne naissance à une version plus radicale, le béhaviorisme se manifestant en 1913 par les propositions de John Watson. Ici, seule la méthode des sciences naturelles, soit l'observation et l'expérimentation, est considérée comme valide, et seule l'étude du comportement observable permettrait de construire une véritable psychologie scientifique. Les processus d'apprentissage et de conditionnement constituent alors le thème central de cette nouvelle psychologie.

Cette évolution explique pourquoi les 60 premières années de la psychologie américaine sont le théâtre de nombreuses publications sur l'apprentissage. Au cours des années 30 à 60, ces productions sont surtout l'œuvre de néobéhavioristes méthodologiques associés aux travaux de Clark Hull ou à ceux d'Edward Tolman. Lorsque l'un de ces ouvrages porte sur les principes de l'apprentissage et du conditionnement, le titre correspond à l'expression *Psychology of Learning* ou *Conditioning and Learning*. En revanche, lorsque l'un de ces ouvrages insiste sur les différentes théories d'apprentissage, le titre correspond plutôt à l'expression *Theories of Learning*. L'ouvrage exemplaire de cette seconde tradition est celui de Gordon Bower et Ernest Hilgard, objet de cinq éditions dont la dernière fut publiée en 1981. Une démarcation dans l'orientation des chercheurs va éclore à partir des années 60 lorsque l'approche néocognitiviste va aussi s'intéresser à l'apprentissage. En bonne partie descendante du béhavioriste méthodologique, les ouvrages liés à ce courant vont poursuivre cette tradition en ajoutant le terme de cognition (la série *Handbook of Learning and Cognitive Processes* dirigée par William

Estes de 1975 à 1978 représente un bon exemple). Parallèlement, la tradition béhavioriste se perpétue par l'intermédiaire des travaux de Burrhus Skinner, Murray Sidman, Fred Keller, William Schoenfeld (ces deux derniers publient en 1950 un ouvrage, en référence à celui de James, intitulé *Principles of Psychology*) sur l'analyse expérimentale du comportement et le conditionnement opérant. Les chercheurs de cette orientation connue sous l'appellation de béhaviorisme radical, continuent à diffuser des ouvrages sur l'apprentissage, le conditionnement, l'apprentissage social, et sur les applications en milieu clinique (les thérapies comportementales), en milieu éducatif et familial (l'analyse appliquée du comportement) et en milieu du travail et des organisations (l'aménagement des contingences de renforcement). Le dénominateur commun de ces ouvrages est d'utiliser les expressions *Learning and Behavior* (ex. *Learning and Behavior* de Paul Chance, *Learning and Complex Behavior* de John Donahoe et David Palmer), *Behavior Analysis and Learning* (ex. l'ouvrage de David Pierce et Frank Epling, celui de Charles Catania) plus rarement *Psychology of Learning and Behavior* (ex. celui de Barry Schwartz) comme titre.

La présente recension concerne l'ouvrage de Russell Powell, un ancien étudiant de David Pierce à l'Université de l'Alberta à Edmonton, Lynne Honey et Diane Symbaluk, toutes deux de l'Université Grant MacEwan d'Edmonton, cette dernière étant aussi une ancienne étudiante de Pierce. Pourquoi cette référence à Pierce? Parce que les conceptions de ce dernier sur ce qu'est le béhaviorisme radical et l'analyse du comportement apparaissent tout au long de l'ouvrage.

Cette référence à Pierce est importante parce que le titre choisi par le traducteur et l'éditeur ne correspond pas à celui de la version anglaise. En fait, ce préambule cherche à expliquer cette différence. L'original anglais s'intitule *Learning and Behavior*. Le traducteur et l'éditeur ont préféré l'expression *Psychologie de l'apprentissage*. Dans la mesure où l'ouvrage s'inscrit dans la tradition skinnérienne, il aurait été préférable de traduire le titre par *Apprentissage et comportement*. On peut comprendre le choix de l'éditeur qui cherche, à n'en pas douter, à proposer un texte représentant une référence pour les cours de psychologie de l'apprentissage offerts par les programmes de psychologie du Québec – cours suivis par plus de 1 000 étudiants/année. D'autre part, parce que l'apprentissage constitue l'un des noyaux durs (pour reprendre une expression de l'épistémologue Irme Lakatos) de la psychologie. Dans son *Manuel d'agrément* (2013) des programmes universitaires qui donnent un accès à la pratique, l'Ordre des psychologues du Québec stipule que l'admission à un doctorat exige des candidats la réussite de cours de premier cycle dont la psychologie de l'apprentissage. L'acquisition des connaissances relatives aux principes de l'apprentissage reste donc un enjeu important dans la formation du psychologue.

