

SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 31 (1)

Juin 2021

Équipe éditoriale

Pascale Brillon, Ph.D.

Rédactrice-en-chef
Université du Québec à Montréal

Réal Labelle, Ph.D.

Rédacteur adjoint
Université du Québec à Montréal

Comité éditorial de révision

Canada

Arsenault, Marie, Psy.D.
Institut Douglas

Belleville, Geneviève, Ph.D.
Université Laval

Bond, Suzie, Ph.D.
Université TÉLUQ

Bouchard, Sébastien, Ph.D.
Université de Sherbrooke

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

Boudreau, Maxine, Ph.D.
Institut Alpha

Brassard, Audrey, Ph.D.
Université de Sherbrooke

Brunet, Alain, Ph.D.
Université McGill

D'Antono, Bianca, Ph.D.
Université de Montréal

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

Donais, Sylvie, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

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

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

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

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

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

Groleau, Patricia, Ph.D.
Institut Alpha

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

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

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

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

Lanovaz, Marc, Ph.D.
Université de Montréal

Leroux-Boudreault, Ariane, Ph.D.
Centre services scolaires Pointe-de-l'île

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

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

Meilleur, Dominique, Ph.D.
Université de Montréal

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

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

Roberge, Pasquale, Ph.D.
Université de Sherbrooke

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

Savard, Josée, Ph.D.
Université Laval

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

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

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

France

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

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

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

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

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

Belgique

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

Suisse

Ceschi, Grazia, Ph.D.
Université de Genève

Page, Dominique, Ph.D.
Université de Fribourg

Antilles

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

République démocratique du Congo

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

Révision linguistique et mise en page

Carole Desrochers
Revisseuse

Karim Iboudi
Webmestre

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

Réal Labelle, Ph.D. Gilles Trudel, Ph.D. Jacques Forget, D.Ps. Kathleen Carvajal, Ph.D. (c)
Président Vice-Président Secrétaire Trésorière

Julie Leclerc, Ph.D. Nathalie Poirier, Ph.D. Georgette Goupil, Ph.D.
Membre Membre Membre

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

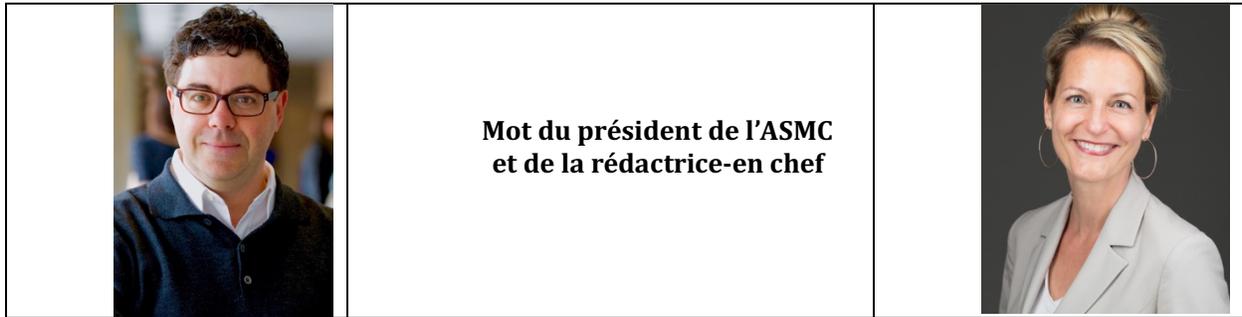
ISSN numérique 2562-6558
Volume 31(1), Juin 2021
Publication annuelle

Science et Comportement

Volume 31(1) – Juin 2021

Table des matières

- Mot du président de l'ASMC et de la rédactrice-en-chef..... 5
- Les habiletés attentionnelles et les fonctions exécutives chez les adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme (*Smith et Poirier*) 7
- Relation entre le sentiment d'efficacité parentale et les symptômes d'anxiété postnatale chez les mères d'un nouvel enfant (*Sévigny, Gilbert, Deguise et Gosselin*) 18
- Jugements évaluatifs des comportements adaptatifs des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme par les parents et les enseignants (*Chapdelaine, Smith et Poirier*) 29
- La psychothérapie par visioconférence pour l'insomnie chez les francophones en situation minoritaire : Un protocole expérimental à cas unique à mesures répétées (*Loneragan, Lafontaine, Gosselin, Guérin, Gosselin, Joannis, Greenman, Chomiene et Grenier*)..... 35
- Interventions impliquant le partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque : Recension des écrits scientifiques et analyse critique (*Morin-Turmel, Greenman et Bélanger*) 49
- La gestion de la honte en lien avec les profils de perfectionnisme (*Daigneault, Béliveau et Langlois*) 63
- L'Inventaire systémique de la Qualité de Vie : Rôle des objectifs de vie et leur atteinte dans l'ajustement psychologique des femmes ayant un diagnostic de cancer du sein (*Belisle, Lanctôt, Anestin, Badaroudine et Dupuis*) 75
- Mieux comprendre les complications du deuil : Critique de l'ouvrage de Maltais, D. et Cherblanc, J. (2020), Quand le deuil se complique : Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil (*Lépine, Côté et Dewar*) 89
- À la mémoire du Pr Marc Richelle (*Forget et Clément*) 95



Chers collègues,
Chères collègues,

La dernière année marquera l'histoire. Cette pandémie du coronavirus a frappé brutalement. Qui aurait cru que le désinfectant pour les mains soit devenu le meilleur ami de tous, que le couvre visage soit promu obligatoire et que la distanciation sociale soit soudainement la norme dans le quotidien ? Personne, sauf peut-être des soi-disant prophètes ou voyants...

Cela étant, forte et résiliente, l'équipe de l'Association scientifique pour la modification du comportement (ASMC) a continué son travail sans relâche. Quels ont été les principaux défis relevés des mois passés ? D'abord, des réunions mensuelles du conseil d'administration ont été réalisées en ligne afin d'assurer la gouvernance de l'association. Ensuite, un travail constant du webmestre fut effectué pour maintenir à jour le site web. Puis, une équipe s'est vue confier le mandat de réaliser le 21^e colloque de l'ASMC. Quel succès! Le 9 avril 2021, un événement virtuel a été réalisé regroupant divers professeurs universitaires et près de 200 participants de la francophonie. Cette activité, tout en nuances et en complémentarité, portait sur l'anxiété et le stress selon les trois vagues de la thérapie cognitive et comportementale. Ce colloque fera d'ailleurs l'objet d'un supplément de la revue *Science et Comportement* plus tard cette année. Enfin, et c'est non le moindre, il y a eu un important flux de travail consacré à la révision et l'édition des différents articles composant ce 31^e numéro de la revue *Science et Comportement* dans un contexte où le Comité de révision était surchargé de travail à cause de la COVID-19.

À vous maintenant de prendre connaissance des articles du présent numéro portant sur des interventions offertes : à des adolescents autistes (Smith et coll.; Chapdelaine et coll.), à des mères anxieuses à la suite d'un nouvel enfant (Sévigny et coll.), à des francophones en situation minoritaire (Lonergan et coll.), à des partenaires amoureux en contexte de réadaptation cardiaque (Morin-Turmel et coll.), et à des adultes perfectionnistes (Bélisle et coll.). À cela s'ajoute une critique de livre (Lépine et coll.) de l'ouvrage *Quand le deuil se complique : Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil*. En conclusion, un memorandum (Forget et Clément) soulignant le décès et les accomplissements du Pr Marc Richelle clôt le numéro.

Nous sommes ravis que des auteurs de tous les coins de la francophonie puissent publier leurs données dans leur langue et nous espérons que vous aurez beaucoup de plaisir à les lire. Puisse la prochaine année être sous le signe de la santé, des retrouvailles avec nos proches et d'un développement encore plus grand de l'association et de la revue.

Bonne lecture !

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

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

LES HABILITÉS ATTENTIONNELLES ET LES FONCTIONS EXÉCUTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Erika-Lyne Smith et Nathalie Poirier

Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants

présentant un trouble du spectre de l'autisme

Les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et fréquentant l'école secondaire peuvent éprouver des difficultés dans leurs apprentissages scolaires. Certains présentent des particularités attentionnelles et des lacunes quant aux fonctions exécutives qui interfèrent avec leurs habiletés scolaires. Cette étude vise à tracer le profil des forces et des faiblesses de 20 adolescents présentant un TSA sur les plans de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, de l'attention et des fonctions exécutives. En effet, ceux-ci ont complété des épreuves cognitives, attentionnelles et exécutives. Les enseignants des adolescents ont aussi été appelés à répondre à un questionnaire sur les fonctions exécutives. Des difficultés de vitesse de traitement de l'information et d'attention divisée et soutenue sont objectivées ainsi que des faiblesses quant aux fonctions exécutives. L'étude met en évidence des défis relevant de l'attention et des fonctions exécutives et propose certaines interventions pour aider ces élèves dans leurs apprentissages.

See end of text for English abstract

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme, attention, fonctions exécutives, adolescents

Correspondance : Erika-Lyne Smith, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, Université du Québec à Montréal, 100, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, Québec H2X 3P2
Courriel: erika.lyne.smith@gmail.com; téléphone : 438-884-3494

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental qui se manifeste par des déficits sur le plan des interactions et de la communication sociale et par la présence de comportements et/ou intérêts stéréotypés, répétitifs et restreints (APA, 2013). Ce trouble a des effets directs sur le développement de l'élève ainsi que sur son cheminement scolaire, altérant ses habiletés sociales au quotidien (APA, 2013). En plus des caractéristiques diagnostiques du TSA, la littérature scientifique indique la présence d'une ou de plusieurs difficultés ou troubles associés, tels que le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), chez les personnes ayant un TSA (Mansour *et al.*, 2017; Matson, Riseks et William, 2013). Un grand nombre d'élèves ayant un TSA montrent aussi des particularités métacognitives telles qu'une altération de l'attention (Noterdaeme, Mildenberger, Minow et Amorosa, 2002), de la mémoire de travail (Haxby, Hoffman et Gobbin, 2002) et des fonctions exécutives (Tye *et al.*, 2014).

Attention. L'attention est un terme général qui englobe plusieurs types d'attention (Petersen et Posner, 2012). D'abord, l'attention sélective permet de choisir les informations pertinentes à l'accomplissement d'une tâche donnée et de faire abstraction de celles qui ne le sont pas (Savage, Cornish, Manly et Hollis, 2006). L'attention soutenue, quant à elle, est définie comme étant la capacité intentionnelle d'orienter et de maintenir l'intérêt envers une ou plusieurs sources d'informations durant une longue période de temps, et ce, sans discontinuité (Langner et Eickhoff, 2013). L'attention divisée permet de répartir son attention entre différentes sources d'informations tout en étant capable d'identifier la provenance de chacune de ces sources (Langner et Eickhoff, 2013). Des particularités attentionnelles sont typiques chez les élèves présentant un TSA, notamment chez ceux d'âge primaire telles que des difficultés d'attention divisée et d'attention soutenue

(Corbett, Constantine, Hendren, Rocke et Ozonoff, 2009; Gadow, Devincent, Pomeroy et Azizian, 2005; Gomarus, Wijers, Minderaa et Althaus, 2009; Hattori *et al.*, 2006).

La présentation des symptômes d'inattention est peu documentée à l'adolescence. Par ailleurs, l'étude de Rahko et de ses collaborateurs (2016) effectuée auprès d'adolescents ayant un TSA ne relève aucune difficulté d'attention sélective. Toutefois, une autre étude rapporte que les élèves ayant un TSA de niveau secondaire peinent à demeurer attentifs sur une longue période de temps (Noterdaeme *et al.*, 2002) ainsi qu'à diviser leur attention entre divers stimuli (Courchesne *et al.*, 1994; Kenworthy, Black, Harrison, Della Rosa et Wallace, 2009; Yerys, Wallace, Jankowski, Bollich et Kenworthy, 2011). L'étude de Matsuura et de ses collaborateurs (2014), réalisée auprès de jeunes et d'adolescents ayant un TSA âgés entre 10 et 15 ans, souligne la présence de comportement inattentif, mais l'absence de comportement d'hyperactivité et d'impulsivité. En plus des difficultés d'attention, les élèves ayant un TSA peuvent présenter des particularités liées aux fonctions exécutives.

Fonctions exécutives. Les fonctions exécutives englobent les habiletés métacognitives de haut niveau telles que l'autorégulation efficace de la pensée, du comportement et des émotions vers un objectif spécifique (Barkley, 2012). Ces fonctions permettent la planification, la flexibilité cognitive, l'inhibition, la mémoire de travail et la capacité à s'autoévaluer (O'Hearn, Asato, Ordaz et Luna, 2008). Ainsi, de faibles habiletés exécutives peuvent affecter le rendement scolaire (Scholtens, Rydell et Yang-Wallenting, 2013). Plusieurs tâches scolaires font appel aux fonctions exécutives. Par exemple, lors de résolution de problèmes mathématiques, l'élève doit lire et comprendre la question, planifier son travail, identifier les équations appropriées et, par la suite, réaliser adéquatement les opérations numériques (Jitendra *et al.*, 2007).

Selon Rosenthal et ses collègues (2013), un déficit des fonctions exécutives se manifeste davantage lors du parcours au secondaire en raison de l'augmentation de la complexité des tâches demandées, qui peut excéder les capacités de certains élèves. À titre d'exemple, les adolescents ayant un TSA peuvent éprouver des difficultés à suivre des directives complexes nécessitant plusieurs étapes. Selon la littérature scientifique, les troubles d'ordre exécutif se manifestent chez les élèves présentant un TSA par un manque d'organisation et de planification ainsi que par de la rigidité cognitive (Geurts, Verté, Oosterlaan, Roeyers et Sergeant, 2004; Granader *et al.*, 2014; Kenworthy *et al.*, 2009; Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson et Butcher, 2010; Tye *et al.*, 2014). Ces élèves peuvent avoir une difficulté à s'assurer que leur agenda demeure organisé ou à planifier leurs idées lors d'une rédaction de texte. Ces élèves tendent aussi à traiter l'information et à exécuter les tâches demandées plus lentement (Calhoun et Mayes, 2005; Mayes et Calhoun, 2004; Oliveras-Rentas, Kenworthy, Roberson, Martin et

Wallace, 2012). Puisque certains élèves ayant un TSA sont reconnus pour travailler plus lentement (Calhoun et Mayes, 2005; Mayes et Calhoun, 2004, Oliveras-Rentas *et al.*, 2012), il est possible qu'ils doivent compléter leurs travaux de la journée lors des pauses, au moment du dîner ou lors de la période des devoirs. Les lacunes sur le plan des fonctions exécutives semblent être proportionnellement liées à la difficulté croissante de la tâche et de sa complexité (Koolen, Vissers, Egger et Verhoeven, 2014; O'Hearn *et al.*, 2008). Lorsque les particularités sur le plan de l'attention et des fonctions exécutives altèrent de manière significative le fonctionnement de certains adolescents, ils peuvent présenter un diagnostic de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) associé à leur TSA (APA, 2013).

Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le TDA/H est l'un des troubles les plus communément associé au TSA. En effet, selon des études, les taux de prévalence varient entre 17 et 83% suggérant qu'un bon nombre d'adolescents ayant un TSA présentent également un diagnostic de TDA/H (Joshi *et al.*, 2010; Kim *et al.*, 2000; Mannion et Leader, 2013; Mukaddes, Hergüner et Tanidir, 2010; Van Steensel, Bögels et de Bruin, 2013). Les comportements de certains élèves ayant un TDA/H interfèrent avec leurs apprentissages. Ils manifestent des difficultés à suivre les consignes et une incapacité à ignorer les distractions (DuPaul et Stoner, 2014). Il est difficile pour eux de planifier et d'organiser leur tâche ou leur matériel de travail (DuPaul et Stoner, 2014). Les détails sont négligés au détriment de la globalité de l'information et plusieurs erreurs d'inattention sont observées dans les travaux (DuPaul et Stoner, 2014). L'élève peut refuser de s'engager dans des tâches nécessitant un effort mental soutenu (APA, 2013).

La méta-analyse de Hartman et de ses collaborateurs (2016) explorant les symptômes concomitants du TDA/H et du TSA à divers âges révèle qu'ils altèrent davantage le fonctionnement durant l'adolescence comparativement aux autres périodes du développement. Afin de mieux comprendre les besoins des adolescents, Hartman et ses collègues (2016) indiquent l'importance d'augmenter les connaissances scientifiques à cette étape du développement. Les difficultés d'attention chez les adolescents ayant un TSA peuvent influencer négativement leurs performances scolaires et sociales déjà compromises et peuvent prédisposer ces jeunes à un risque accru de comportements perturbateurs (Fried *et al.*, 2016). Ainsi, il est important d'accroître les connaissances afin de mettre en place des interventions pour aider ces élèves.

Lorsque comparés aux élèves qui n'ont qu'un diagnostic de TSA, les élèves présentant un TSA associé à un TDA/H peuvent présenter des difficultés plus marquées dans l'acquisition de leurs compétences adaptatives, physiques, émotionnelles, sociales et scolaires (Sikora, Vora, Coury et Rosenberg, 2012). La prise en charge des difficultés attentionnelles facilite celle

liées au TSA (Scabill *et al.*, 2006). Ainsi, l'augmentation des connaissances sur les habiletés attentionnelles des adolescents présentant un TSA permettra de cibler des interventions afin de mieux répondre à leurs besoins spécifiques à l'adolescence.

Objectif de l'étude

Cette étude exploratoire à devis quantitatif descriptif vise à documenter les forces et les faiblesses de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement, de l'attention et des fonctions exécutives des adolescents ayant un TSA.

Méthode

Participants. Vingt adolescents (1 fille et 19 garçons) présentant un TSA et âgés de 12 à 17 ans ont participé à l'étude. Les adolescents fréquentent une école secondaire et bénéficient d'un enseignement dans une classe ordinaire ($n = 7$) ou une classe spécialisée en école régulière dans un groupe homogène ou hétérogène en TSA ($n = 12$). Un adolescent était scolarisé à la maison ($n = 1$). Tous les adolescents étaient verbaux. Dix-sept jeunes ont au moins un diagnostic associé à leur TSA. Près de la moitié ($n = 9$) présentent un diagnostic concomitant, tandis que certains ($n = 8$) détiennent entre deux et quatre diagnostics supplémentaires. Parmi les troubles associés se trouvent le TDA/H ($n = 12$), le trouble spécifique des apprentissages ($n = 6$), le trouble développemental de la coordination ($n = 4$), le trouble de la communication ($n = 1$), le trouble du développement intellectuel ($n = 1$), le trouble anxieux ($n = 3$), le syndrome de Gilles de la Tourette ($n = 1$) ainsi que d'autres troubles non répertoriés dans la cinquième version du DSM soit le trouble de la modulation sensorielle ($n = 2$). Quinze adolescents ont au moins un traitement pharmacologique (min = 0, max = 5) tels qu'un psychostimulant ou un antidépresseur. Lors de l'expérimentation, les adolescents avaient pris leur médication. De plus, les enseignants respectifs de ces 19 adolescents (17 femmes et 2 hommes) ont participé à l'étude. Ces derniers ont une moyenne de 9,5 années (min = 1, max = 21) d'expérience d'enseignement avec des élèves ayant un TSA.

Instruments

Fiche signalétique. Une fiche signalétique a été développée par la première auteure de cet article. Cet outil a permis de recueillir des renseignements sociodémographiques sur les parents, les enseignants et les adolescents de l'étude. Parmi ces renseignements, l'âge, le diagnostic, le cheminement scolaire, les interventions scolaires ainsi que les évaluations antérieures de l'adolescent sont précisées.

Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants - cinquième version. L'Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants - cinquième version [WISC-V] (Wechsler, 2014) évaluant les habiletés cognitives des participants a permis d'obtenir un score à l'échelle globale et fourni un

quotient intellectuel (échelle globale du quotient intellectuel ou EGQI). Un score standard à l'indice de mémoire de travail (IMT) et à l'indice de vitesse de traitement (IVT) a été obtenu. Le résultat pondéré moyen des indices est de 100 et un score standard de 10 indique une performance se situant dans la moyenne selon le manuel. La mémoire de travail a été évaluée à l'aide des sous-tests *Séquences de chiffres* et *Séquences d'images*. La vitesse de traitement a été appréciée à l'aide des sous-tests *Code et Repérage de symboles*. Les scores standards des adolescents ont été obtenus à l'aide des normes canadiennes francophones.

Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant. Le *Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant* (TEA-Ch) (Manly, Robertson, Anderson et Nimmo-Smith, 1999) a été utilisé pour mesurer les capacités attentionnelles des adolescents de l'étude. À l'aide de deux sous-tests de la batterie TEA-Ch, l'attention sélective visuelle a été estimée. Le sous-test *Recherche dans le ciel* a permis d'évaluer cette fonction dans le cadre d'une tâche structurée et celui de la *Carte géographique*, lors d'une tâche non-structurée. L'épreuve *Coups de fusil* a mesuré l'attention auditive des participants de l'étude. L'attention partagée entre deux modalités a été appréciée à l'aide de l'épreuve *Faire deux choses à la fois*. Par la suite, l'attention divisée auditive a été mesurée à l'aide de l'épreuve *Écouter deux choses à la fois*. L'attention soutenue auditive a été observée à l'aide du sous-test *Transmission de code*. Deux tâches appréciant les fonctions exécutives ont été administrées. Les épreuves *Mondes contraires* ainsi que *Les petits hommes verts* ont permis d'estimer la flexibilité cognitive des adolescents de l'étude. Finalement, afin d'évaluer le contrôle moteur ainsi que l'impulsivité motrice, le sous-test *Marche-arrête* a été utilisé. Pour l'ensemble des épreuves du TEA-Ch, les normes australiennes ont été utilisées afin d'obtenir les scores standards des adolescents et ainsi un score de 10 indique un résultat dans la moyenne.

Behavior Rating Inventory of Executive Function - version enseignant. Afin de considérer les fonctions exécutives des adolescents, le questionnaire Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) version enseignant a été utilisé. La version enseignant a été choisie afin d'obtenir une évaluation des fonctions exécutives des adolescents ayant un TSA en contexte scolaire. Le BRIEF est un inventaire comportemental utilisé pour évaluer les fonctions exécutives chez les enfants âgés de 5 à 18 ans. Huit domaines des fonctions exécutives sont concernés : a) l'inhibition; b) la flexibilité; c) le contrôle émotionnel; d) l'initiation; e) l'organisation du matériel; f) la mémoire de travail; g) la planification; ainsi que i) le contrôle (Gioia, Isquish, Guy et Kenworthy, 2000).