L'ouvrage de Powell, Honey et Symbaluk est un événement important dans le monde de l'édition francophone lié à la psychologie. Pourquoi? Simplement parce qu'il démontre que l'approche béhavioriste du comportement humain est toujours vivante et qu'il faut arrêter de croire que les sciences psychologiques contemporaines n'ont d'intérêt que pour les perspectives cognitives, neuropsychologiques ou socioconstructivistes. Pour plusieurs, le béhaviorisme est mort depuis longtemps. Mais peut-être que ce qui doit reposer au cimetière des conceptions du comportement est leur compréhension du béhaviorisme et de son développement. Si le béhaviorisme radical de tradition skinnérienne poursuit toujours son évolution (ex. la thérapie analytique fonctionnelle de Robert Kohlenberg et sa vision de l'alliance thérapeutique), il constitue d'abord une épistémologie d'une science du comportement connue sous le vocable d'analyse du comportement. Et l'ouvrage de Powell, Honey et Symbaluk défend cette perspective.

Sur le plan pédagogique, la structure de l'ouvrage est intéressante et l'organisation des informations facilitent l'acquisition et la consolidation des connaissances. Chaque chapitre contient des encadrés intitulés *Faites le point* qui consistent en une série de phrases à compléter suivant la formule de l'enseignement programmé. En plus des nombreux tableaux et figures, d'autres encadrés intitulés *Allons plus loin* constituent des sources d'informations pertinentes à l'intégration des concepts à des thématiques de recherche ou à des situations quotidiennes. C'est ici que le lecteur trouvera des éléments qui dépassent ce que les autres ouvrages francophones dans le domaine offrent. Par exemple, les auteurs soulignent que les performances élevées des experts dans des domaines comme la musique ou le jeu d'échecs dépendent d'abord de pratiques soutenues. Ils rappellent le cas de Mozart pour justifier cette hypothèse. En effet, trop de personnes oublient que son père Leopold l'a entraîné pendant de longues heures dès son jeune âge et que les activités alternatives étaient pratiquement inexistantes. Les auteurs soulignent que les habiletés remarquables de certaines personnes pour exécuter des tâches particulières comme savoir à quel jour de la semaine correspond le 22 janvier 1649 peuvent aussi être maîtrisées après quelques semaines d'entraînement par la plupart des étudiants universitaires. Enfin, chaque chapitre se termine par un résumé, des lectures suggérées, des questions d'étude et un lexique présentant les concepts abordés.

Le premier chapitre présente l'origine du béhaviorisme. Même s'il est difficile de séparer le béhaviorisme et la psychologie de l'apprentissage, le choix des auteurs illustre leur orientation. Ils identifient cinq versions du béhaviorisme : le béhaviorisme méthodologique de Watson, le néobéhaviorisme de Hull, le béhaviorisme cognitif de Tolman, la théorie de l'apprentissage social de Bandura et le béhaviorisme