Procédure

Suite à l'approbation accordée par le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de la faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal (UQAM),

le recrutement des participants a eu lieu. La sollicitation des participants a été effectuée par le biais de personnes-ressources œuvrant dans le domaine (commissions scolaires, écoles ainsi que cabinets d'évaluation privés) de même que via les réseaux sociaux. Lors de la première rencontre, l'implication requise a été expliquée à l'adolescent et à son enseignant et, par la suite, les enseignants, les parents et les adolescents ont signé les formulaires de consentement. Le parent a complété la fiche signalétique. L'administration des outils standardisés a eu lieu en présence de l'adolescent seulement lors de deux rencontres distinctes. L'ordre d'administration a été le même pour chaque participant. Lors de la première rencontre d'évaluation, les sous-tests du WISC-V ont été effectués. Les 10 sous-tests principaux ont été administrés : *Blocs*, *Similitudes*, *Matrices*, *Séquences de chiffres*, *Code*, *Vocabulaire*, *Balances*, *Cassettes visuels*, *Séquences d'images* et *Repérage de symboles*. Lors de la deuxième, les sous-tests du TEA-Ch ont été complétés dans l'ordre suivant : *Recherche dans le ciel*, *Coups de fusil*, *Les petits hommes verts*, *Faire deux choses à la fois*, *Carte géographique*, *Écouter deux choses à la fois*, *Marche-arrête*, *Mondes contraires* et *Transmission de code*. Par la suite, l'enseignant a rempli la fiche signalétique ainsi que le questionnaire BRIEF. Tous les participants ont complété l'ensemble des épreuves.

Analyse des données

Pour chacun des sous-tests administrés, les scores bruts ont été comptabilisés et convertis en scores pondérés puis comparés aux normes appropriées. Ensuite, une comparaison à la courbe normale a permis de classer les habiletés des adolescents. Afin d'obtenir leurs forces et faiblesses personnelles, des analyses descriptives et de fréquence ont aussi été effectuées.

Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés en trois catégories. D'abord, le fonctionnement intellectuel des

participants est décrit. Ensuite, les informations concernant les habiletés attentionnelles sont présentées. Finalement, les résultats obtenus aux questionnaires des fonctions exécutives sont décrits.

Fonctionnement intellectuel. Tout d'abord, les habiletés cognitives des adolescents ayant un TSA, telles que mesurées à l'aide du WISC-V, démontrent globalement des différences significatives permettant d'identifier des profils hétérogènes chez la majorité des adolescents ($n = 16$). La moyenne du score d'équivalence de l'EGQI¹, soit le quotient intellectuel, est de 95,68 ($\sigma : 17,16$). En lien avec les performances aux échelles instrumentales, la moyenne des scores à l'IMT est de 89,47 ($\sigma = 17,22$) et elle est de 81,73 ($\sigma = 16,56$) pour l'IVT. Aucun adolescent n'a obtenu une force significative sur le plan de l'IMT ni de l'IVT. Pour les échelles les plus faibles, sept adolescents ont obtenu leur score le plus faible à l'IMT et 10 à l'IVT. Le Tableau 1 présente les moyennes, les médianes, les écarts-types ainsi que les étendues des scores de composite obtenus à l'IMT, à l'IVT et à l'EGQI.

Mémoire de travail. Pour les sous-tests spécifiques à l'IMT, la moyenne des scores de la mémoire de travail auditive (*Séquences de chiffres*) est de 8,11 ($\sigma = 3,33$) et elle est de 8,26 ($\sigma = 16,56$) pour la mémoire de travail visuelle (*Séquences d'images*).

Vitesse de traitement de l'information. Concernant les épreuves comptabilisées dans l'IVT, la moyenne des scores du sous-test *Code* est de 6,25 ($\sigma = 3,23$) et elle est de 6,78 ($\sigma = 3,20$) pour la tâche *Repérage de symboles*. Le Tableau 2 présente les mesures statistiques des scores obtenus aux sous-tests évaluant la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information.

Tableau 1

Les moyennes, les médianes, les écarts-types et les étendues des scores obtenus aux échelles du WISC-V

Échelles	Moyennes	Écarts-types	Médianes	Étendues
Mémoire de travail (IMT)	89.47	17.22	85	67-127
Vitesse de traitement de l'information (IVT)	81.73	16.56	80	60-125
Échelle globale (EGQI)	95.68	17.16	92	70-139

¹ Considérant l'hétérogénéité significative des résultats, l'EGQI doit être interprété avec prudence et la généralisation des résultats à ce score peut être limitée.

Tableau 2

Les moyennes, les écarts-types, les modes et les étendues des scores obtenus aux sous-tests contenus à l'indice de mémoire de travail et l'indice de vitesse de traitement de l'information du WISC-V

Sous-tests	Moyennes	Écarts-types	Modes	Étendues
Séquences de chiffres	8.11	3.33	6	3-16
Séquences d'images	8.26	3.75	9	3-16
Code	6.52	3.23	6	2-14
Repérage de symboles	6.78	3.20	6	2-15

Attention. En ce qui a trait à l'attention sélective (*Recherche dans le ciel*), lorsque l'information est présentée de manière structurée, la moyenne obtenue aux notes d'attention est de 8,65 ($\sigma = 3,15$). Plus spécifiquement, la moyenne des scores pour le nombre de cibles est de 10,45 ($\sigma = 2,68$) et celle pour le temps par cible est de 7,70 ($\sigma = 3,09$). La moyenne des scores pour l'attention visuelle sélective en présentation non structurée (*Carte géographique*) est de 7,70 ($\sigma = 3,82$). La moyenne des scores d'équivalence à l'épreuve d'attention partagée

en double modalité (*Faire deux choses à la fois*) est de 5,50 ($\sigma = 2,68$), et de 7,90 ($\sigma = 3,66$) pour l'attention partagée en modalité auditive (*Écouter deux choses à la fois*). À l'épreuve mesurant l'attention auditive (*Coups de fusil*), le score moyen d'équivalence est de 7,6 ($\sigma = 3,28$). Au sous-test mesurant l'attention soutenue auditive (*Transmission de codes*), le score moyen d'équivalence à l'échelle globale est de 7,00 ($\sigma = 4,21$). Le Tableau 3 illustre le profil attentionnel pour chaque sous-test évalué.

Tableau 3

Les moyennes, les écarts-types et les étendues des scores obtenus aux sous-tests du TEA-Ch

Sous-test	Moyennes	Écarts-types	Étendues des scores
<i>Attention sélective</i>			
Recherche dans le ciel – nombre de cibles	10.45	2.68	4-14
Recherche dans le ciel – temps/cible	7.7	3.09	2-14
Recherche dans le ciel – note d'attention	8.65	3.15	2-13
Carte géographique	7.7	3.82	1-15
Coups de fusil	7.6	3.28	1-12
<i>Attention divisée</i>			
Faire deux choses à la fois	5.5	2.68	1-10
Écouter deux choses à la fois	7.90	3.66	1-13
<i>Attention soutenue</i>			
Transmission de code	7	4.21	1-14

Fonctions exécutives. Concernant la flexibilité cognitive, la moyenne du score d'équivalence pour le nombre de bonnes réponses au sous-test *Les petits hommes verts* est de 11,75 ($\sigma = 2,42$) et de 8,11 ($\sigma = 3,61$) pour la note de temps. À la deuxième tâche (*Mondes contraires*), la moyenne pour la note de temps total des *Mondes à l'endroit* est de 7,60 ($\sigma = 4,03$) et celle des *Mondes à l'envers* est de 8,20 ($\sigma = 3,95$). La moyenne des scores à l'épreuve d'inhibition motrice est de 12,15 ($\sigma = 4,18$).

Perception des enseignants. Les enseignants ($n = 19$) identifient plusieurs symptômes cliniquement significatifs (Score $T > 64$) dans différents domaines des fonctions exécutives mesurés par le BRIEF. La majorité ($n = 14$) rapporte des particularités sur le plan de la flexibilité cognitive. Ces comportements se manifestent par une difficulté à effectuer des transitions et à résoudre des

problèmes scolaires ou sociaux. Les enseignants rapportent que l'élève ayant un TSA peut être perturbé par un changement d'intervenant ou de classe. Les enseignants ($n = 14$) mentionnent des faiblesses relevant de la mémoire de travail. En effet, les enseignants mentionnent que leurs élèves ayant un TSA ont tendance à oublier certains éléments d'une consigne ainsi qu'à montrer une difficulté à se concentrer sur ces travaux scolaires. Une majorité d'enseignants identifie un manque d'autorégulation chez leur élève présentant un TSA ($n = 11$), ce qui peut se manifester par le fait qu'il ne réalise pas comment ses comportements peuvent déranger les autres élèves. Certains enseignants mentionnent un manque d'initiative chez les élèves présentant un TSA ($n = 7$). En effet, ces élèves ont souvent besoin de rappels pour débiter une tâche, et ce, même lorsqu'ils sont disposés à la faire. Une difficulté liée à l'inhibition des

comportements est relevée par la moitié des enseignants ($n = 9$), indiquant que les élèves ayant un TSA adoptent des comportements impulsifs qui se caractérisent par une tendance à interrompre les autres ainsi qu'à parler impulsivement. Plus encore, une difficulté quant au contrôle des émotions est identifiée par certains enseignants ($n = 7$). Elle peut se caractériser par une humeur fluctuante ou de la colère (p. ex. : en réaction à un examen ou à un exposé oral). Un manque de planification ($n = 8$) pour lequel l'adolescent peut avoir des bonnes idées, mais ne parvient pas à les mettre sur papier. De plus, certains peuvent présenter un manque d'organisation ($n = 5$) qui se manifeste par des pertes de matériel scolaire et par un désordre dans le sac à dos.

Discussion

Cette étude exploratoire a permis de décrire les profils attentionnels d'adolescents ayant un TSA qui présentent souvent des difficultés d'attention concomitante ou un TDA/H associé. Plus précisément, elle avait pour but de décrire les capacités de mémoire de travail, de vitesse de traitement, d'attention et des fonctions exécutives. Globalement, elle visait à accroître les connaissances afin de mieux comprendre les besoins de ces élèves, permettant ainsi de leur offrir des interventions scolaires adaptées.

Fonctionnement intellectuel. De manière générale, les adolescents présentent un fonctionnement intellectuel dans les normes. Cependant, des différences significatives permettent d'identifier des profils hétérogènes pour une grande majorité de l'échantillon. Cette divergence sur le plan des diverses habiletés corrobore les résultats répétés à maintes reprises dans la littérature scientifique (Cederlund et Gillberg, 2004; Courchesne, Girard, Jacques et Soulières, 2016; Holdnack, Goldstein et Drozdick, 2011; Mayes et Calhoun, 2008; Nader, Jelenic et Soulières, 2015; Oliveras-Rentas *et al.*, 2012). Plus de la moitié des adolescents de l'étude se démarque par une faiblesse à l'échelle de vitesse de traitement de l'information, donnée qui mesure la capacité à exécuter une tâche rapidement. Tel que proposé par la littérature scientifique, les résultats aux sous-tests *Codes* et *Recherche de symboles*, liés à l'échelle de vitesse de traitement de l'information, sont plus faibles (Holdnack et al, 2011; Mayes et Calhoun, 2008; Oliveras-Rentas *et al.*, 2012). Ces auteurs présumant que la charge motrice engendrée par l'utilisation du crayon peut influencer à la baisse leur performance (Mayes et Calhoun, 2008; Oliveras-Rentas *et al.*, 2012). Cependant, pour la présente étude, l'exécution demeure faible, et ce, peu importe que la tâche nécessite ou non un effort moteur. Toutefois, quelques adolescents de l'étude présentent aussi un diagnostic de trouble développemental de la coordination pouvant ainsi influencer leurs habiletés lors de ces tâches. En milieu scolaire, cette lenteur risque de nuire aux apprentissages. Les difficultés sur le plan de la vitesse de traitement de l'information doivent être considérées lors de la mise en place des objectifs scolaires. Certaines stratégies peuvent être mises en place avec l'aide de l'enseignant afin de pallier cette difficulté. Par exemple, l'enseignant peut

segmenter les tâches longues ou complexes en sous-tâches simples. Il est aussi possible de les diviser en étapes successives à l'aide d'un soutien visuel, soit par une liste écrite ou par l'utilisation d'une série de pictogrammes. L'enseignant peut également modéliser visuellement les étapes requises pour compléter l'activité (Silverman et Weinfeld, 2007), c'est-à-dire que l'enseignant fera une démonstration du comportement attendu dans la réalisation de la tâche avec le groupe.

Selon plusieurs recherches, les habiletés de mémoire de travail sont variables chez les jeunes présentant un TSA (Andersen *et al.*, 2015; Ozonoff et Strayer, 2001; Steele *et al.*, 2007; Williams *et al.*, 2005). Contrairement à certaines études (Holdnack *et al.*, 2011; Williams *et al.*, 2005), les résultats de cet article indiquent que, globalement, la mémoire de travail des jeunes présentant un TSA de l'étude est davantage préservée. Néanmoins, les habiletés de mémoire de travail figurent parmi les plus grandes faiblesses pour certains adolescents de l'échantillon. Plusieurs enseignants rapportent des difficultés relevant de cette habileté en mentionnant les oublis fréquents des consignes. En contexte scolaire, certaines interventions peuvent être mises de l'avant afin de limiter la surcharge de la mémoire de travail. Tout d'abord, les consignes et les énoncés courts à l'aide d'un soutien visuel seraient une stratégie à envisager. Cet appui peut prendre la forme de fiches ou de graphiques de procédure ainsi qu'une liste à cocher des différentes consignes (Kaweski, 2011). De plus, les résultats démontrent des particularités attentionnelles qui peuvent influencer les apprentissages des adolescents ayant un TSA et qui nécessitent parfois des adaptations en classe.

Attention. En tenant compte de leur profil cognitif, tous les adolescents présentent au moins une difficulté significative dans une des sphères attentionnelles évaluées à l'aide du TEA-Ch, ce qui corrobore la littérature scientifique (Corbett *et al.*, 2009; Gadow *et al.*, 2005; Gomarus *et al.*, 2009; Hattori *et al.*, 2006; Kenworthy *et al.*, 2009; Yerys *et al.*, 2011). Bien que l'attention sélective se situe légèrement sous les niveaux attendus, les jeunes de l'étude peuvent parfois démontrer un ralentissement d'exécution dans les tâches nécessitant un contrôle attentionnel important. En ce sens, ils ont tendance à favoriser la précision au détriment de la vitesse, accentuant ainsi leurs lacunes sur le plan de la vitesse de traitement de l'information. L'étude effectuée par Rahko et ses collaborateurs (2016) démontre que les adolescents ayant un TSA arrivent peu à diviser leur attention. La présente étude soutient ces résultats. En effet, l'attention divisée entre deux modalités, soit auditive et visuelle, s'est avérée être la fonction attentionnelle la plus faible de l'échantillon. Le curriculum scolaire au secondaire fait souvent appel à l'attention divisée, et les données relèvent une grande difficulté sur cet aspect chez les participants. Il s'avère donc impératif d'en tenir compte, notamment lors de la mise en place d'adaptations telles que de fournir, au préalable, une copie des notes de cours qui sera à

compléter par l'élève. De plus, il est possible de permettre au jeune d'enregistrer le contenu du cours afin de limiter la double tâche. L'enseignement de stratégies d'étude et de prise de notes peut aussi permettre l'apprentissage de méthodes de travail plus efficaces. D'ailleurs, un modèle indiquant comment prendre des notes de manière structurée favorise une amélioration des performances scolaires (Meltzet *et al.*, 2007), accentuant ainsi l'importance de cet enseignement pour les élèves ayant un TSA. Kaufman (2010) propose aux enseignants de présenter l'information en petites parties et de résumer les points d'apprentissage essentiels tout en ciblant les mots-clés au projecteur. L'utilisation d'un gabarit de prise de notes est aussi à envisager afin de structurer l'élève. Finalement, des faiblesses sur le plan de l'attention soutenue sont soulignées chez les adolescents de cette étude. Des résultats similaires sont obtenus dans la littérature scientifique (Noterdaeme *et al.*, 2002). Pour rappeler à l'élève de rester concentré sur la tâche en cours, l'utilisation d'une sonnerie vibrante, sur une montre, par exemple, pourrait s'avérer bénéfique. En plus des difficultés attentionnelles discutées plus haut, les adolescents de l'étude présentent également des particularités liées aux fonctions exécutives.

Fonctions exécutives. Plusieurs particularités des fonctions exécutives sont rapportées par les enseignants, ce qui peut influencer le fonctionnement des adolescents présentant un TSA dans divers contextes (scolaire, familial et social). En effet, ces particularités ont davantage de répercussions au secondaire à cause de l'augmentation de la complexité du curriculum (Rosenthal *et al.*, 2013). Afin d'améliorer les fonctions exécutives de ces adolescents, les interventions basées sur les données probantes doivent être privilégiées (Bourgeois, Sénéchal, Larivée et Lepore, 2019). Sur le plan des fonctions exécutives, de nombreux enseignants rapportent la présence d'un manque de flexibilité cognitive inhérent au TSA. Sur le plan scolaire, cette rigidité peut se manifester notamment par une résistance à de nouvelles méthodes de résolution de problème. C'est alors que l'élève peut perdre beaucoup de temps à répéter la même stratégie, malgré son inefficacité, pouvant ainsi influencer ses apprentissages. Afin de limiter la perte de temps tout en guidant l'élève vers des solutions de rechange, Kaufman (2010) propose aux enseignants travaillant auprès de jeunes ayant des difficultés exécutives d'utiliser l'enseignement explicite ainsi que de la modélisation. En effet, selon le contenu, une présentation claire et répétée par l'enseignant peut être une méthode utilisée pour expliciter certains apprentissages, en particulier si la modélisation est suivie d'occasions permettant à l'élève de mettre en pratique les compétences avec des retours fréquents de la part de l'enseignant. Par exemple, lors de l'apprentissage d'un nouvel algorithme mathématique, après la modélisation de l'enseignant, il est pertinent de proposer l'utilisation d'un gabarit qui présente explicitement l'algorithme et ses étapes afin que les élèves puissent l'utiliser pour résoudre une série de problèmes similaires. Les enseignants

identifient que cette difficulté d'adaptation peut aussi se manifester lors des différentes transitions. Dans le cadre de l'école secondaire, l'élève y est particulièrement exposé avec les changements d'enseignants et de locaux dans des corridors achalandés (Humphrey et Lewis, 2008). Cette caractéristique de la vie à l'école secondaire peut être vécue difficilement par les jeunes présentant un TSA (Hillier, Fish, Cloppert et Beversdorf, 2007). Ces résultats sont compatibles avec certaines études scientifiques qui arrivent au même constat tant sur le plan cognitif que comportemental (Geurts *et al.*, 2004; Granader *et al.*, 2014; Kenworthy *et al.*, 2009; Semrud-Clikeman *et al.*, 2010; Tye *et al.*, 2014). Certains aménagements peuvent être instaurés afin de faciliter ces transitions pour le jeune. L'élève peut être jumelé avec un pair qui l'accompagne lors des transitions et l'aide avec l'apprentissage de l'ouverture du casier. De plus, l'enseignant peut aviser l'élève ayant un TSA cinq minutes avant la fin du cours ou bien, si l'élève est autonome, une alarme sur un appareil, annonçant la fin du cours dans les prochaines cinq minutes, peut rendre la transition plus prévisible. Pour favoriser l'autonomie du jeune, Smith et Aderon (2001) proposent de mettre un plan de l'école dans le casier et le cartable du jeune. Cette carte illustrant le lieu des différents cours où il doit se rendre, selon son horaire, et identifiant les moments auxquels l'élève retourne à son casier permet ainsi de le structurer et de l'orienter.

Outre la présence de rigidité, plusieurs enseignants soulignent des défis d'autorégulation et d'initiative chez leurs élèves ayant un TSA. En raison des lacunes liées à la communication sociale, les adolescents peuvent avoir du mal à s'adapter aux exigences dans divers contextes sociaux. Certains peuvent même mal interpréter certains propos. En effet, le manque de régulation socio-émotionnelle identifiée se manifeste par une incompréhension de l'influence de leurs comportements sur les autres. En milieu scolaire, ils peuvent parler à voix haute en classe alors que ce n'est pas le moment ou interroger un enseignant à propos d'un sujet hors contexte. Conséquemment, ces particularités peuvent influencer les travaux d'équipe, courants au secondaire. Le manque d'initiative rapporté par les enseignants se manifeste par une difficulté à débiter une tâche, ce qui corrobore les études antérieures sur le sujet notant une lenteur d'initiation et de mise en action lors des travaux (Calhoun et Mayes, 2005; Mayes et Calhoun, 2004; Oliveras-Rentas *et al.*, 2012). Un peu moins de la moitié des enseignants remarquent un manque d'inhibition, de contrôle, de régulation émotionnelle, de planification ainsi que d'organisation. Tel qu'identifié dans la littérature scientifique, les élèves de l'étude démontrent des lacunes de planification et d'organisation (Geurts *et al.*, 2004; Granader *et al.*, 2014; Kenworthy *et al.*, 2009; Semrud-Clikeman *et al.*, 2010; Tye *et al.*, 2014). Le manque de stratégies d'organisation et de planification empêche souvent les élèves présentant un TSA de montrer leur potentiel. Les enseignants soulignent que ces élèves peuvent avoir tendance à effectuer leur travail scolaire,

mais oublie de le rendre ou bien ne le retrouvent plus lors de la remise. Il faut effectivement considérer que les adolescents ayant un TSA peuvent avoir des difficultés avec la notion de temps et ainsi avoir du mal à débiter une tâche, étant parfois incapable de la segmenter sans aide. Tel que proposé par Smith, Adreon et Stella (2001), apprendre aux élèves du secondaire ayant un TSA à utiliser un agenda et à développer des échéanciers pour leurs travaux scolaires s'avère essentiel. Ils proposent de segmenter visuellement les tâches en étapes et d'attribuer une date de remise pour chacune d'elles. D'autres types de soutien organisationnel peuvent aussi être établis tels qu'aider le jeune à mettre en place un code de couleur pour chaque matière. Il est aussi possible d'apposer un collant de la même couleur sur le manuel scolaire.