radical de Skinner. Si le chapitre fourmille de renseignements historiques et conceptuels pertinents, certains choix sont discutables. Ainsi, identifier le béhaviorisme de Watson en tant que version méthodologique représente une source de confusion. Le projet de Watson constitue, d'après Bélanger (1977), un programme de recherche qui inclut un objet d'étude (le comportement), des méthodes de recherche (l'observation et l'expérimentation), des buts (décrire, prédire et expliquer le comportement) et une thèse (le comportement dépend des interactions comportement-environnement), et non uniquement une conception méthodologique. En outre, depuis les années 60, tous les articles publiés par des béhavioristes radicaux dans les revues comme *Behavior and Philosophy* ou *The Behavior Analyst* et les ouvrages qui défendent cette orientation (ex. celui de Mecca Chiesa (1994) ou celui de Jay Moore (2007)) attribuent ce terme de béhaviorisme méthodologique non pas à Watson, mais bien à Clark Hull, Kenneth Spence, Edward Tolman, Orval Mower et plusieurs autres. S'il y a une certaine variation dans les appellations, l'ambiguïté ne se retrouve pas chez les béhavioristes radicaux. Ensuite, pourquoi identifier Hull au néobéhaviorisme et Tolman au béhaviorisme cognitif? S'il est vrai que le béhaviorisme de Tolman est cognitif, les historiens de la psychologie associent Hull, Tolman, Spence et Skinner au néobéhaviorisme, c'est-à-dire à la seconde génération de béhavioristes dont le point commun est de critiquer Watson pour sa conception réductionniste selon laquelle seuls les comportements observables par les autres peuvent faire l'objet d'une psychologie scientifique. S'il est normal de présenter Watson avant Hull et Tolman parce que la théorie du premier est plus ancienne, pourquoi présenter le béhaviorisme de Skinner après l'apprentissage social de Bandura même si cette dernière théorie est plus récente? Pour suggérer qu'elle est plus accomplie parce que plus récente?

Le deuxième chapitre porte sur les méthodes de recherche. Les concepts de variables, de stimulus, de réponse, d'opération d'appui (concept qui correspond à celui d'*establishing operation* traduit par Malcuit, Pomerleau et Maurice en 1995 par l'expression d'opération établissante – le choix de Guy Lacroix, le traducteur de l'ouvrage est judicieux puisque le terme « appui » exprime bien l'idée que des opérations comme la privation, la satiété ou certaines conditions de l'environnement permettent d'altérer la valeur d'un stimulus de renforcement, et non de l'établir), de fiabilité des mesures, de recherche descriptive et expérimentale (les devis avec groupe témoin, les études à sujet unique). Il faut remarquer ici l'absence étonnante de l'analyse fonctionnelle du comportement en tant que procédure évaluative. Cette notion aurait dû être abordée dans la section sur les devis à sujet unique. Ici, les auteurs présentent quatre devis : l'étude à comparaison simple (devis AB), à renversement (ABA), à lignes de base multiples et avec changement de critère. Ces devis sont

issus de la tradition en analyse appliquée du comportement et non de la recherche fondamentale en psychologie de l'apprentissage – ce que les auteurs ne mentionnent pas. Pourtant, depuis le milieu des années 80, le devis à sujet unique le plus utilisé par cette communauté est la procédure à conditions alternées développée par Brian Iwata et ses collaborateurs. Ce devis permet d'établir les relations fonctionnelles entre certains comportements cibles (ex. les troubles graves du comportement) et certaines conditions de l'environnement. Enfin si les avantages et les faiblesses des études avec groupe témoin et celles à sujet unique sont bien expliqués, les auteurs n'utilisent nulle part les termes de méthode hypothético-déductive et de méthode inductive pour identifier ces deux traditions de recherche. Dans ce chapitre, l'encadré *Allons plus loin* aborde la question de la restriction alimentaire et l'idée qu'une certaine restriction calorique intermittente, observée aussi en milieu expérimental chez l'animal, présente des effets bénéfiques pour la santé des humains et des animaux – les auteurs vont revenir quelquefois sur cette notion et sur celle de l'activité anorexique, problématiques qui ont fait l'objet de nombreuses études à Edmonton par Pierce.