Certaines limites associées à cette étude méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, les instruments de mesure utilisés peuvent avoir influencé les résultats. L'évaluation des compétences attentionnelles a été effectuée à l'aide d'épreuves standardisées alors que les habiletés des fonctions exécutives ont en majorité été dépeintes par les enseignants par le biais d'un questionnaire. Si une mesure standardisée avait également été utilisée pour évaluer les fonctions exécutives, il se peut que les résultats n'aient pas été les mêmes. Par conséquent, les recherches futures sur les fonctions exécutives pourraient inclure des tâches précises ciblant davantage ces fonctions, comme des tâches d'organisation ou de planification. Considérant que cette étude est à devis exploratoire, une limite découle de l'absence de puissance statistique limitant ainsi la généralisation des résultats. De plus, afin d'augmenter la représentativité de l'échantillon, un plus grand nombre de participants devrait être inclus dans l'étude. L'interprétation et la généralisation des résultats sont donc limitées par l'hétérogénéité. Or, les participants de l'étude présentent pour la plupart de nombreux troubles associés et majoritairement des difficultés attentionnelles apportant ainsi un possible biais d'échantillonnage.

Conclusion

La présente étude décrit que les adolescents ayant un TSA de l'étude éprouvent un nombre important de défis attentionnels et exécutifs. Répondre aux besoins d'adaptation spécifiques à leur profil en leur donnant accès à des services multidisciplinaires est nécessaire (Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum et Sponheim, 2011; Gurney, McPheeters et Davis, 2006). À la lumière des informations recueillies, il est essentiel d'offrir des services adéquats afin de pallier les troubles attentionnels souvent présents chez les adolescents ayant un TSA. Selon la littérature scientifique, il est important d'individualiser les services offerts à l'élève ayant un TSA afin de répondre à ses besoins spécifiques (Ivannone, Dunlap, Huber et Kincaid, 2003; Parsons *et al.*, 2011). Or, une flexibilité en lien avec l'offre de service du milieu scolaire est nécessaire afin de répondre à leurs besoins (Ivannone *et al.*, 2003). De plus, les profils attentionnels hétérogènes obtenus accentuent le

fait qu'une approche individualisée est à prioriser, d'autant plus que ces limitations ont des retombées importantes sur leur fonctionnement scolaire (Mannion et Leader, 2013; Matson *et al.*, 2013). En effet, les capacités d'attention sont essentielles au fonctionnement quotidien. Il est donc important d'évaluer les capacités attentionnelles ainsi que les fonctions exécutives de ces élèves, et ce, bien avant leur entrée au secondaire, afin de comprendre leurs besoins dans l'optique d'offrir le soutien qui y répondra (Atkinson et Braddick, 2012). Selon Antshel et ses collaborateurs (2016), il est impératif d'inclure une composante d'apprentissage aux interventions afin d'optimiser la généralisation des acquis et l'autonomie du jeune. Ils proposent d'ailleurs que le plan d'intervention puisse inclure des séances individuelles visant l'enseignement de stratégies d'étude efficaces.

Abstract

Teenagers with autism spectrum disorder (ASD) attending high school often struggle with learning. Some present with attentional and executive functioning difficulties which interfere with their academic abilities. The present study aims to document the strengths and weaknesses of 20 adolescents with ASD in relation to working memory, processing speed, attention and executive functioning. They completed cognitive, attentional and executive function tests. In addition, their teacher completed an executive function questionnaire. Difficulties with information processing speed and both divided and sustained attention are objectified as well as executive functioning weaknesses. This study highlights attention and executive difficulties and suggests some interventions to help these students learn.

Keywords: autism spectrum disorder, adolescence, attention, executive function

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Andersen, P. N., Skogli, E. W., Hovik, K. T., Geurts, H., Egeland, J. et Øie, M. (2015). Working memory arrest in children with high-functioning autism compared to children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a 2-year longitudinal study. *Autism, 19*(4), 443-450.
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., Wagner, K. E., Ledesma, A. et Faraone, S. V. (2016). An update on the comorbidity of ADHD and ASD: A focus on clinical management. *Expert review of neurotherapeutics, 16*(3), 279-293.
- Atkinson, J. et Braddick, O. (2012). Visual attention in the first years: typical development and developmental disorders. *Developmental Medicine et Child Neurology, 54*(7), 589-595.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: Guilford Press.

- Bourgeois, M., Sénéchal, C., Larivée, S. et Lepore, F. (2019). Effets des programmes d'interventions cognitivo-comportementaux et d'entraînements cognitifs sur les fonctions exécutives (FE) chez les personnes atteintes du trouble du spectre autistique (TSA): revue systématique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 749-757.
- Calhoun, S. L. et Mayes, S. D. (2005). Processing speed in children with clinical disorders. *Psychology in the Schools*, 42(4), 333-343.
- Cederlund, M. et Gillberg, C. (2004). One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46(10), 652-660.
- Courchesne, V., Girard, D., Jacques, C. et Soulières, I. (2019). Assessing intelligence at autism diagnosis: mission impossible? Testability and cognitive profile of autistic preschoolers. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(3), 845-856.
- Myles, B. S., Adreon, D. et Stella, J. (2001). *Asperger syndrome and adolescence: Practical solutions for school success*. AAPC Publishing.
- Gurney, J. G., McPheeters, M. L. et Davis, M. M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. *Archives of pediatrics et adolescent medicine*, 160(8), 825-830.
- Corbett, B. A., Constantine, L. J., Hendren, R., Rocke, D. et Ozonoff, S. (2009). Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. *Psychiatry research*, 166(2-3), 210-222.
- Courchesne, E., Townsend, J., Akshoomoff, N. A., Saitoh, O., Yeung-Courchesne, R., Lincoln, A. J., ... et Lau, L. (1994). Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patients. *Behavioral neuroscience*, 108(5), 848-865.
- DuPaul, G. J. et Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Fried, R., Joshi, G., Bhide, P., Pope, A., Galdo, M., Koster, A. et Biederman, J. (2016). A study of the neuropsychological correlates in adults with high functioning autism spectrum disorders. *Acta neuropsychiatrica*, 28(5), 286-295.
- Gadow, K. D., Devinent, C. J., Pomeroy, J. et Azizian, A. (2005). Comparison of DSM-IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism*, 9(4), 392-415.
- Geurts, H. M., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H. et Sergeant, J. A. (2004). How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism? *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(4), 836-854.
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. et Kenworthy, L. (2000). *BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gjevick, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T. et Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(6), 761-769.
- Gomarus, H. K., Wijers, A. A., Minderaa, R. B. et Althaus, M. (2009). ERP correlates of selective attention and working memory capacities in children with ADHD and/or PDD-NOS. *Clinical Neurophysiology*, 120(1), 60-72.
- Granader, Y., Wallace, G. L., Hardy, K. K., Yerys, B. E., Lawson, R. A., Rosenthal, M., ... et Schultz, R. T. (2014). Characterizing the factor structure of parent reported executive function in autism spectrum disorders: The impact of cognitive inflexibility. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3056-3062.
- Hartman, C. A., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K. et Rommelse, N. N. (2016). Changing ASD-ADHD symptom co-occurrence across the lifespan with adolescence as crucial time window: illustrating the need to go beyond childhood. *Neuroscience et Biobehavioral Reviews*, 71, 529-541.
- Hattori, J., Ogino, T., Abiru, K., Nakano, K., Oka, M. et Ohtsuka, Y. (2006). Are pervasive developmental disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder distinct disorders? *Brain and Development*, 28(6), 371-374.
- Haxby, J. V., Hoffman, E. A. et Gobbini, M. I. (2002). Human neural systems for face recognition and social communication. *Biological psychiatry*, 51(1), 59-67.
- Hillier, A., Fish, T., Cloppert, P. et Beversdorf, D. Q. (2007). Outcomes of a social and vocational skills support group for adolescents and young adults on the autism spectrum. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 22(2), 107-115.
- Holdnack, J., Goldstein, G. et Drozdick, L. (2011). Social perception and WAIS-IV performance in adolescents and adults diagnosed with Asperger's syndrome and autism. *Assessment*, 18(2), 192-200.
- Humphrey, N. et Lewis, S. (2008). 'Make me normal': The views and experiences of pupils on the autistic spectrum in mainstream secondary schools. *Autism*, 12(1), 23-46.
- Ivannone, R., Dunlap, G., Huber, H. et Kincaid, D. (2003). Effective educational practices for students with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18(3), 150-165.
- Jitendra, A. K., Griffin, C. C., Haria, P., Leh, J., Adams, A. et Kaduvettoor, A. (2007). A comparison of single and multiple strategy instruction on third-grade students' mathematical problem solving. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 115-127.
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... et Biederman, J. (2010). The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: A large comparative study

- of a psychiatrically referred population. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(11), 1361-1370.
- Kaufman, C. (2010). *Executive Function in the Classroom: Practical Strategies for Improving Performance and Enhancing Skills for All Students*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Company.
- Kaweski, W. (2011). *Teaching adolescents with autism: Practical strategies for the inclusive classroom*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Kenworthy, L., Black, D. O., Harrison, B., Della Rosa, A. et Wallace, G. L. (2009). Are executive control functions related to autism symptoms in high-functioning children? *Child Neuropsychology*, 15(5), 425-440.
- Koolen, S., Vissers, C. T. W., Egger, J. I. M. et Verhoeven, L. (2014). Monitoring in language perception in high-functioning adults with autism spectrum disorder: Evidence from event-related potentials. *Clinical Neurophysiology*, 125(1), 108-123.
- Langner, R. et Eickhoff, S. B. (2013). Sustaining attention to simple tasks: A meta-analytic review of the neural mechanisms of vigilant attention. *Psychological bulletin*, 139(4), 870-900.
- Manly, T., Robertson, I. H., Anderson, V. et Nimmo-Smith, I. (1999). *The Test of Everyday Attention for Children: Manual*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company, Ltd.
- Mannion, A. et Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1595-1616.
- Mansour, R., Dovi, A. T., Lane, D. M., Loveland, K. A. et Pearson, D. A. (2017). ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Research in developmental disabilities*, 60, 52-64.
- Matson, J. L., Rieske, R. D. et Williams, L. W. (2013). The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Research in developmental disabilities*, 34(9), 2475-2484.
- Matsuura, N., Ishitobi, M., Arai, S., Kawamura, K., Asano, M., Inohara, K., ... et Kosaka, H. (2014). Distinguishing between autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by using behavioral checklists, cognitive assessments, and neuropsychological test battery. *Asian journal of psychiatry*, 12, 50-57.
- Mayes, S. D. et Calhoun, S. L. (2004). Influence of IQ and age in childhood autism: Lack of support for DSM-IV Asperger's disorder. *Journal of developmental and physical disabilities*, 16(3), 257-272.
- Mayes, S. D. et Calhoun, S. L. (2008). WISC-IV and WIAT-II profiles in children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(3), 428-439.
- Mukaddes, N. M., Hergüner, S. et Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(8), 964-971.
- Nader, A. M., Jelenic, P. et Soulières, I. (2015). Discrepancy between WISC-III and WISC-IV cognitive profile in autism Spectrum: what does it reveal about autistic cognition?. *PLoS ONE*, 10(12).
- Noterdaeme, M., Mildenberger, K., Minow, F. et Amorosa, H. (2002). Evaluation of neuromotor deficits in children with autism and children with a specific speech and language disorder. *European child et adolescent psychiatry*, 11(5), 219-225.
- O'Hearn, K., Asato, M., Ordaz, S. et Luna, B. (2008). Neurodevelopment and executive function in autism. *Development and psychopathology*, 20(4), 1103-1132.
- Oliveras-Rentas, R. E., Kenworthy, L., Roberson, R. B., Martin, A. et Wallace, G. L. (2012). WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: impaired processing speed is associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(5), 655-664.
- Ozonoff, S. et Strayer, D. L. (2001). Further evidence of intact working memory in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(3), 257-263.
- Parsons, S., Guldberg, K., MacLeod, A., Jones, G., Prunty, A. et Balfe, T. (2011). International review of the evidence on best practice in educational provision for children on the autism spectrum. *European Journal of Special Needs Education*, 26(1), 47-63.
- Petersen, S. E. et Posner, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual review of neuroscience*, 35, 73-89.
- Rahko, J. S., Vuontela, V. A., Carlson, S., Nikkinen, J., Hurtig, T. M., Kuusikko-Gauffin, S., ... et Aronen, E. T. (2016). Attention and working memory in adolescents with autism spectrum disorder: a functional MRI study. *Child Psychiatry et Human Development*, 47(3), 503-517.
- Rosenthal, M., Wallace, G. L., Lawson, R., Wills, M. C., Dixon, E., Yerys, B. E. et Kenworthy, L. (2013). Impairments in real-world executive function increase from childhood to adolescence in autism spectrum disorders. *Neuropsychology*, 27(1), 13-18.
- Savage, R., Cornish, K., Manly, T. et Hollis, C. (2006). Cognitive processes in children's reading and attention: The role of working memory, divided attention, and response inhibition. *British Journal of Psychology*, 97(3), 365-385.
- Scahill, L., McDougle, C. J., Williams, S. K., Dimitropoulos, A., Aman, M. G., McCracken, J. T., ... et Ghuman, J. (2006). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1114-1123.
- Scholten, S., Rydell, A. M. et Yang-Wallentin, F. (2013). ADHD symptoms, academic achievement, self-

- perception of academic competence and future orientation: A longitudinal study. *Scandinavian journal of psychology*, 54(3), 205-212.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A. et Butcher, B. (2010). Executive functioning in children with Asperger syndrome, ADHD-combined type, ADHD-predominately inattentive type, and controls. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 1017-1027.
- Sikora, D. M., Vora, P., Coury, D. L. et Rosenberg, D. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, adaptive functioning, and quality of life in children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 130(Supplement 2), S91-S97.
- Silverman, S. et Weinfeld, R. (2007). *School success for kids with Asperger's syndrome*. Waco, TX: Prufrock Press.
- Steele, S. D., Minshew, N. J., Luna, B. et Sweeney, J. A. (2007). Spatial working memory deficits in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(4), 605-612.
- Tye, C., Asherson, P., Ashwood, K. L., Azadi, B., Bolton, P. et McLoughlin, G. (2014). Attention and inhibition in children with ASD, ADHD and co-morbid ASD+ ADHD: an event-related potential study. *Psychological medicine*, 44(5), 1101-1116.
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M. et de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorders: A comparison with children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 368-376.
- Wechsler, D. (2014). *WISC-V: Administration and scoring manual*. San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Williams, D. L., Goldstein, G., Carpenter, P. A. et Minshew, N. J. (2005). Verbal and spatial working memory in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 35(6), 747-756.
- Yerys, B. E., Wallace, G. L., Jankowski, K. F., Bollich, A. et Kenworthy, L. (2011). Impaired Consonant Trigrams Test (CTT) performance relates to everyday working memory difficulties in children with autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 17(4), 391-399.

RELATION ENTRE LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PARENTALE ET LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ POSTNATALE CHEZ LES MÈRES D'UN NOUVEL ENFANT

Juliette F. Sévigny, Samuel Gilbert, Samuel C. Deguise et Patrick Gosselin

Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Institut universitaire de première ligne en santé
et services sociaux – Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie – CHUS

La période postnatale est associée au développement et à l'exacerbation des symptômes anxieux, notamment ceux du trouble d'anxiété généralisé (TAG) et du trouble obsessionnel compulsif (TOC) (Ali, 2018). Des recherches appuient le rôle du sentiment d'efficacité parentale (SEP), soit comme facteur explicatif ou comme conséquence de l'anxiété postnatale. Celles-ci observent un lien négatif entre le SEP et les symptômes anxieux (p. ex., Kunseler *et al.*, 2014). Or, plusieurs de ces études ciblent surtout l'anxiété, sous forme d'état, n'évaluant pas les symptômes du TAG et du TOC (p.ex., Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété postnatale (p. ex., l'état d'anxiété et les symptômes du TAG et du TOC), en plus de s'intéresser à des facteurs autres (p. ex., sociodémographiques, obstétriques et contextuels). Des mères ayant un nouvel enfant âgé entre 2 et 12 mois ($N = 323$) ont répondu à des questionnaires autorapportés évaluant ces variables. Les résultats confirment la présence de liens significatifs entre le SEP et les symptômes anxieux (p. ex., l'état d'anxiété, les symptômes du TAG et du TOC), et ce, même après avoir considéré d'autres facteurs liés au SEP. Ces résultats clarifient le lien entre, d'une part, le SEP et le TAG, et d'autre part, le SEP et le TOC, en plus de déceler les facteurs déterminants dans le développement et le maintien de ceux-ci. Ces résultats permettent l'élaboration de modèles conceptuels de l'anxiété postnatale, desquels des pistes d'intervention pourraient être dégagées.

See end of text for English abstract

Mots-clés : postpartum, trouble d'anxiété généralisé, trouble obsessionnel compulsif, sentiment d'efficacité parentale

Correspondance : Juliette F. Sévigny, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 2500 boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1, Canada. Courriel : Juliette.Francois-Sevigny@USherbrooke.ca. Téléphone : (418) 225-3312.

Certains troubles anxieux sont prévalents en postpartum en plus d'être associés à des atteintes majeures de fonctionnement (Ali, 2018). Le trouble d'anxiété généralisée (TAG), caractérisé par la présence d'inquiétudes excessives difficiles à contrôler, atteint jusqu'à 10,90 % des mères évaluées entre la sixième et la dixième semaine postnatale (Wenzel, 2011a). Le trouble obsessionnel compulsif (TOC), caractérisé par des pensées ou des images envahissantes (obsessions) générant des comportements répétitifs ou des actes mentaux (compulsions), atteint pour sa part jusqu'à 4,0 % des mères de la sixième à la huitième semaine postpartum (Wenzel, 2011b). Or, la prévalence de ces troubles se situe respectivement autour de 2,90 % et de 1,50 % au sein de la population générale (Ali, 2018).

Wenzel *et al.* (2003) rapportent que les thèmes d'inquiétudes les plus fréquemment rencontrés chez les mères en postpartum concernent les tâches ménagères, les finances et les changements corporels suite à l'accouchement. L'inquiétude se définit comme un enchaînement de pensées, sous formes verbales et imagées, chargées d'émotions négatives et difficiles à contrôler (Borkovec *et al.*, 1998). Abramowitz *et al.* (2010) ont observé que les deux tiers des nouvelles mères présentant un TOC rapportent des pensées intrusives liées au syndrome de mort subite du nourrisson, de même qu'à la possibilité de suffocation et d'accident causant la mort de leur enfant.

Plusieurs études rapportent que les symptômes anxieux affectent négativement l'enfant et la dynamique conjugale des nouveaux parents. D'une part, l'anxiété périnatale prédit significativement l'inattention et l'hyperactivité chez les enfants âgés de quatre ans (O'Connor *et al.*, 2002). D'autre part, des auteurs observent que les mères anxieuses seraient plus susceptibles de s'inquiéter quant à la participation de leurs

partenaires aux tâches domestiques ainsi qu'à la possibilité qu'ils puissent quitter le domicile soudainement (Whisman *et al.*, 2011).

Peu d'études portent sur la compréhension des symptômes inhérents aux troubles anxieux les plus répandus dans la période postnatale, malgré leur forte prévalence et leurs conséquences importantes (Wenzel, 2011a). Cependant, des recherches auprès de mères ont identifié plusieurs prédicteurs de l'anxiété postnatale, sous forme de trait ou d'état. Le trait d'anxiété renvoie à une disposition individuelle relativement stable à éprouver de l'anxiété, alors que l'état d'anxiété correspond à l'anxiété actuellement ressentie par l'individu (Ree *et al.*, 2008). De plus, l'état d'anxiété est composé d'une dimension cognitive (p.ex., l'interprétation) et somatique (p.ex., l'activation physiologique). Dennis *et al.* (2016) ont recensé l'ensemble des prédicteurs de l'anxiété postnatale pertinents à considérer dans les recherches futures à ce sujet. Ces auteurs observent que la multiparité, les antécédents psychiatriques, le stress perçu, le stress encouru pour les soins de l'enfant, le soutien social du partenaire et la présence des symptômes anxieux à une semaine postnatale sont prédictifs de symptomatologie anxieuse à huit semaines postpartum. D'autres études ont déterminé certains facteurs pertinents à considérer sur le plan de la compréhension des symptômes du TAG et du TOC postnataux. Le risque de développer un TAG en postpartum s'avère plus élevé chez les femmes ayant des antécédents psychiatriques (Buist *et al.*, 2011; Wenzel, 2011a). Il est possible que la perception d'un événement stressant, tel l'accouchement, active certaines vulnérabilités génétiques (Buist *et al.*, 2011). De même, Wenzel (2011b) observe une plus grande prévalence du TOC chez les mères primipares que chez celles multipares en raison de l'absence de référents et des exigeantes responsabilités parentales conduisant à la peur de commettre des erreurs. Néanmoins, Zambaldi *et al.* (2009) observent une plus grande prévalence du TOC chez les mères multipares ayant des antécédents psychiatriques. Enfin, Buist *et al.* (2011) remarquent que le niveau de soutien social chez les femmes ayant un TAG en périnatalité est plus faible que chez celles n'en présentant pas. Le soutien social est défini comme étant la perception de l'aide qu'un individu reçoit d'autrui (Gentry et Kobasa, 1984), alors que le soutien conjugal est défini comme étant l'ensemble des actions et attitudes de soutien qu'une personne reçoit et manifeste à son partenaire afin de répondre à ses besoins (Brassard *et al.*, 2011).

Une série de travaux a porté sur le lien entre l'anxiété postnatale et le sentiment d'efficacité parentale (SEP). Celui-ci est défini comme étant la perception qu'une personne a de ses habiletés à influencer le comportement et le développement de son enfant (Balat *et al.*, 2010). Ce construit découle des travaux de Bandura sur l'efficacité personnelle, soit l'idée qu'une personne a de ses capacités à exécuter une tâche (Kunseler *et al.*, 2014). Dans leur méta-analyse, Jones et Prinz (2005) ont notamment

recensé les instruments mesurant le SEP les plus fréquemment utilisés au sein de la littérature scientifique. Ces chercheurs ont alors remarqué que l'opérationnalisation du SEP diffère d'un instrument à l'autre. Le premier type de mesure identifié cible l'évaluation générale du SEP, soit la perception globale qu'un parent a de ses compétences. Le deuxième évalue globalement le SEP dans un ensemble de tâches spécifiques (p. ex., la discipline). Le dernier type de mesure porte sur l'évaluation du SEP dans un seul domaine spécifique à la parentalité (p.ex., la communication avec son enfant). Par ailleurs, ces auteurs ajoutent que dans la majorité des études recensées, les instruments évaluant le SEP ont été créés par les chercheurs eux-mêmes. Jones et Prinz (2005) indiquent alors que la variabilité quant à l'opérationnalisation du SEP au sein de la littérature scientifique entraîne différentes compréhensions du construit limitant la possibilité de généraliser les résultats.