Les chapitres 3, 4 et 5 sont consacrés au conditionnement classique. S'il existe des ouvrages en langue française qui ont abordé de manière détaillée ce domaine, le dernier en date fut celui de François Doré et Pierre Mercier publié il y a 25 ans. Sur le plan théorique, ce dernier est plus détaillé. Autrement dit, l'ouvrage de Powell et ses collaborateurs est loin d'aborder de manière systématique les modèles théoriques qui furent dominants pendant de nombreuses années. Il n'est donc pas surprenant que des théories développées plus récemment soient ignorées : pensons à Charles Gallistel et John Gibbon qui contestent la validité de la thèse dominante depuis les travaux d'Ivan Pavlov selon laquelle l'apprentissage dépend de processus associatifs. Pour ces deux chercheurs, les organismes perçoivent le déroulement temporel des événements significatifs (ex. les stimuli inconditionnels et les stimuli conditionnels qui les précèdent), les mémorisent et décident d'émettre ou non une réponse adaptative. En revanche, les applications du conditionnement sont beaucoup mieux représentées que dans l'ouvrage de Doré et Mercier. Powell et ses collaborateurs présentent le traitement des phobies par désensibilisation systématique, immersion ou par approches hybrides. Dans l'encadré *Allons plus loin*, les auteurs se demandent si Freud était un analyste du comportement en rappelant que ce dernier avait déjà proposé l'exposition des patients aux objets anxiogènes et que Jung avait traité un cas de phobie des voies ferrées par cette technique. Si ce rappel est historiquement valide, la stratégie proposée par Freud à la suite de la Première Guerre mondiale auprès de patients qui présentaient un trouble de stress post-traumatique correspond plutôt à une technique d'implosion et non à celle de Wolpe. Dans ce dernier cas, le patient est exposé au stimulus inconditionnel et non seulement au stimulus

conditionnel. Cela dit, la véritable lacune du chapitre 4 est de ne pas insister sur le fait que l'ingrédient thérapeutique partagé par les stratégies qui s'avèrent efficaces pour les phobies est l'exposition ET la prévention de la réponse d'évitement ou d'échappement. En revanche, les auteurs présentent quelques applications médicales intéressantes comme les réactions allergiques ou la présence d'une certaine immunosuppression chez les femmes ayant subi une chimiothérapie lorsqu'elles rencontrent leur médecin lors des suivis post-traitement, immunosuppression qui serait le résultat d'un effet placebo.

Une dernière remarque s'impose ici. La plupart des auteurs d'orientation skinnérienne utilisent le terme de conditionnement répondant plutôt que celui de conditionnement classique. Le choix de Powell, Honey et Symbaluk rejoint la tendance dominante, non seulement dans les ouvrages sur la psychologie de l'apprentissage, mais aussi dans les ouvrages de neurosciences – si la recherche expérimentale en conditionnement classique a quitté depuis longtemps les départements de psychologie, elle est devenue importante en neurosciences comportementales et cognitives.

Les chapitres 6 à 9 sont consacrés au conditionnement opérant. L'orientation conceptuelle des auteurs se manifeste ici de manière tangible par l'importance accordée à ce domaine. Le chapitre 6 aborde la notion de comportement opérant, un court historique, la notion de sélection proposée par Skinner, les conséquences et les antécédents, les types de contingence de renforcement et de punition ainsi que le façonnement. Le chapitre 7 présente les notions de programmes de renforcement. Trois théories du renforcement, soit la réduction des pulsions, le principe de Premack et la déprivation de la réponse terminent le chapitre – il en existe d'autres, plus contemporaines, mais plus complexes! Le chapitre 8 présente l'extinction, le contrôle du stimulus, la généralisation, la discrimination, le contraste comportemental lors des programmes multiples et l'estompage. Ici, il est difficile de comprendre pourquoi les auteurs n'ont pas abordé des concepts plus contemporains comme l'équivalence du stimulus ou la théorie des cadres relationnels essentiels à la compréhension des thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague. Le chapitre 9 aborde les concepts d'échappement, d'évitement et de punition.

Si les informations et les modèles théoriques se retrouvent dans tous les ouvrages sur le conditionnement opérant, le livre de Powell, Honey et Symbaluk est le plus complet en langue française. Encore une fois, les encadrés *Allons plus loin* contiennent une multitude d'idées pertinentes provenant de la vie quotidienne et de la recherche. Le lecteur qui maîtrise ces concepts, qu'il soit convaincu ou non de leur validité, lira ces textes avec intérêt. Les exemples sur l'acharnement au travail, la relation entre le renforcement positif et l'appréciation des

œuvres d'art, l'entraînement canin, la notion de contraste anticipateur donnant du sens aux événements, les habiletés des chiens sauveteurs et la procrastination sont tous pertinents.