Les résultats de Seymour *et al.* (2015) montrent un faible lien négatif entre l'état d'anxiété et le SEP, mesurés tous deux par questionnaires chez des mères primipares et multipares ($N = 224$) ayant un enfant âgé de 0 à 12 mois. Challacombe *et al.* (2016) observent aussi un lien négatif entre le SEP et les symptômes du TOC chez des mères ($N = 74$) ayant un enfant âgé de six mois. En effet, le groupe de mères rapportant ces symptômes présente un SEP plus faible que celui du groupe contrôle. Challacombe *et al.* (2016) ont administré à leurs participantes des instruments mesurant les symptômes généraux du TOC, mais aussi ceux spécifiques à la parentalité. Par ailleurs, le soutien social du groupe ayant un TOC est plus faible que celui du groupe contrôle.

Une première étude longitudinale menée par Porter et Hsu (2003) auprès de femmes primipares ($N = 50$) a évalué le lien entre le SEP et l'état d'anxiété (dernier trimestre de la grossesse, un mois et trois mois postpartum). Ces auteurs observent que le SEP tend à augmenter à travers le temps, malgré une hausse marquée en postpartum. Aussi, les femmes rapportant un niveau élevé d'état d'anxiété durant la grossesse tendent à obtenir un faible SEP à un mois postpartum. Aucun lien significatif entre l'anxiété et le SEP n'est ressorti à trois mois postpartum. Cependant, certains auteurs remettent en question la pertinence de mesurer le SEP dans les deux premiers mois suivant l'accouchement puisque l'établissement du lien entre le parent et l'enfant tend à se faire graduellement durant cette période (Rothbart, 1989).

Dans une seconde étude longitudinale, Kunseler *et al.* (2014) ont examiné le sens du lien entre le SEP et l'anxiété (trait et état) auprès de femmes primipares ($N = 822$) à trois temps de mesure, dont un prénatal (32^e semaines de grossesse) et deux postnataux (trois et 12 mois postpartum). Le SEP tend à augmenter de la période prénatale à celle postnatale, malgré une hausse marquée de la 32^e semaine de grossesse à trois mois postpartum. Cette hausse suggère que durant cette période, les mères

acquièrent une grande partie de leurs compétences parentales. L'anxiété (trait et état) tend à diminuer durant cette même période proposant que les expériences positives que la mère établit avec son enfant dissipent les précédentes inquiétudes liées à la parentalité. De plus, un niveau élevé d'anxiété périnatale (trait et état) est associé à une moins grande augmentation du SEP à trois mois, tout comme un faible SEP est associé à une moins grande diminution du niveau d'anxiété périnatale au même moment. Les auteurs concluent en une relation bidirectionnelle entre le SEP et l'anxiété périnatale au cours de la transition à la parentalité. Par ailleurs, un faible SEP à trois mois postpartum est associé à une hausse de l'anxiété (trait) à 12 mois. Les chercheurs suggèrent que l'apparition de comportements autonomes chez l'enfant (p.ex., ramper) engendre une perte de contrôle chez les mères étant moins confiantes en leurs habiletés parentales contribuant à l'émergence d'anxiété.

En somme, l'ensemble de ces recherches montrent un lien significativement négatif entre l'anxiété et le SEP chez les mères en postpartum. Seulement une étude observe un lien non significatif entre l'anxiété (sous forme d'état) et le SEP en postpartum (Porter et Hsu, 2003). Tel que mentionné précédemment, ce résultat peut être expliqué par l'évaluation du SEP dans les deux premiers mois suivant l'accouchement. De plus, la plupart des auteurs s'en tiennent à l'évaluation de l'anxiété sous forme d'état seulement (p.ex., Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). En effet, aucune étude ne semble avoir porté sur le lien entre le SEP et les symptômes spécifiques du TAG, alors qu'une seule cible les symptômes spécifiques du TOC (Challacombe *et al.*, 2016). Or, le TAG et le TOC constituent les manifestations d'anxiété les plus répandues en postpartum (Ali, 2018). Par ailleurs, certains chercheurs ont évalué le SEP que sous l'angle nourricier limitant la généralisation des résultats au construit général du SEP (Kunseler *et al.*, 2014; Pinto *et al.*, 2016; Porter et Hsu, 2003). Finalement, des chercheurs mentionnent l'importance de considérer l'effet d'autres facteurs sur le développement du SEP en postpartum, dont la multiparité, le soutien social et les antécédents psychiatriques (Kunseler *et al.*, 2014; Leahy-Warren et McCarthy, 2011). À cet effet, Leahy-Warren et McCarthy (2011) observent que les femmes multipares obtiennent un SEP plus élevé que celles primipares, possiblement dû aux expériences déjà vécues ou aux connaissances acquises, ce qui est cohérent avec les écrits de Bandura (1977).

Objectifs et hypothèses

Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété. Elle vérifie les liens entre, d'une part, le SEP de mères en postpartum et, d'autre part, leur état d'anxiété et leurs symptômes du TAG et du TOC, en tenant compte de l'effet de variables sociodémographiques, obstétriques et contextuelles. Il est attendu que plus le SEP sera faible, plus l'intensité des symptômes anxieux sera élevée.

Méthode

Participants et déroulement. Un total de 323 mères se sont rendues sur le site Survey Monkey et ont rempli au moins une des mesures du SEP. L'âge moyen est de 30 ans ($\bar{ET} = 4,19$; $Min = 20,0$; $Max = 42,0$). La plupart sont d'origine québécoise (94,10 %) et occupent un emploi à temps plein (70,90 %). Environ le tiers ont un revenu familial de 100 000\$ et plus et 77,40 % se disent satisfaites ou très satisfaites de leur revenu. Un peu plus de la moitié des participantes rapportent un niveau de scolarité universitaire (57,0 %). La majorité est en union de fait (75,20 %) ou mariée (18,0 %) et demeure en couple avec le père biologique de l'enfant (97,20 %).

Les répondantes ont été sollicitées au Québec par le biais de publicités afin de répondre, en ligne, aux questionnaires. Plus précisément, cette publicité a soit été affichée à des points de rassemblement familiaux tels que les garderies et les hôpitaux, soit a été publiée sur le média social Facebook. Les participantes devaient être des mères d'un nouvel enfant âgé entre 2 et 12 mois. L'exclusion des nourrissons de moins de deux mois a été formulée en réponse à la suggestion de Rothbart (1989) mentionnée précédemment. À partir du lien internet à même la publicité, la répondante était dirigée à la présentation de l'étude et au formulaire de consentement. Une compensation pour le temps investi (environ 50 minutes) était offerte sous la forme d'un tirage au sort d'une carte-cadeau de 100 \$. L'ensemble de la méthode a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Instruments de mesure

Un questionnaire sociodémographique et obstétrique et différents autres outils ont été utilisés. Parmi les instruments évaluant les symptômes du TAG et du TOC, des mesures générales et spécifiques au contexte de parentalité ont été administrées.

Le *Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété* (QIA; Dugas *et al.*, 2001) évalue la présence et l'intensité des critères du TAG. Il comporte dix items évalués sur une échelle Likert de 0 à 8 points ainsi qu'une question ouverte identifiant les principaux thèmes d'inquiétudes. La cotation est faite en additionnant les items. Les trois items cognitifs ont un poids de 1 alors que les six items somatiques, deux fois plus nombreux, ont un poids de 0,5. Le QIA présente une fidélité test-retest ($r = 0,76$ après un délai de quatre semaines) satisfaisante ainsi qu'une bonne validité convergente et discriminante (Dugas *et al.*, 2001).

Le *Questionnaire sur les inquiétudes liées à la parentalité* (QIP; Viau-Guay et Gosselin, 2011) comprend neuf items évaluant la tendance qu'ont les parents à s'inquiéter sur une échelle Likert de 1 à 5. Il présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,91$) chez les mères après l'accouchement et une validité convergente adéquate (Viau-Guay, 2011).

L'*Inventaire des obsessions et des compulsions révisées* (IOC-R; Foa *et al.*, 2002; traduit par Zermatten *et al.*, 2005) évalue en 18 items la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs sur une échelle Likert de 0 à 4. Chacune des dimensions suivantes comporte trois items : vérification, l'ordre/la symétrie, la présence de pensées obsessionnelles incontrôlables, l'accumulation, le lavage et la neutralisation mentale. L'instrument possède une cohérence interne ($\alpha = 0,86$) acceptable et une excellente structure factorielle (Zermatten *et al.*, 2005).

Le *Questionnaire postnatal des obsessions et des compulsions* (QPOC) évalue la présence et la sévérité d'obsessions (19 items) et de compulsions (15 items) spécifiques à la parentalité sur une échelle Likert allant de 1 à 5. Il a été créé à partir du questionnaire autorapporté POCS (Lord *et al.*, 2011) présentant une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$) et une bonne validité convergente. Après avoir été traduits en français selon des procédures proposées par Vallerand (1989), d'autres items évaluant, notamment, la tendance à vivre des obsessions et des compulsions ont été ajoutés (p.ex., dans l'ensemble, à quel point avez-vous des pensées ou des images récurrentes... que vous puissiez faire du mal à votre bébé, votre famille ou vous-même). Ces items ont été créés par un comité de trois cliniciens spécialisés dans le traitement de l'anxiété et des pensées obsessionnelles. L'intelligibilité a ensuite été vérifiée auprès de trois adultes.

Le *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Ree *et al.*, 2008; traduction française par Duhamel *et al.*, 2012) présente 42 questions mesurant l'anxiété-état (présentement) et l'anxiété-trait (habituellement) sur une échelle Likert de 1 à 4. Seul l'état d'anxiété, évaluant l'anxiété cognitive (10 items) et l'anxiété somatique (11 items), a été administré. Le STICSA présente une cohérence interne ($\alpha = 0,87$) adéquate et une bonne validité de construit (Duhamel *et al.*, 2012).

Mesures du SEP. Le *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale* (QAECEP; Terrisse et Trudelle, 1988) évalue le SEP global en 17 items sur une échelle Likert de 1 à 6. Une dimension évalue le « sentiment d'efficacité » lié au rôle parental (sept items) et une autre évalue le « sentiment de satisfaction » découlant du rôle parental (neuf items). L'item 16 mesurant l'anxiété liée au rôle parental a été retiré pour éviter des chevauchements de construit. L'outil montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,76$) et une bonne structure factorielle (Johnston et Mash, 1989).

L'*Indice de Stress Parental* (ISP; Loyd et Abidin, 1985; traduit par Bigras *et al.*, 1996) évalue le stress présent dans la dyade parent-enfant en 101 items. Seule la sous-échelle « sentiment de compétence parentale » (ISP-COM), utilisée dans d'autres études comme mesure de SEP (Raikes et Thomson, 2005) a été administrée. Elle comporte neuf items cotés sur une échelle Likert de 1 à 5.

Cette échelle de l'ISP possède une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$) et une validité de contenu acceptable (Bigras *et al.*, 1996; Loyd et Abidin, 1985).

Autres mesures. L'*Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg* (EDPS; Cox *et al.*, 1987; traduit par Guedeney et Fermanian, 1998) comprend 10 items évaluant les symptômes dépressifs postnataux sur une échelle Likert allant de 0 à 3. L'instrument présente une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,76$) et un bon degré de validité de construit (Guedeney et Fermanian, 1998).

Le *Questionnaire de soutien social* (SSQ-6; Sarason *et al.* 1987; traduit par Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003) mesure, en six items, le soutien social perçu. Il permet d'avoir une estimation de la « disponibilité du réseau » et de la « satisfaction du soutien » sur une échelle Likert allant de 1 à 6. Seule l'échelle de satisfaction a été considérée pour les analyses. Il présente une cohérence interne ($\alpha = 0,87$) excellente et une bonne validité de construit (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003).

Le *Questionnaire de soutien conjugal* (QSC; Brassard *et al.*, 2011) comprend huit items mesurant le soutien conjugal reçu et émis. Seul le soutien conjugal reçu comprenant quatre items s'évaluant sur une échelle de Likert de 1 à 5 a été administré. Il présente une cohérence interne adéquate ($\alpha = 0,84$) et une bonne structure factorielle (Brassard *et al.*, 2011).

Pour la plupart des instruments, un score continu élevé indique une intensité plus élevée du construit mesuré (p.ex., une plus grande tendance à s'inquiéter). Dans le cas de l'ISP-COM, un score continu élevé indique une faible intensité du construit évalué (p. ex., un faible SEP).

Résultats

Analyses préliminaires. Considérant la taille de l'échantillon, les postulats de base des analyses ont été essentiellement vérifiés à l'aide d'un examen visuel de la distribution des variables (Field, 2018). Les variables des questionnaires QIP, QIA, QPOC, IOC-R, STICSA, QAECEP, ISP-COM, EPDS-P, SSQ-6 et QSC présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement se situant entre -1,00 et 1,00. Des transformations appliquées à certaines variables ne changeaient pas les résultats obtenus; les variables originales ont donc été conservées. Des coefficients alpha de Cronbach, vérifiant la cohérence interne des outils, supportent leur fidélité auprès des participants (voir Tableau 1).

Des corrélations et des ANOVA ont été menées pour identifier les variables sociodémographiques (âge, durée de la relation de couple multiparité, état civil, citoyenneté, niveau de scolarité, appréciation du revenu, consultation pour un problème émotionnel [(CPE)], obstétriques (avortement, fausse couche, complication lors de l'accouchement, enfant né prématurément, césarienne d'urgence, problème de santé chez l'enfant, participation à des cours prénataux, degré de connaissance des enfants avant la naissance de votre enfant) et autres facteurs

(soutien et symptômes dépressifs) pouvant être pertinents à contrôler dans l'étude du lien entre le SEP (QAECEP et ISP-COM) et les symptômes du TAG (QIA et QIP), du TOC (IOC-R, QPOC) et l'état d'anxiété (STICSA). Les variables état civil et niveau de scolarité ont été recodées pour mener les ANOVA, soit les participants en couple et célibataires et les participants de niveau universitaire et autres (p.ex. primaire, secondaire). Les variables à contrôler ont été identifiées lorsqu'elles traduisaient un effet de taille moyenne et plus avec les mesures de l'étude. Ceux-ci ont été identifiés à l'aide de la taille de corrélations obtenue ou, pour les ANOVA, à l'aide de la taille de l'état carré partiel ($r \geq 0,30$ ou $\eta^2 \geq 0,06$; Cohen, 1988).

Plusieurs liens significatifs sont observés¹. Les symptômes dépressifs à l'EPDS-P s'avèrent corrélés

modérément à fortement avec plusieurs mesures de symptômes anxieux (TAG au QIA; TOC au QPOC total et ses sous-échelles; état d'anxiété au STICSA total et ses sous-échelles) et de SEP (QAECEP et ISP-COM) ($r = 0,33$ à $0,72$). Les symptômes dépressifs ont donc été contrôlés dans les analyses de régression ultérieures utilisant ces variables. Plusieurs ANOVA montrent aussi des effets significatifs. Des effets de taille moyenne des CPE sont observés sur les symptômes du TAG au QIA ($F(1, 322) = 39,97, p < 0,001; \eta^2 = 0,11$), sur les symptômes du TOC à la sous-échelle obsessionnelle de l'IOC-R ($F(1, 266) = 24,16, p < 0,001; \eta^2 = 0,08$) et sur l'état d'anxiété au STICSA total ($F(1, 322) = 42,61, p < 0,001; \eta^2 = 0,12$) et ses sous-échelles somatique ($F(1, 322) = 32,91, p < 0,001; \eta^2 = 0,09$) et cognitive ($F(1, 322) = 39,84, p < 0,001; \eta^2 = 0,11$). D'autres effets modérés du niveau de scolarité sont

Tableau 1

Statistiques descriptives des instruments de mesure

Instruments	Variabes	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min	Max	α	Items
QIA	QIA_TOT	323	37,33	17,01	0,50	53,00	0,90	10
QIP	QIP_TOT	323	24,40	7,94	10,00	45,00	0,92	9
QPOC	QPOC_TOT	323	69,35	19,96	36,00	160,00	0,93	34
	QPOC_obsession	323	40,49	12,63	19,00	95,00	0,90	19
	QPOC_compulsion	323	28,85	9,62	15,00	67,00	0,88	15
IOC-R	OCI-R_TOT	267	30,29	9,17	18,00	64,00	0,86	18
	OCI-R_lavage	267	4,35	2,11	3,00	15,00	0,77	3
	OCI-R_obsession	267	5,43	2,77	3,00	15,00	0,86	3
	OCI-R_accumulation	267	5,19	2,42	3,00	13,00	0,80	3
	OCI-R_ordre	267	6,76	2,86	3,00	15,00	0,83	3
	OCI-R_vérification	267	4,82	2,22	3,00	15,00	0,77	3
	OCI-R_neutralisation	267	3,75	1,44	3,00	10,00	0,58	3
STICSA	STICSA_état_TOT	323	36,07	10,72	21,00	69,00	0,93	21
	STICSA_somatique	323	17,18	5,07	11,00	36,00	0,86	11
	STICSA_cognitif	323	18,89	6,39	10,00	38,00	0,91	10
QAECEP	QAECEP_TOT	296	68,47	8,18	43,43	87,00	0,81	16
	QAECEP_efficacité	299	32,39	4,10	21,00	42,00	0,75	7
	QAECEP_satisfaction	314	36,03	5,26	20,00	46,00	0,71	9
ISP	ISP-COM	315	22,45	5,27	11,00	37,00	0,78	9
EDPS-P	EDPS_TOT	277	8,58	5,85	0,00	27,00	0,88	10
SSQ-6	SSQ6_TOT	270	29,65	6,90	6,00	36,00	0,94	6
QSC	QSC_TOT	269	15,70	3,35	4,00	20,00	0,88	4

Note. QIA : Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété; QIP : Questionnaire sur les Inquiétudes et la Parentalité; QPOC : Questionnaire Postnatal des Obsessions et des Compulsions; IOC-R : Inventaire des Obsessions et des Compulsions Révisées; STICSA : *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*; QAECEP : Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale; ISP : Indice de Stress Parental; EDPS-P : Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg; SSQ-6 : Questionnaire de Soutien Social; QSC : Questionnaire de Soutien Conjugal

¹ Seuls les résultats des variables contrôlées, c'est-à-dire traduisant des liens modérés à forts sont rapportées pour alléger

le texte. Les résultats de l'ensemble des analyses peuvent être obtenus sur demande.

observés sur les symptômes du TOC au QPOC total ($F(1, 322) = 20,83, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$) et sur l'état d'anxiété au STICSA total ($F(1, 322) = 22,91, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$) et sa sous-échelle somatique ($F(1, 322) = 22,23, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$). Puis, des effets de taille moyenne de l'appréciation du revenu sont observés sur les symptômes du TOC à l'IOC-R total ($F(3, 263) = 7,96, p < 0,001; \eta^2 = 0,08$) et ses sous-échelles accumulation ($F(3, 263) = 6,25, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$) et neutralisation ($F(3, 263) = 5,43, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$) et sur l'état d'anxiété à la sous-échelle cognitive du STICSA ($F(3, 319) = 6,28, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$). L'effet des CPE, le niveau de scolarité et l'appréciation du revenu ont donc aussi été contrôlés dans les analyses principales impliquant ces variables. **Lien entre les mesures de SEP et les mesures de symptômes anxieux.** Des corrélations de Pearson ont été réalisées afin d'examiner les liens entre, d'une part, le SEP et, d'autre part, les mesures de symptômes d'anxiété. Une correction de Bonferroni a été appliquée à ces analyses (α de $0,05/60 = 0,001$) afin de limiter les risques d'erreur de type 1 et limiter le nombre de régressions à mener à la seconde étape des analyses principales. Plusieurs corrélations

significatives, d'intensité faible à modérée, sont obtenues entre les mesures de SEP et la plupart des mesures de symptômes anxieux et plusieurs corrélations demeurent significatives après correction de Bonferroni (voir Tableau 2). Un lien de taille moyenne est observé entre le SEP à l'ISP-COM et l'ensemble des mesures d'anxiété. Le SEP au QAECEP corrèle aussi négativement et modérément avec les symptômes anxieux au QIA, au QIP, au STICSA (total et sous-échelle). Enfin, un lien négatif de taille moyenne est observé entre les deux sous-échelles de SEP du QAECEP et les inquiétudes parentales au QIP.

Rôle prédictif des mesures de SEP sur les mesures d'anxiété. Des régressions hiérarchiques ont été menées pour prédire les symptômes du TAG, du TOC et l'état d'anxiété à partir des scores totaux et des scores aux sous-échelles de SEP. Les prédicteurs de SEP ont été testés dans des analyses séparées pour éliminer les problèmes de multicollinéarité (corrélations entre les échelles de 0,80 et plus; VIF > 10; Field, 2018). Les mesures d'anxiété n'ayant pas montré de lien significatif avec le SEP après correction de Bonferroni, à l'étape des corrélations, n'ont pas été prédites.

Tableau 2

Corrélations entre les mesures de SEP et les mesures du TAG, du TOC et de l'état d'anxiété

Variables	Mesures de SEP			
	QAECEP TOT	QAECEP efficacité	QAECEP satisfaction	ISP-COM
QIA_TOT	-0,31**	-0,27**	-0,27**	0,44**
QIP_TOT	-0,40**	-0,36**	-0,35**	0,54**
QPOC_TOT	-0,25**	-0,16*	-0,26**	0,33**
QPOC_obsession	-0,25**	-0,16*	-0,27**	0,30**
QPOC_compulsion	-0,18*	-0,13*	-0,19**	0,29**
IOC-R_TOT	-0,22**	-0,17*	-0,22**	0,31**
IOC-R_lavage	-0,12*	-0,11	-0,11	0,09
IOC-R_obsession	-0,27**	-0,26**	-0,22**	0,37**
IOC-R_accumulation	-0,10	-0,03	-0,13*	0,25**
IOC-R_ordre	-0,08	-0,03	-0,11	0,14*
IOC-R_vérification	-0,11	-0,01	-0,09	0,14*
IOC-R_neutralisation	-0,18*	-0,13*	-0,19*	0,22**
STICSA_TOT	-0,32**	-0,27**	-0,28**	0,44**
STICSA_somatique	-0,27**	-0,23**	-0,24**	0,34**
STICSA_cognitif	-0,32**	-0,27**	-0,27**	0,47**

* $p < (0,05)$; ** p ajusté (α de $0,05/60 = 0,001$).