Le chapitre 10 est consacré à la notion de choix telle qu'évaluée par les programmes de renforcement concurrent (l'organisme est placé dans une situation de choix où un comportement A est renforcé suivant certaines conditions et un comportement B suivant d'autres conditions), par la loi de l'appariement qui découlent de ces programmes ainsi qu'à celle associée à la maîtrise de soi. Comme les autres chapitres, celui-ci permet de noter que le conditionnement opérant ne se limite pas aux notions enseignées dans les départements de psychologie au cours des années 70, 80 et 90. Cependant, si les auteurs présentent quelques applications, le texte est avare d'exemples. Pour illustrer les applications de la loi généralisée de l'appariement, les auteurs rapportent les études sur la prédiction du comportement des joueurs de basketball. Pourtant, cette loi a donné lieu à une variété d'applications importantes sur le plan éducatif et clinique : la mesure de la sensibilité des enfants avec autisme au renforcement social ou encore aux relations entre l'attention sociale des enseignants et le taux de comportements appropriés des élèves. En revanche, la présentation de la notion de maîtrise de soi par l'intermédiaire du modèle de la gratification différée de Mischel ou par l'intermédiaire du modèle d'Ainslie-Rachlin référant à des principes d'économie comportementale est la bienvenue. Ce dernier modèle illustre à merveille l'une des affirmations du début du texte : la conception de plusieurs selon laquelle le conditionnement opérant constitue une vision réductionniste du comportement correspond souvent à une connaissance dépassée de ce domaine de recherche et d'application. D'ailleurs, la compréhension des éléments de l'ouvrage relatifs à l'économie comportementale permet au lecteur de comprendre pourquoi l'Association for Behavior Analysis International se félicitait le 13 octobre dernier sur son site Web que le prix de la Banque de Suède en sciences économiques en mémoire d'Alfred Nobel avait été attribué en 2017 à Richard Thaler. Celui-ci affirme, avec d'autres économistes « cognitivo-comportementalistes » comme Daniel Kahneman, que les choix économiques des humains doivent tenir compte de la présence de facteurs irrationnels. En même temps, il est étonnant que les auteurs passent sous silence les contributions des behavioristes radicaux comme Leonard Green, Howard Rachlin, James Allison et George Ainslie au développement de l'économie comportementale (voir le mémoire de maîtrise de Yan-Olivier Charest pour une analyse de ces contributions).

Le chapitre 11 concerne l'apprentissage par observation et les comportements régis par des règles. En dépit de sa pertinence, le chapitre est le plus décevant de l'ouvrage. Le premier problème concerne la présence de ces deux notions à l'intérieur d'un même chapitre. La

plupart du temps, elles sont abordées de manière indépendante, compte tenu non seulement de leur importance réciproque, mais surtout parce qu'elles ne sont aucunement liées. Généralement, la notion de comportements régis par des règles est présentée à l'intérieur d'un chapitre sur le contrôle du stimulus. En effet, les règles gouvernant un comportement représentent une forme de contrôle du stimulus. Pendant des décennies, la thèse du conditionnement opérant fut que les contingences de renforcement représentent les procédés par lesquels un comportement est acquis et maintenu. Lorsque les chercheurs abordaient les événements antécédents en tant que stimuli discriminatifs, l'accent était placé sur l'idée que ces S^D pouvaient déclencher une réponse parce qu'ils annonçaient l'arrivée imminente d'une contingence de renforcement. Pourtant, depuis les années 80, la recherche montre que l'acquisition du langage correspond à l'acquisition de règles, incluant les règles internalisées, et que leur présence diminue l'emprise des contingences de renforcement. Autrement dit, les comportements des personnes qui possèdent un langage sont moins sensibles aux contingences de renforcement. Le second problème est le choix des auteurs de privilégier le terme d'apprentissage par observation plutôt que celui d'apprentissage social. La justification n'est pas convaincante, d'autant qu'ils notent trop rapidement que le second est plus fréquent. Ainsi, ils sont silencieux sur le fait que cette notion d'apprentissage social est celle préférée par plusieurs behavioristes radicaux comme Charles Catania, par Robert Aker dans le domaine de la criminologie, par Arthur Staats dans le domaine de la personnalité ainsi que par les psychologues d'orientation cognitive et par éthologistes contemporains. Il existe plusieurs ouvrages sur l'apprentissage social et il n'en existe aucun sur l'apprentissage par observation, d'autant que ce dernier terme a été délaissé en faveur du premier depuis plusieurs années. Le choix de Powell et ses collègues explique sans doute pourquoi plusieurs phénomènes liés à l'apprentissage social sont ignorés : le modelage, le comportement apparié, l'accentuation du stimulus, l'émulation comportementale, l'empreinte, la transmission culturelle, les méthodes d'enseignement, les pratiques parentales ou encore les relations de parentèle.

Le chapitre 12 porte sur les dispositions biologiques pour l'apprentissage. Les thèmes abordés sont les états préparés, les interactions opérant-répondant, les comportements collatéraux (ex. les comportements qui se produisent pendant les essais inter-renforcement), l'anorexie d'activité (il aurait été préférable de parler d'activités anorexiques) et la théorie des systèmes de comportement de William Timberlake, une théorie qui lie processus d'apprentissage et principes issus de l'éthologie. Le choix du titre doit être noté. Dans la plupart des ouvrages, ces dispositions sont identifiées comme des contraintes à l'apprentissage, ce qui fait dire à plusieurs que leur présence démontre les insuffisances

des théories du conditionnement. Pourtant, ce qu'elles démontrent est que l'histoire phylogénétique des espèces et des populations a un rôle non négligeable dans l'émergence d'un comportement. Les informations fournies par l'éditeur mentionnent que Lynne Honey s'identifie en tant que « behavioriste évolutionniste ». Il ne s'agit pas de douter du renseignement, mais il aurait été intéressant que cette orientation soit plus manifeste. Par exemple, tout au long du texte, l'expression « être humain » est utilisée. Pourtant, il aurait été plus approprié d'un point de vue évolutionniste d'utiliser le mot « humain » : depuis quand les chimpanzés ou les pigeons sont identifiés comme des « êtres chimpanzés » ou des « êtres pigeons »? Depuis quand l'humain doit-il être défini en tant que qualificatif plutôt qu'en tant que substantif? La science préfère la parcimonie : le terme humain signifie autant de choses que celui d'être humain.

Le dernier chapitre présente l'état de quelques études sur la cognition comparée. Les auteurs abordent plusieurs thèmes reliés au comportement animal : la mémoire, la catégorisation, la décision relationnelle, les concepts de fabrication d'outils, la théorie de l'esprit, la conscience de soi, la coopération et la tromperie, le langage gestuel et artificiel. Ce chapitre n'est évidemment pas comparable à un ouvrage sur la cognition animale, mais il permet de constater que les procédures de conditionnement peuvent être employées de manière créative permettant l'étude empirique de questions fondamentales liées aux caractéristiques partagées et non partagées par l'humain et les animaux non humains.

Est-ce que cet ouvrage doit être recommandé dans le contexte d'un cours universitaire? Oui, sans aucun doute. Est-il le plus convivial que d'autres sur le plan pédagogique? Oui et non. Il ne remplace pas celui de Malcuit, Pomerleau et Maurice publié en 1995 parce que ce dernier constitue un lexique d'un usage simple. Oui parce qu'il est plus détaillé et qu'il inclut de multiples exemples et des exercices variés. En français, le seul concurrent récent est l'ouvrage de Céline Clément de l'Université de Strasbourg *Conditionnement, apprentissage et comportement humain*. Celui-ci fait 158 pages. Celui de Powell, Honey et Symbaluk fait 554 pages. Est-ce qu'il est possible de maîtriser les concepts présentés par ce dernier à l'intérieur d'un cours de 45 heures? Non, à moins d'en faire un survol superficiel. Est-ce que l'ouvrage de Clément est suffisant pour un tel cours? Non, mais ce dernier peut être pertinent dans le cadre d'un cours dont les objectifs seraient d'aborder les phénomènes d'apprentissage tout en présentant les éléments de l'analyse appliquée du comportement. Cela dit, en dépit de ses nombreuses limites, l'ouvrage de Powell, Honey et Symbaluk représente un ouvrage qui ne peut être ignoré.