Note. QIA : Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété; QIP : Questionnaire sur les Inquiétudes liée à la Parentalité; QPOC : Questionnaire Postnatal des Obsessions et des Compulsions; IOC-R : Inventaire des Obsessions et des Compulsions Révisées; STICSA : *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*; QAECEP : Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale; ISP-COM : Échelle de compétence parentale de l'Indice de Stress Parental.

Effets sur les variables liées aux symptômes du TAG.

En ce qui a trait à la prédiction des inquiétudes spécifiques à la parentalité au QIP par les variables du QAECEP, les résultats confirment l'apport des symptômes dépressifs dans une première étape des trois régressions ($F(1, 270) = 169,80, p < 0,001; \Delta R^2 = 38,60\%$). Celles-ci

montrent ensuite que le QAECEP total ($F(2, 269) = 14,35, p < 0,001; \Delta R^2 = 3,10\%$) et ses sous-échelles sentiment d'efficacité ($F(2, 269) = 14,21, p < 0,001; \Delta R^2 = 3,10\%$) et sentiment de satisfaction ($F(2, 269) = 8,38, p = 0,004; \Delta R^2 = 1,90\%$) permettent de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du QIP. Les

résultats montrent aussi que l'ISP-COM, comme mesure de SEP, permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du QIP ($F(2, 274) = 43,43, p < 0,001; \Delta R^2 = 8,60 \%$), après la première étape de prédiction significative utilisant les symptômes dépressifs comme prédicteur ($F(1, 275) = 164,52, p < 0,001; \Delta R^2 = 37,40 \%$). En ce qui a trait à l'ensemble des symptômes du TAG, la régression utilisant l'ISP-COM comme mesure de SEP dénote l'ajout d'un pourcentage de variance dans la prédiction du QIA ($F(3, 273) = 7,64, p = 0,006; \Delta R^2 = 1,20 \%$) après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et les CPE ($F(2, 274) = 166,07, p < 0,001; \Delta R^2 = 54,80 \%$).

Effets sur les variables liées aux symptômes du TOC.

Les résultats montrent que l'ajout de l'ISP-COM ($F(3, 273) = 4,92, p = 0,027; \Delta R^2 = 1,40 \%$) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du score total au QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et le niveau de scolarité ($F(2, 274) = 40,56, p < 0,001; \Delta R^2 = 22,80 \%$). L'ajout de l'ISP-COM ($F(2, 274) = 5,95, p = 0,015; \Delta R^2 = 1,90 \%$) permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire de la sous-échelle obsession du QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et le niveau de scolarité ($F(1, 275) = 34,16, p < 0,001; \Delta R^2 = 11,0 \%$). Enfin, l'ajout de la sous-échelle de satisfaction du QAECPE ($F(2, 269) = 4,67, p = 0,032; \Delta R^2 = 1,50 \%$) permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire de la sous-échelle obsession du QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs ($F(1, 270) = 34,66, p < 0,001; \Delta R^2 = 11,40 \%$). Concernant les sous-types de symptômes obsessionnels compulsifs mesurés à l'IOC-R, les résultats montrent que le SEP mesuré à l'ISP-COM prédit un pourcentage de variance supplémentaire des compulsions de type accumulation ($F(2, 264) = 13,85, p < 0,001; \Delta R^2 = 4,70 \%$) après l'étape de prédiction significative impliquant l'appréciation du revenu ($F(1, 265) = 16,00, p < 0,001; \Delta R^2 = 5,70 \%$).

Effets sur les variables liées à l'état d'anxiété. Les résultats montrent que le SEP mesuré par l'ISP-COM prédit un pourcentage de variance supplémentaire du score total d'état d'anxiété du STICSA ($F(4, 272) = 7,31, p = 0,007; \Delta R^2 = 1,20 \%$) après la première étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs, les CPE et le niveau de scolarité ($F(3, 273) = 114,81, p < 0,001; \Delta R^2 = 55,80 \%$). Dans le même sens, le SEP à l'ISP-COM contribue à la prédiction des symptômes cognitifs de l'état d'anxiété au STICSA ($F(4, 272) = 14,73, p < 0,001; \Delta R^2 = 2,40 \%$), après la première étape de prédiction significative impliquant les trois mêmes variables contrôlées ($F(3, 273) = 101,91, p < 0,001; \Delta R^2 = 52,80 \%$).

Discussion générale

Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété postnatale. Elle vérifie notamment les liens entre, d'une part, le SEP de mères en postpartum et, d'autre part, leur état d'anxiété et leurs symptômes du TAG et du TOC, en tenant compte de l'effet de variables sociodémographiques, obstétriques et contextuelles (p.ex., symptômes dépressifs, historique de consultation antérieure pour une difficulté psychologique, soutien). L'hypothèse stipule que l'intensité du SEP est liée à l'intensité des symptômes du TAG, du TOC et à l'état d'anxiété. Dans l'ensemble, les résultats appuient cette hypothèse et indiquent que les mères ayant un plus faible SEP ont un niveau d'anxiété postnatale plus élevé. Les liens entre les mesures de SEP et l'état d'anxiété concordent avec les résultats d'autres études (p.ex., Leahy-Warren et McCarthy, 2011; Seymour *et al.*, 2015). La taille moyenne de certains liens observés apparaît supérieure à celle des liens obtenus par Seymour *et al.* (2015). De faibles liens, bien que significatifs, ressortent entre la mesure de SEP spécifique à la parentalité (p.ex., sentiment d'être bon pour nourrir ou changer l'enfant) et les symptômes anxieux, alors que des liens de taille moyenne ressortent avec les mesures de SEP générales. La différence entre ces résultats et ceux de Porter et Hsu (2003) peut découler du fait qu'ils ont mesuré le SEP qu'à partir de tâches spécifiques à la parentalité, en plus d'avoir évalué cette variable dans les deux premiers mois suivants l'accouchement, ce qui a été contrôlé dans la présente étude.

L'apport du rôle prédictif du SEP sur la tendance à s'inquiéter spécifique à la parentalité et sur les symptômes anxieux (état d'anxiété, TAG et TOC) est confirmé par la présence de liens significatifs entre ces variables, et ce, même après que plusieurs facteurs ont été contrôlés. En effet, suivant la proposition de Leahy-Warren et McCarthy (2011), plusieurs variables liées au SEP ou à l'anxiété ont été considérées. L'effet de la multiparité, du soutien social et du niveau de connaissances antérieures avec des enfants sur les mesures de SEP et de symptômes anxieux s'est avéré non significatif ou faible. Les symptômes dépressifs, les consultations antérieures pour problèmes émotionnels, traduisant des difficultés possibles avant la naissance, la scolarité et le revenu se sont toutefois avérés liés modérément au SEP et aux symptômes anxieux. Dans certains cas, ces facteurs peuvent expliquer jusqu'à 50 % de la variance de l'anxiété, notamment pour ce qui est de l'état d'anxiété, la tendance à s'inquiéter et les symptômes du TAG.

Les liens de taille moyenne observés entre certaines mesures de SEP et les symptômes obsessionnels sont aussi cohérents avec les résultats d'autres études (p.ex., Challacombe *et al.*, 2016) même si ces derniers provenaient d'échantillons cliniques de mères présentant des manifestations du TOC. Les liens obtenus montrent alors que ces symptômes sont aussi observables auprès d'un échantillon non clinique, plus vaste et plus

représentatif de la population en général. En somme, les liens de taille moyenne observés entre les indicateurs de SEP et ceux de la tendance à s'inquiéter, des symptômes du TAG et des symptômes du TOC postnataux apportent des appuis à la présence de lien entre le SEP et l'anxiété, tout en élargissant les observations à ces troubles anxieux prévalents en postpartum.

D'abord, la composante cognitive de l'émotion fournit un cadre interprétatif aux événements internes et externes (Schachter et Singer, 1962). Parallèlement, l'état d'anxiété est aussi influencé par l'interprétation des événements et par la surestimation de conséquences négatives d'une situation future (Beck *et al.*, 1985). Par exemple, l'appréhension de dangers potentiels pour la sécurité de l'enfant, inhérent aux symptômes cognitifs anxieux (p.ex., tendance à s'inquiéter, obsessions, état d'anxiété) inhiberait l'établissement d'habiletés parentales. À cela, Jones et Prinz (2005) soulignent que l'acquisition et la pratique d'habiletés parentales favorisent le développement d'un bon SEP.

Puis, Borkovec *et al.* (1998) mentionnent qu'en raison de la nature mentale et verbale de l'inquiétude, celle-ci permettrait l'évitement d'images mentales associées à un contenu affectif causant de la détresse psychologique. Par exemple, l'état anxieux d'un parent entretenu par la perception d'un manque d'habiletés pourrait ainsi être régulé par la présence d'inquiétudes lui permettant d'éviter d'être en contact avec des expériences internes dérangeantes. Ce mécanisme de régulation des affects inhibe alors le processus émotionnel nécessaire à une adaptation favorable aux malaises causés par l'anxiété. L'inquiétude est donc maintenue par renforcement négatif, ce qui explique sa généralisation et l'apparition ultérieure de comportements neutralisant l'émotion désagréable (p.ex., compulsions) (Fisher et Wells, 2005). L'inquiétude est aussi renforcée par la présence de croyances erronées quant à son utilité, donnant l'impression à l'individu de mieux affronter les situations courantes de la vie (Gosselin *et al.*, 2004). Un parent ayant un faible SEP pourrait croire que le fait de s'inquiéter est ce qui lui permet de mieux répondre aux demandes parentales, en plus de limiter la possibilité de conséquences négatives (p.ex., en m'inquiétant de la sécurité de mon enfant, je m'assure de limiter la possibilité qu'un accident survienne).

Ensuite, O'Connor et Pélissier (2008) proposent que l'arrivée d'une pensée intrusive entraîne un doute obsessionnel et ensuite l'appréhension de conséquences négatives, provoquant ainsi une hausse d'anxiété. Il en résulterait, comme pour le TAG, d'une action mentale ou comportementale permettant de réduire temporairement l'affect négatif ressenti. Par exemple, une mère présentant des pensées obsessionnelles quant à la sécurité de son enfant pourrait émettre des comportements compulsifs de vérification afin d'éviter la survenue d'un accident pouvant causer d'importantes blessures, voir la mort de son nourrisson. Il est à noter que les pensées obsessionnelles et d'inquiétudes spécifiques à la

parentalité sont les deux seules manifestations anxieuses liées à la satisfaction parentale (sous-composante du SEP) dans les régressions. Ainsi, cette mère ayant une obsession quant à la sécurité de son enfant pourrait éprouver une insatisfaction de ne pouvoir offrir avec certitude un environnement sans danger à son enfant. Par ailleurs, l'évitement expérientiel (par ex., pensées, émotions, sensations) donne une impression de contrôle de soi et de la situation (Jacoby *et al.*, 2018). Or, les efforts émis pour supprimer ces pensées intrusives contribuent à leur apparition ultérieure, parfois de façon plus fréquente, ce que Wegner *et al.* (1987) nomment l'effet rebond. Un parent rapportant plusieurs pensées obsessionnelles (p.ex., danger pour l'enfant) pourrait mettre beaucoup d'énergie à chasser ses pensées intrusives l'empêchant de vivre pleinement le moment présent avec son enfant de manière satisfaisante (p.ex., dans le jeu, dans les tâches) se traduisant par un SEP plus faible. À l'inverse, il est possible qu'un parent ayant des symptômes de TAG ou de TOC plus élevés sous-évalue son SEP, influençant à la baisse son sentiment de satisfaction.

À notre connaissance, cette étude est la seule à avoir vérifié le lien entre le SEP et les symptômes du TAG et du TOC auprès de mères d'un nouvel enfant. Les résultats confirment la présence des liens après avoir considéré d'autres facteurs liés au SEP ou à l'anxiété. La grande taille de l'échantillon maximise la représentativité des résultats. Aussi, les différentes mesures de SEP utilisées, dont certaines évaluant les construits spécifiques à la parentalité et d'autres évaluant de façon plus générale, permettent une évaluation plus complète et spécifique des phénomènes à l'étude. Des limites doivent toutefois être apportées. Les participantes avaient un niveau de scolarité plutôt élevé ainsi qu'un revenu familial satisfaisant. L'analyse de l'effet de l'âge de l'enfant n'a pas été considérée en raison d'un manque d'uniformité des réponses. Certaines mères ont répondu en termes de mois et d'autres en termes de semaines. Les consignes étaient toutefois claires quant au fait que seules les mères d'un enfant âgé entre 2 et 12 mois pouvaient participer. Aussi, la mesure adaptée des symptômes du TOC présente une cohérence interne satisfaisante, mais n'a pas fait l'objet d'un processus de validation approfondie. Enfin, l'utilisation exclusive des mesures autorapportées, de même que le recours à un seul temps de mesure limite la compréhension des processus et ne permet pas de conclusion causale.

Il serait pertinent de reproduire cette étude auprès d'une population clinique de mères présentant un diagnostic de TAG ou de TOC, de même que chez une population de pères. Par ailleurs, des facteurs psychologiques liés à l'exacerbation des principaux symptômes anxieux présents en postpartum auprès de la population générale, dont l'intolérance à l'incertitude (Gosselin et Viau-Guay, 2011), le perfectionnisme (Donegan et Green, 2017) et le sentiment de responsabilité excessive (Lind et Boschen, 2009) pourraient aussi être

liés au niveau de SEP des mères. Il serait donc intéressant de vérifier le lien unissant ces facteurs psychologiques au SEP. Ces résultats, de même que les recherches futures permettront l'élaboration de modèles conceptuels de l'anxiété postnatale, desquels des pistes d'intervention pourraient être dégagées.

Abstract

The postnatal period is associated with the development and exacerbation of anxiety symptoms, including generalized anxiety disorder (GAD) and obsessive-compulsive disorder (OCD) (Ali, 2018). Researches support the role of parental self-efficacy (PSE), either as a predictor or a consequence of postnatal anxiety. These studies indicate a negative association between PSE and anxiety symptoms (p.ex., Kunseler *et al.*, 2014). However, several of these researches only focus on anxiety state, not measuring symptoms of GAD et OCD (Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). This research continues to study the link between PSE and postnatal anxiety (p.ex., anxiety state, symptoms of GAD and OCD), as well as looking at other factors (p.ex., sociodemographics, obstetrics and contextual). Mothers with a new-born child aged 2 to 12 months ($N = 323$) responded to self-reported questionnaires assessing these variables. Results confirm the presence of a significant link between PSE and anxiety symptoms (p.ex., anxiety state, symptoms of GAD and OCD), even after considering other factors related to PSE. These results clarify the link between, on the one hand, PSE and GAD and on the other hand, PSE and OCD, besides, to reveal the determining factors in their development and maintenance. These results allow the development of conceptual models of postnatal anxiety, from which lines of intervention could be identified.

Keywords: postpartum, generalised anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, parental self-efficacy

Références

- Abramowitz, J. S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B. L. et Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health*, 13, 523-530. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0172-4>
- Ali, E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women's Health*, 10, 237-249. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S158621>
- Balat, G. U., Zembat, R. et Acar, M. (2010). Berkeley parenting self-efficacy scale-second grade version: Reliability-validity studies among Turkish families. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2, 2166-2170. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.300>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beck, A., Emery, G. et Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J. et Dumas, J. E. (1996). Discriminant Validity of the Parent and Child Scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development*, 7, 167-178. https://doi.org/10.1207/s15566935eed0702_5
- Borkovec, T. D., Ray, W. J. et Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576. <https://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Brassard, A., Houde, F. et Lussier, Y. (2011). Élaboration et validation du Questionnaire de Soutien Conjugal (QSC). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 43, 69-77. <https://doi.org/10.1037/a0021390>
- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Cousson-Gélie, F., Fortier, C., Sifakis, Y. et Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6): Une adaptation française. *Psychologie Française*, 48, 41-53. https://www.researchgate.net/publication/235341355_Le_questionnaire_de_soutien_social_de_Sarason_SSQ6_Une_adaptation_francaise
- Buist, A., Gotman, N. et Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 131, 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003>
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J. et Acheson, R. (2016). Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior and Development*, 44, 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.04.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). New York, NY: Academic Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K. et Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 485-493. <https://doi.org/10.1111/acps.12648>
- Donegan, E. et Green, S. (2017, Novembre). *Predictors of Symptom Change in CBT for Perinatal Anxiety: Intolerance of Uncertainty and Perfectionistic Beliefs*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Diego, USA.
- 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 :

- Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36. <http://psycnet.apa.org/record/2002-02565-005>
- Duhamel, C., Bax-D'auveuil, C., Oswald, L., Vallée, T., S., Bacon, B.-A. et Gosselin, P. (2012, Mars). *Anxiété somatique et anxiété cognitive : évaluation distincte d'une version francophone du STICSA*. Affiche présentée au XXXIV^e congrès annuel de la Société québécoise de recherche en psychologie, Sherbrooke, Québec, Canada.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fisher, P. L. et Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. et Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Gentry, W.D. et Kobasa, S.C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in human. Dans W. D.Gentry (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford, 87-113.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2004). Development and validation of a new questionnaire assessing erroneous beliefs about worry. *European Review of Applied Psychology*, 53, 199-211. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14318-005>
- Guedeney, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 13, 83-89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Jacoby, R. J., Abramowitz, J. S., Buchholz, J., Reuman, L. et Blakey, S. M. (2018). Experiential avoidance in the context of obsessions: Development and validation of the Acceptance and Action Questionnaire for Obsessions and Compulsion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.003>
- Johnston, C. et Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8
- Jones, T. L. et Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M. et Schuengel, C. (2014). Changes in Parenting Self-Efficacy and Mood Symptoms in the Transition to Parenthood: A Bidirectional Association. *Parenting*, 14, 215-234. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.972758>
- Leahy-Warren, P. et McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27, 802-810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Lind, C. et Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1047-1052. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.005>
- Lord, C., Rieder, A., Hall, G. B., Soares, C. N. et Steiner, M. (2011). Piloting the Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS): Development and validation. *Journal of anxiety disorders*, 25, 1079-1084. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.005>
- Loyd, B. H. et Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 169-177. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/10.2.169>
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. et Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>
- O'Connor, T. G. et Pélissier, M.-C. (2008, Avril). *Traiter le doute obsessionnel*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Ordre des psychologues du Québec, Québec, Canada.
- Pinto, T. M., Figueiredo, B., Pinheiro, L. L. et Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34, 343-355. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1178853>
- Porter, C. L. et Hsu, H.-C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.54>
- Raikes, H. A. et Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26, 177-190. <https://doi.org/10.1002/imhj.20044>
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C. et Locke, V. (2008). Distinguishing Cognitive and Somatic Dimension of State and Trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 313-332. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004232>
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. *Temperament in childhood*, 36, 59-73. <http://psycnet.apa.org/record/1990-97271-005>
- Schachter, S. et Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state.

- Psychological Review*, 69, 379-399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. et Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A. et Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development*, 41, 314-323. <https://doi.org/10.1111/cch.12178>
- Terrisse, B. et Trudelle, D. (1988). Le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Q.A.E.C.E.P). <https://unites.uqam.ca/terrisse/pdf/G29.pdf>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-689. <http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/guide.htm>
- Viau-Guay, L. et Gosselin (2011, Novembre). *Predictors of postnatal worry and parental adaptation in primiparous women*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Toronto, Canada.
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période postnatale*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Qc.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. et White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Wenzel, A. (2011a). Worry and generalized anxiety. *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* (p. 37-53). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12302-002>
- Wenzel, A. (2011b). Obsessions and compulsions. *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* (p. 55-71). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12302-003>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. et Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>
- Whisman, M A., Davila, J. et Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25, 375-383. <https://doi.org/10.1037/a0023790>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., César de Albuquerque, T. L. et Botelho Sougey, E. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics, *Comprehensive Psychiatry*, 50, 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.014>
- Zermatten, A., Linden, M. V. der, Jermann, F. et Ceschi, G. (2005). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample, *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56, 151-155. <https://org/10.1016/j.erap.2005.07.003>

JUGEMENTS ÉVALUATIFS DES COMPORTEMENTS ADAPTATIFS DES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME PAR LES PARENTS ET LES ENSEIGNANTS

Nadine Chapdelaine, Erika-Lyne Smith et Nathalie Poirier

Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un trouble
du spectre de l'autisme

L'évaluation des comportements adaptatifs permet de vérifier les forces et les faiblesses des adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et de mettre sur pied des interventions appropriées. Selon plusieurs auteurs, cette évaluation devrait être faite par des informateurs variés afin d'obtenir une évaluation psychologique complète. De nombreuses études rapportent des différences d'évaluations entre les observateurs. Malgré que les évaluations divergentes puissent mener à des difficultés d'interprétation, elles peuvent également fournir des informations pertinentes sur les différents milieux de vie de l'adolescent. Ce projet décrit les comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA et compare la différence des jugements évaluatifs entre les parents et les enseignants. Ainsi, 19 mères et 19 enseignants de 19 adolescents ayant un TSA ont répondu au *Système d'évaluation du comportement adaptatif deuxième édition* (ABAS-II). Les résultats suggèrent que les parents rapportent des difficultés adaptatives plus importantes que les enseignants ($p < 0.05$) pour le même adolescent. En considérant ces résultats, il importe d'approfondir les raisons de tels comportements adaptatifs différents entre les contextes et d'encourager les parents à développer les comportements adaptatifs de leur jeune en milieu familial.

See end of text for English abstract.

Mots-clés : Adolescents; trouble du spectre de l'autisme; comportements adaptatifs; parents; enseignants

Correspondance : Nadine Chapdelaine, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme, Université du Québec à Montréal, 100, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, Québec H2X 3P2
Courriel; chapdelaine.nadine@courrier.uqam.ca

Problématique

L'adolescence est une période riche en changements et en remises en question. À cet âge, les jeunes subissent de nombreuses transformations sur différents plans : physique, cognitif, social et émotif (Delagrave et Viau, 2005). Les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) vivent les difficultés associées à leur diagnostic, auxquelles s'ajoutent celles liées à cette période de la vie tel que le développement physique rapide, l'apparition de la pilosité, la mue de la voix ou le changement de milieu scolaire (Crone et Dahl, 2012). Il est alors essentiel que les recherches intègrent davantage la clientèle adolescente présentant un TSA afin de mieux comprendre leurs réalités (Des Rivières-Pigeon et Poirier, 2013).