Est-ce que l'ouvrage est le meilleur dans son domaine? Non si on inclut les ouvrages de langue anglaise. Celui de Paul Chance correspond davantage à un cours de 45 heures tout en défendant la même

orientation. Mais son prix est exorbitant et les exemples moins nombreux. Le plus intéressant est celui de Steven Lindsay, *Handbook of Applied Dog Behavior and Training Vol. 1*. Cependant, il serait difficile de demander à l'auteur et aux éditeurs d'accepter qu'une version française puisse s'intituler *Psychologie de l'apprentissage*. En outre, la structure de l'ouvrage est peu pédagogique, ce qui pourrait le rendre moins intéressant pour des étudiants habitués à étudier d'abord à partir de PowerPoint. Pourtant, cet ouvrage est unique. Sur le plan du contenu, il est plus complet. Le chapitre sur les facteurs biologiques inclut des concepts comme les dispositions, le tempérament et l'épigénèse (il est étonnant que Powell et ses collègues ne disent mot sur cette notion d'épigénèse compte tenu de son importance sur le plan du développement comportemental). Sur le plan philosophique, l'ouvrage de Lindsay présente une vision intégrative des sciences du comportement. Il est vrai que le projet des analystes du comportement n'est pas de construire une théorie intégrative du comportement, mais comme l'affirmait Ernest Vargas, de permettre la survie de leur discipline par sa spécification et son vocabulaire particulier. C'est un choix.

Références

- Ainslie, G. (1992). *Picoeconomics*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Akers, R.L. (1998). *Social learning and social structure*. Boston, MA: Northeastern University Press.
- Bélanger, J. (1978). Images et réalités du béhaviorisme. *Philosophiques*, 5, 3-110.
- Bower, G. et Hilgard, E. (1981). *Theories of learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Catania, A.C. (2013). *Learning*. Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan.
- Charest, Y.-O. (2007). *La théorie des choix rationnels et le comportement animal (1970- 1995)*. Mémoire de maîtrise inédite. Université du Québec à Montréal.
- Chiesa M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Clément, C. (2013). *Conditionnement, apprentissage et comportement humain*. Paris: Dunod.
- Donahoe, J.W. et Palmer, D.C. (1994). *Learning and complex behavior*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Doré, F.-Y. et Mercier, P. (1992). *Les fondements de l'apprentissage et de la cognition*. Boucherville, QC: Morin.
- Estes, W.K. (Ed.). (1975). *Handbook of learning and cognitive process*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Iwata, B.A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E. et Richman, G.S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt.
- Keller, F., Schoenfeld, W.N. (1950). *Principles of psychology*. New York: Appleton- Century-Crofts.
- Kohlenberg, B.S., Callaghan, C.M. (2010). FAP and acceptance commitment therapy (ACT). In J. Kanter, M. Tsai & R. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46). New York: Springer.
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos et A. Musgrave (Eds.). *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91- 196). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lindsay, S.R. (2000). *Handbook of applied dog behavior training*. Ames, IO: Blackwell, Iowa State University Press.
- Malcuit, G., Pomerleau, A. et Maurice, P. (1995). *Psychologie de l'apprentissage*. St-Hyacinthe, QC : Édisem.
- Mischel, W. (1966). Theory and research on the antecedents of self-imposed delay of reward. In B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. New York: Academic Press.
- Moore, J. (2008). *Conceptual foundations of radical behaviorism*. Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan.
- Ordre des psychologues du Québec (2013). *Manuel d'agrément*. Montréal, QC: Auteur.
- Pierce, W.D. et Epling, W.F. (1995). *Behavior analysis and learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachlin, H. (2000). *The science of self-control*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Schwartz, B. (1989). *Psychology of learning and behavior*. New York: Norton.
- Staats, A. (1996). *Behavior and personality*. New York: Springer.
- Timberlake, W. (1993). Behavior systems and reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 60, 105-128.
- Vargas, E.A. (1987). Separate discipline is the name for survival. *The Behavior Analyst*, 10, 119-121.
- Watson, J. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 154-177.