Dickson et ses collaborateurs (2018) soulignent la nécessité d'inclure la mesure des comportements adaptatifs lors d'une évaluation psychologique afin de réaliser le portrait des compétences et des lacunes de l'adolescent. Les comportements adaptatifs sont définis par la capacité de la personne à fonctionner dans la vie de tous les jours, à communiquer, à socialiser, à être autonome et à s'ajuster à son environnement (Malhi et Singhi, 2015). Toutefois, considérant que le comportement de l'adolescent peut varier selon les milieux, le recours à plusieurs informateurs est essentiel (De Los Reyes et Kazdin, 2004; Dickson *et al.*, 2018; Dirks *et al.*, 2012; Kraemer *et al.*, 2003). Les différents jugements évaluatifs des comportements adaptatifs recueillis permettent au professionnel de vérifier les forces et les faiblesses du jeune ainsi que de cibler ses besoins d'intervention (De Los Reyes et Kazdin, 2004). Dans la majorité des cas, le professionnel demande la collaboration des personnes qui connaissent le plus l'adolescent; le parent, puisqu'il est le seul à avoir eu un contact régulier avec lui depuis sa naissance et l'enseignant, parce qu'il est lié à un contexte différent que

celui du milieu familial (Jordan *et al.*, 2019; Mayes et Lockridge, 2018). Sa connaissance du jeune est également davantage normative, due à la présence des autres élèves de la classe (Jordan *et al.*, 2019).

De nombreuses études scientifiques reconnaissent la variabilité entre le jugement évaluatif fait par les parents et celui des autres informateurs (Achenbach *et al.*, 1987; De Los Reyes et Kazdin, 2004; Dickson *et al.*, 2018; Roskam *et al.*, 2010). En général, les parents rapportent des difficultés adaptatives plus marquées, lorsque comparées au jugement évaluatif des enseignants, et ce, nonobstant la présence d'un diagnostic de psychopathologie chez l'adolescent (Achenbach *et al.*, 1987; De Los Reyes et Kazdin, 2005). Le jugement évaluatif divergent des adultes qui gravitent autour de l'adolescent peut avoir des conséquences sur le diagnostic, l'accès aux services, les plans d'intervention et les suivis professionnels (McDonald *et al.*, 2016). Toutefois, ces jugements évaluatifs différents des comportements adaptatifs peuvent également fournir des informations pertinentes en lien avec le milieu où l'adolescent s'adapte davantage et ainsi, accroître la compréhension des causes, des conséquences et des interventions des personnes ayant un TSA (De Los Reyes, 2011).

À ce jour, peu d'études portent sur la période de l'adolescence (Volkmar *et al.*, 2014) et sur les comportements adaptatifs des jeunes ayant un TSA (Matthews *et al.*, 2015). Tomaszewski *et al.* (2019) ont examiné la trajectoire développementale des comportements adaptatifs de 244 adolescents ayant un TSA âgés de 14 à 21 ans, sur une période de 30 mois. Pour chaque domaine du comportement adaptatif jugé (la communication, les compétences de la vie quotidienne et le domaine général social) par les enseignants, les élèves qui présentaient des comportements adaptatifs modérément faibles au début de l'étude ont majoritairement fait preuve d'une amélioration de leurs comportements adaptatifs au fil du temps. De leur côté, les adolescents qui présentaient des comportements adaptatifs faibles au départ n'ont manifesté aucun changement. Les élèves qui ont manifesté la meilleure amélioration de leurs agirs étaient significativement plus jeunes au début de l'étude, en plus de présenter un quotient intellectuel plus élevé et des symptômes moins importants (Tomaszewski *et al.*, 2019). Toutefois, cette étude n'aborde pas spécifiquement les différences de jugements évaluatifs entre le parent et l'enseignant, ce qui est également un sujet limité de la littérature scientifique (Dickson *et al.*, 2018). Considérant les changements importants qui apparaissent à l'adolescence ainsi que les caractéristiques propres au TSA, il s'avère essentiel d'accroître les connaissances sur les comportements adaptatifs à ce stade du développement et par le fait même, documenter les jugements évaluatifs des parents et des enseignants sur les comportements adaptatifs des adolescents présentant un TSA.

Trouble du spectre de l'autisme. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits persistants de la communication sociale et par des comportements, des intérêts ou des activités restreints et répétitifs (American Psychiatric Association, [APA], 2015). Les manifestations de ce trouble sont différentes d'une personne à l'autre et résultent en des situations de handicaps variables sur le plan de la sévérité des symptômes, des habiletés cognitives et des comportements adaptatifs (Kanne *et al.*, 2011). Les comportements adaptatifs sont liés aux critères diagnostiques du TSA (déficits persistants de la communication sociale et comportements, activités et intérêts restreints ou répétitifs) et peuvent être manifestés à différents degrés selon chaque adolescent.

Trouble du spectre de l'autisme à l'adolescence. La période de l'adolescence est une phase riche en ajustements et en changements physiques, cognitifs, sociaux et émotionnels (Claes et Lannegrand-Willems, 2014; Crone et Dahl, 2012). Cette période favorise l'émergence de nouvelles motivations (Crone et Dahl, 2012) et la modification des repères affectifs et relationnels (Discour, 2011). L'adolescent ayant un TSA doit s'habituer à une nouvelle routine familiale, scolaire et sociale, malgré sa difficulté caractéristique à être flexible face aux changements (Smith et Anderson, 2014). Selon Smith et Anderson (2014), toutes les modifications liées à cette période critique sont problématiques et peuvent être aggravées par les défis liés à la communication sociale telle que la difficulté du jeune à exprimer ses émotions et à comprendre celles des autres. En somme, une évaluation rigoureuse et régulière des forces et des besoins est souhaitable afin de mettre sur pied des interventions appropriées pour maximiser le potentiel du jeune (Aubineau, 2018).

Adolescent ayant un trouble du spectre de l'autisme en milieu familial. Les parents doivent apprendre à s'adapter et à surmonter les difficultés occasionnées par tous les changements qui surviennent chez leur adolescent présentant un TSA (Dailly et Goussé, 2011). Selon plusieurs études, les parents de jeunes ayant un TSA sont confrontés à l'augmentation de problèmes de comportement à l'adolescence, occasionnant une réorientation nécessaire des interventions éducatives qui avaient été préalablement mises en place (Dailly et Goussé, 2011; Gray, 2006; Veyssiere *et al.*, 2010). Aussi, l'apparition de comorbidités liées à la santé mentale peut engendrer davantage de difficultés à cette période (Volkmar *et al.*, 2014). Dans une étude effectuée auprès de 480 adolescents et jeunes adultes ayant un TSA, 45% rapportaient des taux élevés d'anxiété et 27,9% de dépression. De plus, un tiers des participants croyaient avoir un problème de santé mentale non diagnostiqué (Stoddart *et al.*, 2013). D'ailleurs, la revue de littérature de Lüddeckens (2021) souligne que les adolescents doivent également faire face à plusieurs changements sur le plan

des exigences de l'école et de la société qui vont en augmentant, ainsi qu'à des attentes accrues sur le plan des compétences et des interactions sociales. Considérant toutes ces données, la participation des parents dans le développement de leur jeune présentant un TSA est mise à rude épreuve puisque malgré le fait que cette implication soit reconnue pour lui être bénéfique (Makrygianni et Reed, 2010), elle peut générer beaucoup de stress et d'épuisement chez les parents (Lounds *et al.*, 2007; Seltzer *et al.*, 2010).

Adolescent ayant un trouble du spectre de l'autisme à l'école secondaire. Les enseignants qui travaillent en classe ordinaire ou spécialisée rapportent le manque d'autonomie des élèves ayant un TSA, lesquels nécessitent davantage de soutien et d'encadrement (Cappe *et al.*, 2016). Leur résistance au changement et le fait qu'ils adoptent des comportements atypiques (questionnement répétitif, gestes bizarres, aversion pour tout contact physique) sont des facteurs qui peuvent altérer leurs apprentissages ainsi que le bon fonctionnement du groupe (Cappe *et al.*, 2016). L'hétérogénéité de ce trouble complexifie la généralisation de l'enseignement et augmente l'importance d'offrir des stratégies d'intervention variées (Cappe et Boujut, 2016). Koegel et ses collaborateurs (2013) suggèrent d'utiliser les intérêts spécifiques des adolescents présentant un TSA lors des activités à l'école afin d'augmenter leur niveau d'engagement et d'améliorer la socialisation de ceux-ci avec les jeunes présentant un développement typique. Par exemple, les chercheurs ont proposé de mettre sur pieds des clubs sur l'heure du dîner. Ces clubs, inspirés des intérêts des jeunes ayant un TSA (jeux vidéo, créations de graphiques, cuisine, sports, films) ont été proposés à tous les élèves de l'école. Ainsi, après quelques semaines, leur étude a montré une augmentation de l'engagement et des initiations sociales des adolescents ayant un TSA envers leurs pairs tout-venant (Koegel *et al.*, 2013).

Comportements adaptatifs. Sparrow et ses collaborateurs (1984; 2005) définissent les comportements adaptatifs comme étant la capacité d'une personne d'être autonome dans toutes les sphères de sa vie, c'est-à-dire sur le plan de la communication, de la socialisation, des activités domestiques et d'hygiène, des loisirs ainsi que des habiletés motrices. Pour Klin et ses collaborateurs (2005), le fonctionnement adaptatif se définit comme étant l'aptitude à transférer ses connaissances et ses capacités en comportements cohérents et usuels, favorisant ainsi l'autonomie dans des contextes naturels. Une étude longitudinale sur 20 ans montre que la réussite des adultes ayant un TSA à être autonome était associée à de fortes compétences sur le plan des comportements adaptatifs (Farley *et al.*, 2009). Ces comportements sont évalués par les gens qui prennent soin de la personne présentant un TSA et illustrent comment celle-ci fonctionne dans la vie de tous les jours (Malhi et Singhi, 2015).

Objectifs

Les objectifs de cette étude sont de préciser le niveau des comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA : 1) à la maison, selon les parents; 2) à l'école, selon les enseignants; et de comparer la différence des scores obtenus des jugements évaluatifs entre les parents et les enseignants.

Méthode

Participants. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste où l'objectif a été de dresser un portrait des troubles d'apprentissage associés au TSA d'adolescents fréquentant l'école secondaire. Un échantillonnage de convenance a été effectué par le biais de contacts professionnels dans les commissions scolaires, ainsi que via le site de la Fédération québécoise de l'autisme. Une fiche de sollicitation a également été transmise dans les écoles secondaires et divulguée sur les réseaux sociaux. Afin de pouvoir participer à l'étude, les adolescents devaient présenter un diagnostic de TSA et être âgés de 12 à 17 ans ($M = 15$). Si un participant se manifestait et qu'il respectait les critères d'inclusion, une rencontre était prévue avec celui-ci et son parent afin de signer le formulaire de consentement et de commencer l'expérimentation. Des jeunes qui ont été retenus, 12 fréquentent une classe spécialisée en école ordinaire et sept sont en classe ordinaire dans une école ordinaire.

Au total, 17 participants ont un diagnostic associé, dont neuf présentent un diagnostic concomitant et sept vivent avec deux à quatre diagnostics différents. Les troubles associés au TSA des élèves de cet échantillon sont les suivants : trouble du déficit de l'attention/hyperactivité ($n = 11$), trouble spécifique des apprentissages ($n = 5$), trouble développemental de la coordination ($n = 3$), trouble de la communication ($n = 1$), trouble du développement intellectuel ($n = 1$), trouble anxieux ($n = 3$), trouble de Gilles de la Tourette ($n = 1$), autres troubles non répertoriés dans la cinquième version du DSM-5 ($n = 2$). Plusieurs jeunes ($n = 15$) suivent un traitement pharmacologique. Les parents (18 mères, 1 père) et les 19 enseignants (17 femmes, 2 hommes) respectifs de ces 19 adolescents (18 garçons; 1 fille) présentant un TSA ont pris part à l'expérimentation en répondant aux différents questionnaires. Tous les adolescents sélectionnés pour l'étude demeurent à temps plein avec le parent qui a rempli les questionnaires.

Instruments

Fiche signalétique. Les renseignements sociodémographiques ont été recueillis grâce à une fiche signalétique remplie par le parent. Des informations de base ont été consignées comme le sexe du parent répondant, la langue maternelle de l'adolescent et le type de classe qu'il fréquente (ordinaire, spécialisée). De plus, des informations plus spécifiques sur le diagnostic de l'adolescent figurent sur cette fiche telles que l'âge auquel il a été émis et les diagnostics médicaux ou

psychologiques associés. Pour sa part, l'enseignant a également rempli une fiche signalétique avec des informations plus précises sur le rendement scolaire du participant.

Système d'évaluation du comportement adaptatif - deuxième édition. Le système d'évaluation du comportement adaptatif - deuxième édition (ABAS-II) pour les 5 à 21 ans est un questionnaire mesurant les comportements adaptatifs de la personne sur une échelle de type Likert à quatre niveaux. Le répondant doit sélectionner un score pour chaque item : 0 = *Est incapable*, 1 = *Jamais ou presque jamais lorsque nécessaire*, 2 = *Parfois lorsque nécessaire*, 3 = *Toujours ou presque toujours lorsque nécessaire*. Une version comportant 232 items s'adresse aux parents et mesure les comportements adaptatifs en milieu familial. La version qui s'adresse aux enseignants comporte 193 items et mesure les comportements adaptatifs de la personne en milieu scolaire. Le score global du comportement adaptatif, le General Adaptive Composite (GAC) est obtenu grâce à trois domaines généraux et à leurs domaines de compétence : 1) le domaine général Conceptuel englobe la Communication; les Acquis scolaires et la Responsabilité individuelle; 2) le domaine général Social inclut les Loisirs et les Aptitudes sociales et 3) le domaine général Pratique réunit les Ressources communautaires; la Vie domestique/Vie à l'école; la Santé et la sécurité; l'Autonomie et le Travail. Le domaine de compétence du Travail n'a pas été évalué dans le cadre de cette étude puisque les adolescents n'avaient pas tous l'âge requis pour être sur le marché du travail. Les qualités psychométriques de l'outil sont excellentes en ce qui concerne la consistance interne où les scores se trouvent entre 0,97 à 0,99. La valeur test-retest est de 0,90 sur le score global et de 0,70 à 0,90 pour les domaines de compétence. La fiabilité inter-juges se situe entre 0,82 et 0,91. La validité de convergence présente des corrélations allant de 0,70 à 0,84 avec l'échelle de comportements adaptatifs de Vineland (Oakland et Harrison, 2011). De plus, l'outil a été sélectionné puisqu'il est la version francophone validée la plus récente (CRDIQ, 2014). Selon l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), l'ABAS-II est également l'outil le plus pertinent puisqu'il évalue de manière plus complète les différentes composantes (conceptuelle, sociale et pratique) d'après les définitions qu'ils proposent de ces dernières (AAIDD, 2010).

Procédure

Collecte de données. Lors de la première rencontre, le parent devait apporter le rapport d'évaluation diagnostique de son enfant et une copie de son bulletin afin de préciser son rendement scolaire. Aussi, la fiche signalétique et les formulaires de consentement ont été remplis. Lors de cette première séance, l'ABAS-II a été expliqué et rempli par le parent. De concert avec cette procédure, la recherche a été expliquée à l'enseignant de chaque jeune. Lorsque celui-ci acceptait de collaborer à l'étude, la chercheuse

principale lui faisait parvenir, par la poste, le formulaire de consentement, une fiche explicative, le questionnaire (ABAS-II) et la fiche signalétique avec une enveloppe de retour.

Analyse des résultats. Les scores bruts ont été comptabilisés et comparés aux normes appropriées pour ensuite être convertis en scores pondérés afin d'obtenir le niveau de comportement adaptatif pour chaque participant. Par la suite, le postulat de normalité a été vérifié et la présence de données aberrantes a été inspectée. Des tests-t pour échantillons appariés appliqués aux mesures effectuées sur le même adolescent ont permis de vérifier dans quelle mesure les jugements évaluatifs des parents diffèrent de ceux des enseignants. Au total, 13 variables de l'ABAS-II ont été comparées, soit le GAC, les trois domaines généraux du comportement adaptatif ainsi que les neuf domaines de compétences. Finalement, le *d* de Cohen a été calculé afin de s'assurer que les différences de moyenne soient significatives sur le plan clinique.

Résultats

Description des niveaux de comportements adaptatifs des participants. L'interprétation statistique des scores moyens des jugements évaluatifs des comportements adaptatifs pour les différents domaines de compétences de l'ABAS-II octroyés par les parents, situe les adolescents au niveau extrêmement faible (2^e rang centile) et à la moyenne faible (9^e rang centile) de la courbe normale. Pour ces mêmes domaines, les scores obtenus par les enseignants situent les adolescents dans la moyenne faible (9^e rang centile) et dans la moyenne (25^e rang centile) de la courbe normale. Pour les trois domaines généraux, les parents jugent les adolescents comme ayant des comportements adaptatifs au niveau limite (5^e rang centile) de la courbe normale, tandis que les résultats des enseignants placent les adolescents dans la moyenne faible (11^e rang centile) pour le domaine Social et dans la moyenne (25^e rang centile) pour les domaines généraux Conceptuel et Pratique. Finalement, le score global moyen du comportement adaptatif octroyé par les parents se situe au niveau extrêmement faible de la courbe normale (2^e rang centile), tandis que les enseignants jugent le score global comme étant dans la moyenne faible (17^e rang centile).

Comparaison des résultats. Des comparaisons de moyennes des différentes échelles de l'ABAS-II ont été effectuées à l'aide de tests-t pour échantillons appariés (voir Tableau 1). Ces comparaisons ont été faites entre les jugements évaluatifs obtenus des parents et des enseignants sur les comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA. Les analyses de normalité révèlent des indices d'asymétrie et d'aplatissement qui suggèrent une distribution normale de données (Skewness ou Kurtosis entre -1 et 1).

L'analyse du GAC a révélé un jugement évaluatif significativement supérieur de 15,00 ($p = ,004$, $d = 0,75$)

des enseignants par rapport à celui des parents. De même, les domaines généraux Conceptuel et Pratique ont obtenu des différences significatives. Toutefois, le domaine Social est non significatif avec une différence de 7,84 ($p = ,081$, $d = 0,42$). Pour le domaine Pratique, les enseignants ont octroyé des scores moyens significativement supérieurs de 17,11 ($p < ,000$, $d = 1,06$) de ceux des parents. L'analyse du domaine Conceptuel a également montré une différence significative de 11,58 ($p < ,027$, $d = 0,55$) entre le jugement évaluatif supérieur des enseignants et celui plus faible des parents. Finalement, les analyses ont révélé des différences significatives du jugement évaluatif dans six domaines de compétences sur les neuf évalués. Les résultats montrent que l'enseignant est plus susceptible de juger positivement l'adolescent que le parent avec une différence de 3,16 ($p = ,001$, $d = 0,9$) pour le domaine de l'Autonomie. Pour le domaine Acquis scolaire, le jugement évaluatif des enseignants est significativement plus élevé que celui des parents de 2,74 ($p = ,003$, $d = 0,8$). Il en est de même pour le domaine Santé et sécurité dont l'analyse a révélé un jugement évaluatif significativement supérieur de 1,74 ($p = ,018$, $d = 0,59$) des enseignants par rapport aux parents. Pour le domaine de la Vie à l'école, l'enseignant a attribué un jugement évaluatif moyen, soit supérieur à celui accordé par les parents pour le domaine de la Vie domestique, ce qui résulte en une différence significative de 2,85 ($p = ,026$, $d = 0,56$). L'enseignant a également jugé l'adolescent plus fortement que le parent pour le domaine des Ressources communautaires avec une différence de

1,68 ($p = ,036$, $d = 0,52$). Finalement, l'analyse du domaine des Aptitudes sociales a révélé un jugement évaluatif significativement supérieur de 2,10 ($p = ,048$, $d = 0,49$) des enseignants par rapport à celui des parents. Le domaine général Social ainsi que les domaines Loisirs, Communication et Responsabilité individuelle n'ont pas obtenu de différences significatives entre les moyennes de jugements évaluatifs des enseignants et celles des parents. Toutefois, pour toutes les échelles, les enseignants jugent plus favorablement les comportements adaptatifs des adolescents que le font les parents.

Discussion

Le premier objectif de cette étude était de décrire les comportements adaptatifs des adolescents présentant un TSA à l'aide du questionnaire ABAS-II. Dans un second temps, il visait à comparer le jugement évaluatif des comportements adaptatifs fait par les parents avec celui fait par les enseignants pour le même adolescent ayant un TSA.

Cette étude a permis de documenter la perception d'informateurs variés sur le plan des comportements adaptatifs d'adolescents ayant un TSA, ce qui permet d'illustrer un fonctionnement différent selon les contextes. Les résultats suggèrent que le jugement évaluatif fait par les parents des comportements adaptatifs en contexte familial diffère significativement de celui des enseignants en contexte scolaire. Plus précisément, les parents situent

Tableau 1

Jugements évaluatifs des comportements adaptatifs d'adolescents ayant un TSA par les parents et les enseignants

Domaine	Parents				Enseignants				$t(18)$	p	d
	M	ÉT	Min	Max	M	ÉT	Min	Max			
GAC	71,37	3,08	49	90	86,37	4,52	51	117	-3,28	,004	0,75
Pratique	73,05	3,51	30	93	90,16	3,91	57	119	-4,63	,000	1,06
Conceptuel	78,89	2,89	51	93	90,47	4,41	61	116	-2,41	,027	0,55
Social	74,21	3,11	40	93	82,05	3,51	58	109	-1,85	,081	0,42
Autonomie	4,47	2,41	1	10	7,63	3,34	1	11	-3,93	,001	0,90
Acquis scolaire	5,58	2,46	2	10	8,32	3,45	2	12	-3,48	,003	0,80
Santé et sécurité	6,84	2,61	1	10	8,58	3,15	2	11	-2,59	,018	0,59
Vie domestique	4,47	3,13	1	10	7,32	4,00	2	12	-2,43	,026	0,56
Ressources communautaires	6,58	3,08	1	12	8,26	3,41	1	11	-2,27	,036	0,52
Aptitudes sociales	4,32	3,28	1	10	6,42	3,79	1	11	-2,12	,048	0,49
Loisirs	5,16	2,39	1	8	6,32	2,83	2	12	-1,47	,159	0,34
Communication	5,95	3,03	1	11	6,68	3,73	1	11	-0,65	,521	0,15
Responsabilité individuelle	6,74	3,03	1	13	7,21	3,79	1	11	-0,52	,610	0,12

les adolescents au niveau extrêmement faible de la courbe normale, tandis que les enseignants situent ce même échantillon dans la moyenne faible. Conséquemment, cette étude montre que les parents rapportent des difficultés adaptatives plus importantes que les enseignants pour le même adolescent. Ces résultats rejoignent ceux d'études antérieures s'étant intéressées aux comportements adaptatifs des enfants ayant un TSA qui révèlent que le jugement évaluatif des enseignants est significativement supérieur à celui des parents (Jordan *et al.*, 2019; McDonald *et al.*, 2016).

Ces résultats portent à croire que les adolescents pourraient être plus susceptibles d'adopter des comportements démontrant leur capacité à s'accommoder à leur environnement dans leur milieu de vie scolaire. Par exemple, en lien avec les domaines Autonomie et Santé et sécurité, ils effectueraient davantage de tâches par eux-mêmes et collaboreraient plus facilement et constamment aux règles de sécurité en présence des enseignants qu'à la maison. Ces divergences pourraient s'expliquer par le milieu plus encadrant des écoles. En effet, pour les élèves ayant un TSA, les comportements adaptatifs d'autonomie sont plus susceptibles d'être observés dans un environnement structuré (Schreibman *et al.*, 2015).

De plus, les troubles associés au TSA pourraient accaparer plus fortement l'attention des parents dans leur contexte familial. Selon l'APA (2015), 70% des personnes ont au moins un trouble psychologique concomitant au TSA. Seltzer et ses collaborateurs (2004) mentionnent que les troubles mentaux qui apparaissent à l'adolescence peuvent significativement interférer avec la capacité à adopter des comportements adaptatifs. De ce fait, la perception des parents peut être influencée par les difficultés psychologiques qui se manifestent à la maison. Conséquemment, il est possible de croire que les parents sont plus susceptibles de mettre de l'énergie sur le suivi psychologique de leur adolescent.

Les variables pouvant mener aux différences dans l'expression des comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA en contexte familial et en contexte scolaire ne semblent pas être étudiées dans la littérature scientifique. Il serait alors pertinent d'augmenter les connaissances sur ce sujet, d'autant plus que les personnes ayant un TSA sont reconnues pour avoir de la difficulté à généraliser leurs apprentissages (Stratis et Lecavalier, 2015). Selon Poirier *et al.* (2017), certains milieux scolaires utilisent des stratégies éducatives basées sur des données probantes (ex.: structure de l'environnement, enseignement individualisé, analyse appliquée du comportement). Or, il serait intéressant de s'inspirer de ce type d'intervention à la maison pour favoriser l'expression des comportements adaptatifs. Comme le secondaire permet un passage vers le milieu de l'emploi et vers la vie active, les efforts supplémentaires des parents et des intervenants de l'équipe-école, à cette étape du développement des adolescents, pourraient contribuer à favoriser une meilleure transition à la vie adulte.

Limites. Une des limites de cette étude est que les questionnaires ont été remplis de façon individuelle par le parent et l'enseignant. Il serait intéressant que les deux parents remplissent ensemble les questionnaires et que l'enseignant consulte l'équipe-école afin d'avoir des jugements évaluatifs qui pourraient être plus représentatifs de l'adolescent. Chaque informateur juge les comportements en fonction des comparables qu'il connaît. Le parent peut comparer les comportements de son enfant à ceux de la fratrie, tandis que l'enseignant peut se référer aux élèves de sa classe (Roskam *et al.*, 2010), ce qui peut mener, dans les deux cas, à un biais dans leurs réponses. Ainsi, remplir le questionnaire par entrevue pourrait permettre d'obtenir des réponses plus précises. De plus, les biais d'erreurs de réponse (omission, mauvaise interprétation) pourraient être limités et corrigés immédiatement avec le participant (Lopata *et al.*, 2012). Également, le jugement évaluatif fait par d'autres observateurs qui gravitent auprès du jeune, ou par le jeune lui-même, pourrait contribuer à mieux cibler les endroits, les interventions et les contextes qui favorisent l'expression des comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA. La représentativité de l'échantillon devrait aussi être augmentée en ayant un plus grand nombre de participants. Il est important d'être prudent avec l'interprétation et la généralisation des résultats dû à l'échantillon exigü et à l'hétérogénéité des profils des participants. La présence de nombreux troubles associés rend difficile l'association entre le niveau des comportements adaptatifs et le TSA. Il est possible que le développement des comportements adaptatifs soit affecté par le nombre de troubles associés de chaque participant.

Conclusion

Les professionnels qui réalisent les évaluations cliniques doivent tenir compte des divergences entre les informateurs puisqu'elles peuvent remettre en question la prévalence des difficultés associées chez les jeunes présentant un TSA et qu'elles peuvent mener à des choix d'intervention inexacts (De Los Reyes et Kazdin, 2004). Pour les recherches futures, il serait pertinent de comparer le jugement évaluatif des comportements adaptatifs, pour le même âge développemental, des adolescents ayant un TSA en classe ordinaire par rapport à ceux qui sont en classe spécialisée en école ordinaire. Les résultats obtenus pourraient permettre de donner de l'information supplémentaire sur le type de milieu qui favorise davantage les comportements adaptatifs. Cette étude a permis de comprendre la différence de perception sur les comportements adaptatifs des adolescents ayant un TSA. Ces élèves semblent avoir un meilleur fonctionnement dans le contexte scolaire que dans le contexte familial. Considérant cette divergence, les professionnels doivent cibler les interventions en fonction du contexte, puisque les comportements des jeunes peuvent varier selon les milieux. Plus spécifiquement, les parents perçoivent des difficultés plus marquées sur l'échelle pratique, tandis que les enseignants rapportent de plus grands défis pour

l'échelle sociale. Un soutien de ces deux domaines dans leurs contextes respectifs devrait alors être offert aux jeunes afin d'optimiser la manifestation de ces comportements.

Abstract

Assessing Adaptive Behavior adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD) allow to identify strengths and weaknesses as well as propose appropriate interventions. According to several authors, this appreciation should be done by various informants in order to obtain a complete psychological assessment. Many studies report differences in ratings between observers which provide relevant information regarding the adolescent's level of functioning in different environments. This article describes the adaptive behaviors of adolescents with ASD as well as compares the profile described by parents to those of teachers. In order to do so, 19 mothers and 19 teachers of 19 adolescents with ASD completed the Adaptive Behavior Assessment System Second Edition (ABAS-II). The results suggest that parents report greater adaptive difficulties when compared to teachers ($p < 0.05$). These results outline the importance to explore the variables that may influence the adolescent with ASD's adaptive behaviors in different environments as well as to encourage parents to foster these behaviors at home.

Keywords: Adolescents; autism spectrum disorder; adaptive behavior; parents; teachers

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 Association on Intellectual Developmental Disabilities. Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2010). *Intellectual disability : définition, classification, and systems of supports* (11th ed. éd.). Washington, DC : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Aubineau, M. (2018). Recommandations concernant le vécu de l'inclusion scolaire au secondaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme (hal-02075426). France : HAL Archives-ouvertes.
- Cappe, É. et Boujut, É. (2016). L'approche écosystémique pour une meilleure compréhension des défis de l'inclusion scolaire des élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant*, 143, 391-401.
- Cappe, É., Smock, N. et Boujut, É. (2016). Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(1), 73-91.
- Claes, M. et Lannegrand-Willems, L. (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- CRDIQ. (2014). *Avis professionnel : Évaluation du trouble du spectre de l'autisme, du retard global de développement et de la déficience intellectuelle*. Récupéré de https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/avis_professionnel_evaluation_crdiq_2014-10-02.pdf
- Crone, E. A. et Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650.
- Dailly, F. et Goussé, V. (2011). Adolescence et parentalité dans les troubles du spectre autistique: comment font face les parents? *Pratiques psychologiques*, 17(4), 329-340.
- 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 and Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9. doi: 10.1080/15374416.2011.533405
- De Los Reyes, A. et Kazdin, A. E. (2004). Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychological Assessment*, 16(3), 330-334.
- De Los Reyes, A. et Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Delagrave, M. et Viau, J. (2005). *Ados: mode d'emploi* Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- des Rivières-Pigeon, C. et Courcy, I. (2014). *Autisme et TSA: quelles réalités pour les parents au Québec? Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec*. PUQ.
- Des Rivières-Pigeon, C. et Poirier, N. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme : état des connaissances*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dickson, K. S., Suhrheinrich, J., Rieth, S. R. et Stahmer, A. C. (2018). Parent and teacher concordance of child outcomes for youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1423-1435.
- Dirks, M. A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M., Cella, D. et Wakschlag, L. S. (2012). Embracing not erasing contextual variability in children's behavior: Theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(5), 558.
- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les cahiers dynamiques*, (1), 40-46.
- Farley, M. A., McMahon, W. M., Fombonne, E., Jenson, W. R., Miller, J., Gardner, M., Coon, H. (2009).

- Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 2(2), 109-118. doi: 10.1002/aur.69
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00933.x
- Jordan, A. K., Thomeer, M. L., Lopata, C., Donnelly, J. P., Rodgers, J. D. et McDonald, C. A. (2019). Informant Discrepancies in the Assessment of Adaptive Behavior of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 2024-2034. doi: 10.1007/s10803-018-03876-z
- Kanne, S. M., Gerber, A. J., Quirnbach, L. M., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. et Saulnier, C. A. (2011). The Role of Adaptive Behavior in Autism Spectrum Disorders: Implications for Functional Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1007-1018.
- Klin, A., Saulnier, C., Tsatsanis, K. et Volkmar, F. (2005). Clinical evaluation in autism spectrum disorders: psychological assessment within a transdisciplinary framework. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2, 772-798.
- Koegel, R., Kim, S., Koegel, L. et Schwartzman, B. (2013). Improving socialization for high school students with ASD by using their preferred interests. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2121-2134.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T. et Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- Lopata, C., Fox, J. D., Thomeer, M. L., Smith, R. A., Volker, M. A., Kessel, C. M., . . . Lee, G. K. (2012). ABAS-II ratings and correlates of adaptive behavior in children with HFASDs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(4), 391-402.
- Lounds, J., Seltzer, M., Greenberg, J. et Shattuck, P. (2007). Transition and change in adolescents and young adults with autism: longitudinal effects on maternal well-being. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 112(6), 401-417.
- Lüddeckens, J. (2021). Approaches to Inclusion and Social Participation in School for Adolescents with Autism Spectrum Conditions (ASC)—a Systematic Research Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(1), 37-50. doi: 10.1007/s40489-020-00209-8
- Makrygianni, M. K. et Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with Autistic Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 577-593. doi: 10.1016/j.rasd.2010.01.014
- Malhi, P. et Singhi, P. (2015). Adaptive behavior functioning in children with autism. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(8), 677-681.
- Matthews, N. L., Smith, C. J., Pollard, E., Ober-Reynolds, S., Kirwan, J. et Malligo, A. (2015). Adaptive Functioning in Autism Spectrum Disorder During the Transition to Adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2349-2360.
- Mayer, S. D. et Lockridge, R. (2018). Brief Report: How Accurate is Teacher Report of Autism Symptoms Compared to Parent Report? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1833-1840. doi: 10.1007/s10803-017-3325-8
- McDonald, C. A., Lopata, C., Donnelly, J. P., Thomeer, M. L., Rodgers, J. D. et Jordan, A. K. (2016). Informant discrepancies in externalizing and internalizing symptoms and adaptive skills of high-functioning children with autism spectrum disorder. *School psychology quarterly: the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 31(4), 467-477. doi: 10.1037/spq0000150
- Poirier, N., Abouzeid, N., Taieb-Lachance, C. et Smith, E.-L. (2017). Le programme de formation et les stratégies éducatives déclarées offerts aux adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme qui fréquentent une classe spécialisée. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 40(4), 457-485.
- Roskam, I., Stievenart, M., Meunier, J. C., Van de Moortele, G., Kinoo, P. et Nassogne, M. C. (2010). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalisé du jeune enfant ? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques psychologiques*, 16(4), 389-401.
- Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., . . . Bruinsma, Y. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Hong, J., Smith, L. E., Almeida, D. M., Coe, C. et Stawski, R. S. (2010). Maternal cortisol levels and behavior problems in adolescents and adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(4), 457-469. doi: 10.1007/s10803-009-0887-0
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L. et Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234-247. doi: 10.1002/mrdd.20038
- Smith, L. E. et Anderson, K. A. (2014). The Roles and Needs of Families of Adolescents with ASD. *Remedial and Special Education*, 35(2), 114-122.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A. et Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland adaptive behavior scales: interview edition*

- expanded form*. Circle Pines, Minn.: American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. et Balla, D. A. (2006). *Vineland adaptive behavior scales: teacher rating form* (2nd ed. éd.). [Minneapolis]: Pearson.
- Stoddart, K., Burke, L., Muskat, B., Manett, J., Duhaime, S., Accardi, C., Bradley, E. (2013). Diversity in Ontario's youth and adults with autism spectrum disorders: complex needs in unprepared systems. *Toronto (ON): The Redpath Centre*.
- Stratis, E. A. et Lecavalier, L. (2015). Informant Agreement for Youth with Autism Spectrum Disorder or Intellectual Disability: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1026-1041.
- Tomaszewski, B., Smith DaWalt, L. et Odom, S. L. (2019). Growth mixture models of adaptive behavior in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism : the International Journal of Research and Practice*, 23(6), 1472-1484. doi: 10.1177/1362361318815645
- Veyssiere, A., Bernadoy, C., Dagot, L. et Gousse, V. (2010). Étude qualitative de l'évolution des stratégies de faire face chez les parents d'adolescents atteints de troubles autistiques. *Pratiques psychologiques*, 16(3), 239-248.
- Volkmar, F. R., Reichow, B. et McPartland, J. C. (2014). *Adolescents and adults with autism spectrum disorders*. New York: Springer.
- Williams, C., Prud'Homme, M.-H. l. n. et Wright, B. (2010). *Vivre avec le trouble du spectre de l'autisme : stratégies pour les parents et les professionnels*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Yailian, A. (2018). Développement de la communication sociale chez l'enfant : troubles du spectre de l'autisme. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 11(3), 150-152. doi: 10.1016/j.rfo.2018.08.002

LA PSYCHOTHÉRAPIE PAR VISIOCONFÉRENCE POUR L'INSOMNIE CHEZ LES FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE: UN PROTOCOLE EXPÉRIMENTAL À CAS UNIQUE À MESURES RÉPÉTÉES

Michelle Lonergan¹, Marie-France Lafontaine^{1,2}, Dominique Gosselin¹, Eva Guérin²,
Julie Gosselin³, Mélanie Joanisse², Paul Greenman^{2,3}, Marie-Hélène Chomienne²
et Jean Grenier²

¹ École de psychologie, Université d'Ottawa, ²Institut du savoir Montfort, Ottawa,

³Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Compte tenu d'un différentiel d'accès à des services en défaveur des communautés francophones en situation minoritaire, de nouvelles modalités d'intervention sont nécessaires telles que la psychothérapie par visioconférence. La thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie chronique (TCC-I) s'avère être une approche efficace fondée sur des données probantes. Un protocole expérimental à cas unique à mesures répétées a permis l'examen de l'efficacité et l'acceptabilité d'environ six (6) séances de TCC-I offerte par visioconférence, ainsi que la qualité de la relation thérapeutique, chez six (6) femmes et un (1) homme francophones en situation minoritaire qui ont complété des mesures auto-rapportées. Des améliorations cliniquement et statistiquement significatives ont été trouvées quant à la latence d'endormissement, la quantité de temps passé éveillé la nuit, l'efficacité du sommeil et la sévérité de l'insomnie. Les participants se sont montrés satisfaits avec la visioconférence et l'alliance thérapeutique. La TCC-I offerte par visioconférence est une approche prometteuse pour le traitement de l'insomnie chronique auprès d'une population largement mal desservie.

See end of text for English abstract

Mots-clés : insomnie chronique, thérapie cognitive-comportementale, visioconférence, alliance thérapeutique, francophones en situation minoritaire

Correspondance : Jean Grenier, Institut du savoir Montfort - Hôpital Montfort, 713 Montreal Road, Ottawa (ON) K1K 0T2, Tel : (613) 746-4621 ext. 6005; courriel : jeangrenier@montfort.on.ca

Les auteurs ne rapportent aucun conflit d'intérêt. Ce projet a été financé par les Instituts de recherche du Canada (FRN #118728).

Le diagnostic d'insomnie chronique (Classification internationale des troubles du sommeil, 3^e édition; AASM, 2014) se caractérise entre autres, par : (a) des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un réveil matinal prématuré, (b) la présence d'au moins un symptôme parmi fatigue/malaise, difficultés de concentration /mémoire/attention, baisse de fonctionnement dans les sphères majeures de la vie, irritabilité, somnolence diurne, diminution d'énergie, préoccupations ou insatisfaction avec le sommeil, (c) les difficultés de sommeil surviennent en dépit de circonstances adéquates pour dormir (d) les difficultés de sommeil sont présentes au moins trois (3) fois par semaine, (e) les difficultés persistent pendant au moins trois (3) mois, et (f) les difficultés ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble (p.ex., sommeil, médical, mental). L'insomnie chronique représente un des motifs les plus communs de consultation en soins primaires (Morin, 1993; Morin *et al.*, 2011a). Près de 40% de la population canadienne rapporte de l'insomnie occasionnelle et 10 à 13% souffre d'insomnie chronique (Morin *et al.*, 2006; Morin *et al.*, 2011a), et selon un rapport récent, la prévalence des symptômes d'insomnie augmente depuis les dernières années (Chaput, Yau, Rao et Morin, 2018). L'insomnie chronique génère des coûts personnels et sociétaux importants, entraînant notamment des impacts négatifs sur la qualité de vie, une hausse de l'absentéisme, une baisse de la productivité, des accidents au travail, l'apparition des problèmes de santé physique et psychologique et l'utilisation accrue des services de soins de santé (Daley *et al.*, 2009; Léger & Bayon, 2010; Mendelson, 2008).

Parmi les approches non-pharmacologiques visant à traiter cette problématique, la thérapie cognitive-comportementale pour l'insomnie (TCC-I)

traditionnellement offerte en face-à-face est sans équivoque le traitement de choix. Cette approche, génère des changements positifs et significatifs quant à divers paramètres du sommeil, tels que la latence d'endormissement et la qualité du sommeil (Irwin, Cole et Nicassio, 2006; Morin *et al.*, 2006). En effet, considérant son efficacité fondée sur des données probantes en comparaison à d'autres traitements (p.ex., la thérapie comportementale multi-composante pour l'insomnie, la thérapie du contrôle des stimuli), l'*American College of Physicians* recommande la TCC-I comme intervention de première ligne (Qaseem *et al.* 2016). De plus, la TCC-I s'avère appréciée par les usagers et génère des effets bénéfiques qui se maintiennent à plus long terme, comparativement aux médicaments prescrits pour l'insomnie (Mitchell, Gehrman, Peril et Umscheid, 2012; Vincent & Lionberg, 2001). Malgré son efficacité et sa reconnaissance comme traitement de première ligne, la TCC-I, au même titre que d'autres traitements psychologiques et médicaux, demeurent moins accessibles pour certains francophones vivant en situation minoritaire qui veulent des services dans leur langue maternelle (Bouchard, Colman et Batista, 2018).

Au Canada, les communautés francophones vivant en situation minoritaire sont évaluées à près d'un million de personnes (4,4 % de la population canadienne) et une des plus fortes concentrations se retrouve en Ontario (510 240 personnes; Corbeil et Lafrenière, 2010). Ces communautés sont le plus souvent concentrées dans des régions rurales où l'économie est parfois instable, avec moins de services de soins de santé, rendant ainsi plus difficile la présence et l'accès aux ressources en soins de santé mentale. Bien que le nombre de francophones qui consultent des professionnels pour des problèmes de santé mentale est aussi élevé que celui des anglophones et allophones qui consultent pour ces mêmes problèmes, il est souvent difficile, sinon impossible, pour les francophones d'accéder à des services de santé mentale en français (Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois, 2009; Bouchard *et al.*, 2018). Lorsqu'il s'agit des soins de santé, la langue constitue une des dimensions pouvant expliquer les disparités observées entre l'état de santé de la population majoritaire et celui de la population en situation de minorité. Cet état des faits a été documenté par Bowen (2015) dans un rapport où les effets négatifs des barrières linguistiques sur l'accès aux services de santé, la qualité des soins, les droits des patients, l'efficacité de la communication patient-médecin et sur la santé elle-même, ont été détaillés.

Ces observations soutiennent l'hypothèse selon laquelle les barrières linguistiques représentent un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé, incluant la TCC-I. Le gouvernement canadien, en créant la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, a reconnu l'ampleur de ce problème. Parmi les recommandations émises, il est proposé que les Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées servent à

soutenir l'expansion des approches de télésanté (Romanow, 2002). Ainsi, pour pallier les difficultés d'accès aux services de santé mentale en français, la psychothérapie par visioconférence pourrait représenter une option stratégique pertinente.

LA TCC OFFERTE PAR VISIOCONFÉRENCE

Parmi les options technologiques disponibles aux fins d'évaluation et d'interventions psychologiques à distance, la visioconférence apparaît comme étant un médium approprié et prometteur (Krupinski *et al.*, 2002; VandenBos et Williams, 2000; Wootton, Craig et Patterson, 2006). Même qu'en raison de la pandémie actuelle du coronavirus, cette modalité a connu un essor important au point que les ordres et associations professionnels ont offert des lignes directrices pour soutenir les psychologues et psychothérapeutes pour ce type de pratique (p.ex., Société canadienne de psychologie, 2020). La visioconférence consiste en un procédé technologique synchrone et multisensoriel qui permet à deux individus, postés en des endroits différents et munis d'un moniteur, d'interagir simultanément (Norris, 2002). Cette modalité s'avère donc interactive dans la mesure où deux parties géographiquement éloignées ont la possibilité de se voir, de s'entendre et de se parler de façon concomitante, en temps réel. Dans le cadre de consultations psychologiques où les communications verbales et non verbales prédominent, le recours à la visioconférence est à privilégier (Kennedy et Yellowlees, 2000; Krupinski *et al.*, 2002). Comparativement aux autres options technologiques telles que le téléphone ou les modules éducationnels accessibles sur l'internet, la visioconférence a l'avantage d'être un véhicule de communication qui se rapproche le plus d'une consultation traditionnelle en face-à-face (Riemer-Reiss, 2000).

L'efficacité de la TCC livrée par visioconférence a été examinée auprès de diverses psychopathologies et les résultats suggèrent que les clients obtiennent des bénéfices thérapeutiques similaires à ceux qui reçoivent la TCC en face-à-face (p. ex., Bouchard *et al.*, 2004; Germain, Marchand, Bouchard, Guay et Drouin, 2010; Matsumoto *et al.*, 2018; Vogel *et al.*, 2012). Concernant l'insomnie, des données présentées récemment dans un congrès sur le sommeil ont aussi appuyé l'efficacité de la TCC-I offerte en individuel, que ce soit en présentiel ou par visioconférence (Arnedt *et al.*, 2019; Conroy *et al.*, 2019; Stenstrom *et al.*, 2019), et ce, tant au chapitre de l'alliance thérapeutique que des résultats cliniques de sommeil et de détresse psychologique. Des résultats similaires ont été obtenus dans des études portant sur la TCC-I administrée par visioconférence en groupe (Gehrman, Shah, Miles, Kuna et Godleski, 2016; Holmqvist, Vincent et Walsh, 2014), ainsi qu'en individuel pour l'insomnie comorbide à la dépression majeure (Lichstein *et al.*, 2013; Scogin *et al.*, 2018) et au cancer (McCarthy, Matthews, Battaglia et Meek, 2018; Zhou, Vrooman, Manley, Crabtree et Recklitis, 2017). Cependant, ces études ont des limites qui doivent être considérées lors de l'interprétation des

résultats sur l'efficacité de la TCC-I offerte par visioconférence, telles que la comparaison de groupes n'ayant pas reçu la même modalité de traitement (thérapie auto-administrée via le web versus thérapie de groupe guidée par des psychothérapeutes en visioconférence; Holmqvist *et al.*, 2014), des plans analytiques limités dans les études quasi-expérimentales (p. ex., Lichstein *et al.*, 2013) et l'omission de variables pertinentes (p. ex., le sentiment de présence en séance de visioconférence).

Le suivi en continu des effets de la TCC-I offerte par visioconférence sur une grande diversité de variables évaluant la qualité perçue du sommeil, l'alliance thérapeutique et la satisfaction avec la modalité, demeure donc une priorité de recherche. Ce type de recherche s'avère essentiel dans la mesure où l'amplitude et l'impact des interventions en TCC-I peuvent être accrus en ciblant les composantes pertinentes à l'individu. Qui plus est, aucune étude à ce jour n'a examiné la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la TCC-I offerte par visioconférence en individuel auprès de francophones en situation minoritaire, une population défavorisée quant à l'accès aux services de santé psychologique et trop souvent sous-représentée dans la littérature (Cardinal *et al.*, 2018; Richardson, Frueh, Grugaugh, Egede et Elhai, 2009).

Objectifs et hypothèses

Afin de dresser un portrait de l'évolution du client en traitement et se rapprocher davantage de la réalité du terrain, cette étude s'appuie sur un protocole expérimental à cas unique à mesures répétées. Il est postulé que les participants recevant la TCC-I par visioconférence démontreront, en cours et en fin de traitement, une amélioration statistiquement et cliniquement significative en termes de (1) l'efficacité du sommeil, (2) la latence d'endormissement, et (3) la quantité de temps passé éveillé la nuit. De plus, nous postulons que les participants démontreront en fin de traitement, comparativement au début du traitement, une amélioration cliniquement significative de (4) la sévérité de l'insomnie. Enfin, il est postulé que les participants demeureront satisfaits tout au long du traitement avec le médium en termes de (5) l'alliance thérapeutique, (6) la téléprésence, et (7) l'acceptabilité de la visioconférence.

Méthode

PARTICIPANTS

Les participants potentiels ont été référés par des médecins de famille de deux cliniques médicales situées en Ontario. Les critères d'inclusion étaient : rencontrer les critères pour un diagnostic d'insomnie chronique selon la Classification internationale des troubles du sommeil (AASM, 2014), être âgé de plus de 18 ans et souhaiter recevoir des services en français. Les critères d'exclusion étaient : présence d'un autre trouble du sommeil (p. ex., signes cliniques d'apnée du sommeil, narcolepsie, mouvements périodiques des membres, syndrome des

jambes sans repos), présence d'un problème psychiatrique sévère (p. ex., psychose, délire), présence d'une condition médicale qui serait responsable de l'insomnie ou qui pourrait interférer avec l'insomnie et son traitement (p. ex., condition thyroïdienne, condition neurologique, etc.), abus d'alcool ou de substance, un travail posté, et participation à une psychothérapie pour l'insomnie au moment même de l'étude ou au cours des deux dernières années. L'utilisation d'un médicament de manière stable pour dormir au cours des deux derniers mois était permis et noté. Les participants inclus dans cette étude consistaient en six femmes âgées entre 22 ans et 60 ans et un homme âgé de 33 ans (voir Tableau 1 pour les détails des données sociodémographiques et cliniques pré-traitement).

PROCÉDURES

Recrutement. Les médecins obtenaient la permission de contact de candidats potentiels. Les candidats potentiels étaient contactés par un assistant de recherche pour une brève entrevue téléphonique initiale afin de déterminer leur admissibilité et intérêt. Si éligibles, les participants étaient par la suite rencontrés en face-à-face par un psychologue (ou un candidat au doctorat en psychologie clinique sous la supervision d'un psychologue) pour signer un formulaire de consentement et participer à une entrevue clinique visant une évaluation approfondie.

Entrevue clinique. Deux outils ont été utilisés au cours de cette entrevue clinique : un guide d'*Entrevue diagnostique de l'insomnie* (voir Morin, 1993 pour plus de détails), et le *Mini International Neuropsychiatric Interview* version 5.0 (M.I.N.I.; Sheehan *et al.*, 1998). L'*Entrevue diagnostique de l'insomnie* avait pour but de guider le jugement clinique pour établir un diagnostic d'insomnie chronique, tandis que le M.I.N.I. a été utilisé pour assurer l'absence des critères d'exclusion. Notons que l'intervenant qui faisait l'entrevue clinique n'était pas le même qui offrait le traitement par visioconférence.

Traitement par visioconférence. Selon Morin (1993), l'insomnie chronique est maintenue par des comportements incompatibles avec le sommeil (p.ex., temps excessif réveillé au lit, siestes, se coucher trop tôt avant d'être somnolent), par de l'anxiété de performance face au sommeil (p.ex., appréhension du coucher), et par de fausses croyances/attentes inadaptées face au sommeil (p.ex., «je dois m'endormir en 5 minutes, sinon je ne dormirai pas de la nuit»). Dans le cadre de cette étude, le protocole structuré de la TCC-I développé par Morin (1993) a été utilisé. Ce dernier comprend trois composantes : (1) éducationnelle (informations sur la physiologie du sommeil, les rythmes circadiens, et le modèle conceptuel cognitif-comportemental de l'insomnie chronique), (2) comportementale (techniques de contrôle du stimulus, restriction de sommeil, hygiène du sommeil), et (3) cognitive (identification et mise à l'épreuve de croyances et attitudes inadaptées face au

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de base des participants*

Caractéristique	Participant						
	A	B	C	D	E	F	G
Âge	49	29	60	22	56	33	60
Sexe	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme
État civil	Mariée	Mariée	Mariée	Célibataire	Mariée	Marié	Divorcée
Durée d'insomnie (années)	4	4	8	9	3	Depuis l'enfance	8
Médication(s)	Aucun	Aucun	Clonazepam; Synthroid	Trazodone; Cipralext	Prometrium; Estradiol	Aucun	Imovane
Comorbidité	Anxiété Généralisée Sous-clinique	Aucun	Trouble Panique	de Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
ISI, classification (1- 4)	Modérée (3)	Sévère (4)	Modérée (3)	Sévère (4)	Modérée (3)	Sous-clinique (2)	Modérée (3)
ES, %*	68,31 (68)	55,60 (64)	69,79 (70.50)	83,79 (86)	72,57 (73)	77,21 (81)	80,67 (81)
LE, minutes*	40,38 (45)	85,00 (30)	109,29 (90)	18,21(15)	15,36 (15)	33,93 (20)	32,50 (30)
TEAE, minutes*	168,69 (170)	120,00 (68)	65,36 (66)	55,71 (45)	134,64 (135)	67,86 (45)	67,50 (75)

ISI = Index de Sévérité de l'Insomnie; ES = Efficacité de sommeil; TEAE = temps d'éveil après endormissement; LE = Latence d'endormissement

Note : Données présentées sous forme de moyennes (médianes).

sommeil, restructuration cognitive pour réduire l'anxiété de performance). Le traitement s'est échelonné sur environ six séances hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune (nombre de séances pour participants; A = 9, B et D à G = 6, et C = 7; le nombre exact de séances est demeuré minimalement flexible afin de refléter la réalité du terrain tout en demeurant fidèle aux composantes du traitement). Le traitement a été livré par visioconférence par un psychologue ayant une expertise en TCC-I ou une candidate au doctorat en psychologie supervisée par ce même psychologue.

Pour chaque séance de TCC-I, les thérapeutes étaient localisés dans un hôpital urbain, tandis que les participants étaient localisés soit dans une clinique communautaire ou un hôpital. Tous les centres de services étaient équipés avec de la technologie de visioconférence et faisaient partie du Réseau Télémédecine Ontario, un organisme ontarien qui promouvait l'utilisation de la visioconférence, permettant ainsi l'offre de services à distance en temps réel et qui est sécurisé par l'entremise d'un circuit fermé. L'équipement dans chaque établissement comprenait un écran de télévision, une

caméra vidéo et un système de communication téléphonique avec haut-parleur.

Pour assurer la standardisation du traitement, chaque séance était structurée. Pour assurer la fidélité du traitement, une supervision hebdomadaire était offerte par le chercheur principal à chaque semaine. Une grille spécifique de contenu à couvrir et d'interventions à faire durant chaque séance était utilisée pour s'assurer que tous les éléments étaient couverts à chaque séance. Cette grille a été complétée par le ou la thérapeute à la fin de chaque séance. Un échantillon (10%) de séances enregistrées a été sélectionné aléatoirement et écouté par une candidate au doctorat en psychologie indépendante, qui devait aussi remplir la grille d'adhérence. Les deux grilles ont ensuite été comparées, révélant un accord à 100%; toutes les composantes prévues à chaque séance ont ainsi été abordées. Les comités éthiques d'une université québécoise, d'une université ontarienne, ainsi que d'un hôpital ontarien ont approuvé cette étude.

MESURES D'EFFICACITÉ

Données journalières. L'*Agenda du sommeil* (Morin, 1993) est un instrument d'évaluation subjectif qui permet

de colliger des informations importantes au sujet du sommeil, facilitant l'observation des changements perçus au cours du traitement par visioconférence. Les trois indices suivants ont été retenus puisqu'ils possèdent des seuils normatifs spécifiques directement tirés des critères diagnostiques définissant l'insomnie (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey et Sateia, 2008): l'efficacité du sommeil (ES; temps passé au lit/durée totale du sommeil en minutes X 100), la latence d'endormissement (LE; temps en minutes pour s'endormir après avoir éteint les lumières), et le temps d'éveil après endormissement (TEAE; sommation de la durée de tous les éveils entre l'endormissement et le lever matinal, en minutes). Ces paramètres constituent des données valides et fidèles de l'insomnie (Schutte-Rodin *et al.*, 2008). L'agenda devait être complété tous les matins au lever pendant deux semaines avant de recevoir la première séance, ensuite tout au long du traitement, et enfin pendant les deux semaines suivant la dernière séance.

Données pré-, post- traitement. Composé de sept items, l'*Index de sévérité d'insomnie* (ISI; Morin, 1993) est un questionnaire auto-administré qui permet de mesurer la sévérité de l'insomnie au cours des deux dernières semaines. Le score total est obtenu par la sommation des items (intervalle de 0 à 28); les scores plus élevés indiquent une insomnie plus sévère. Pour fins d'interprétation, ces derniers sont regroupés en quatre catégories de sévérité: 0 - 7 = insomnie non cliniquement significative; 8 - 14 = insomnie sous-clinique; 15 - 21 = insomnie clinique modérée; 22 - 28 = insomnie clinique sévère (Bastien, Vallières et Morin, 2001). La version française de l'ISI possède des qualités psychométriques équivalentes à celles de la version originale anglaise (Blais, Gendron, Mimeault et Morin, 1997). Un score minimal initial de 11 est recommandé dans les essais cliniques (Morin, Belleville, Bélanger et Ivers, 2011b), et c'est le critère que nous avons adopté ici. L'ISI a été complété le jour même de la première et de la dernière séance.

MESURES DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, DE LA TÉLÉPRÉSENCE ET DE L'ACCEPTABILITÉ DE LA VISIOCONFÉRENCE

Données recueillies à la fin de chaque séance. Le *Working Alliance Inventory* (WAI; Tracey & Kokotovic, 1989) a pour but d'évaluer la qualité du lien thérapeutique entre le client et l'intervenant. Ce questionnaire auto-rapporté de 36 items fournit un score global ainsi qu'un score pour trois sous-échelles. La sous-échelle « objectifs » évalue la collaboration entre le client et l'intervenant sur les buts thérapeutiques souhaités (12 items; p. ex., « Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie »), la sous-échelle « tâches » évalue les croyances et les comportements sur lesquels s'appuient le degré d'accord entre l'intervenant et le client quant aux tâches à accomplir en thérapie (12 items; p. ex., « Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma

situation ») et la sous-échelle « lien » réfère au caractère positif de la relation entre eux (12 items; p. ex., « Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons bien »). La sommation des items varie entre 12 et 84 pour chaque sous-échelle. Le score global allant de 36 à 252 est obtenu en calculant la somme de tous les items; des scores plus élevés indiquent une évaluation plus positive de l'alliance thérapeutique. Le WAI a démontré une excellente cohérence interne avec des coefficients alpha allant de .90 à .92 pour les sous-échelles (Stiles *et al.*, 2002).

L'Échelle de téléprésence en visioconférence (ÉTV; Bouchard & Robillard, 2000) est un questionnaire auto-rapporté de huit items qui aborde le sentiment de présence à l'égard de l'intervenant tel que vécu par le client lors de l'utilisation de la visioconférence. L'ÉTV contient trois sous-échelles soit la présence physique (p. ex., « J'ai eu le sentiment d'être dans le même local que mon interlocuteur »), la présence sociale (p. ex., « J'ai eu la sensation que l'interlocuteur réagissait à ma présence »), et l'absorption dans la séance (p. ex., « J'ai perdu la notion du temps »). Une moyenne des items de chaque sous-échelle est calculée pour obtenir un pourcentage allant de 0% (entièrement en désaccord) à 100% (entièrement en accord). Un score plus élevé indique un sentiment plus fort de présence dans la session. Ce questionnaire démontre une bonne cohérence interne, avec un coefficient alpha de 0.84 (Bouchard & Robillard, 2000).

Le questionnaire *Rencontre de thérapie en visioconférence* (Q-RTVidéo; Paquin, 2002) évalue la perception et la satisfaction du client avec la séance thérapeutique livrée par visioconférence. Cinq items sont notés sur une échelle allant de 0 (pas du tout d'accord) à 5 (entièrement d'accord); les items 2 et 3 sont inversés. Dans le cadre de la présente étude, chaque item est utilisé séparément dans le but d'obtenir une compréhension plus nuancée de la satisfaction des participants avec cette modalité. Cet outil a été développé dans un objectif descriptif; il n'y a pas de norme ni de procédure de cotation.

Plan d'analyse des données. Un protocole expérimental à cas unique à mesures répétées permet d'utiliser un plan statistique qui évalue l'efficacité d'une intervention cas par cas. Comparativement aux études à larges échantillons, la généralisation des résultats est moindre, mais la puissance n'est pas nécessairement affectée en raison du grand nombre de données recueillies pour chaque participant de l'étude. En effet, chaque participant joue le rôle de son propre contrôle, ce qui minimise la variabilité intra-sujet. Grâce au protocole à cas unique, une compréhension approfondie des changements temporels d'une condition psychologique avant, pendant et après une intervention peut être obtenue (Borckardt, Nash, Murphy, Moore et O'Neil, 2008).

Données journalières. L'efficacité du traitement par visioconférence, telle que mesurée avec les trois variables de l'agenda du sommeil, a été d'abord vérifiée à l'aide

d'analyses visuelles qui permettent d'observer les tendances des données dans le temps, notamment les niveaux, les pentes et la stabilité (ou la variabilité) des données (Houle, 2009; Lane & Gast, 2014). Ensuite, la méthode de *simulation modeling analysis* (SMA Version 9.9.28) a été utilisée pour examiner la signification statistique de ces données sérielles. La SMA est en effet une méthode privilégiée pour examiner des différences interphases lorsque le flux d'observation est assez court comme c'est le cas dans la présente étude (Borckardt, 2006). L'analyse SMA produit des valeurs *r* de Pearson et des valeurs *p* associées qui prennent en compte l'autocorrélation des données, permettant de diminuer le risque de commettre une erreur de type 1 (Moy, Chen et Kao, 2015). Cette analyse génère deux indicateurs de

signification, soit le changement du *niveau* et le changement de la *pente* entre deux phases. Dans cette étude, on s'intéresse à ces deux types de changements. Un changement de niveau entre le pré-traitement versus pendant le traitement réfère à l'effet de l'initiation du traitement, tandis qu'un changement de niveau entre le pré-traitement versus le post-traitement réfère à l'efficacité du traitement. De plus, un changement significatif de pente entre les phases indique qu'il y a un effet de traitement graduel dans le temps (positif = amélioration augmente dans le temps; négatif = amélioration diminue dans le temps). Puisqu'il n'y a pas de méthode convenue pour gérer les données manquantes, celles-ci ont été effacées et n'ont pas été estimées dans le cadre des analyses SMA.

Figure 1a-c

Données journalières

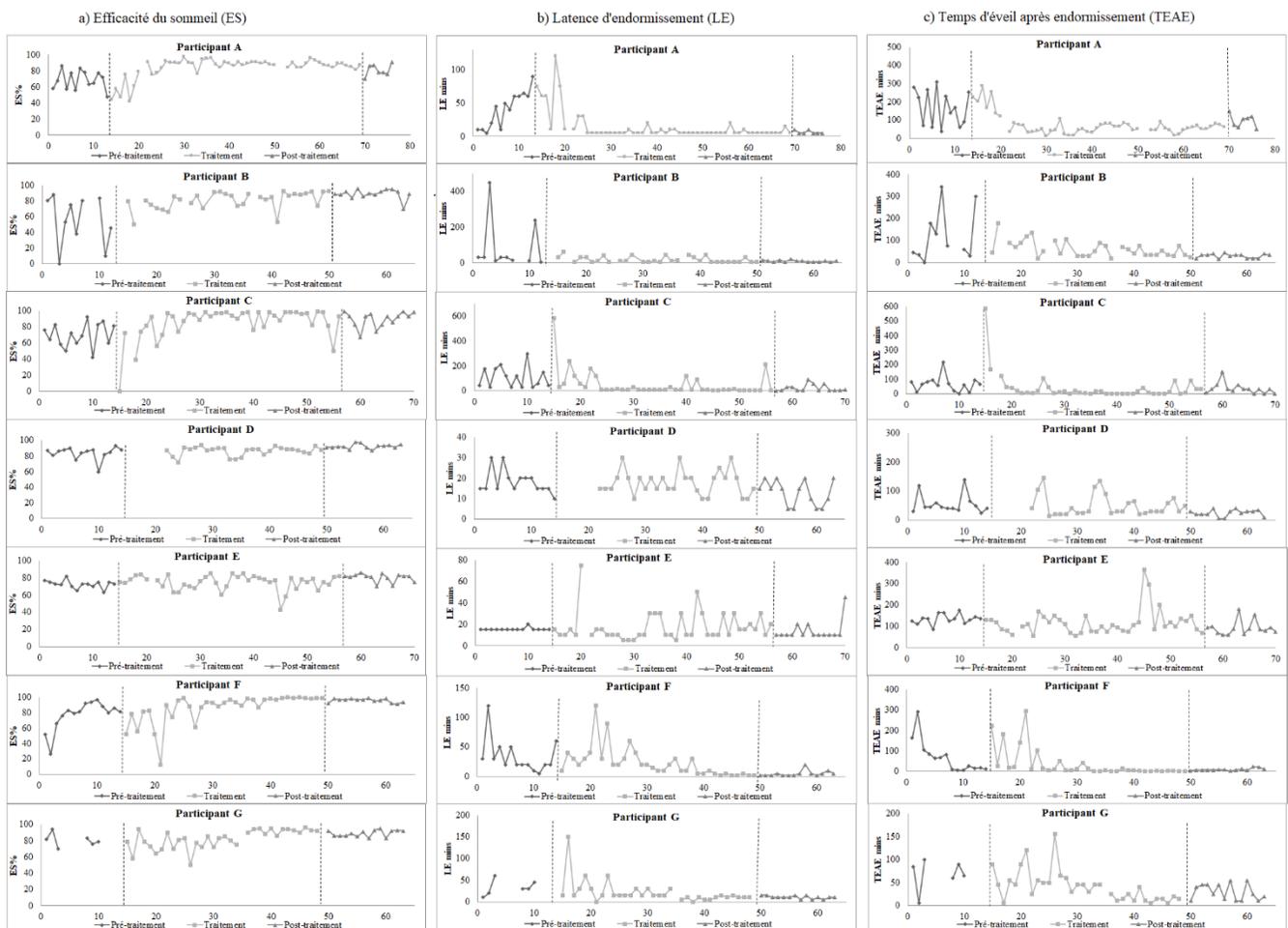


Tableau 2

Résultats des analyses statistiques de données temporelles

Variable	Pré-pendant					Pré-post				
	Niveau			Pente		Niveau			Pente	
	N	r	p	r	p	N	r	p	r	p
ES, %										
A	35	.54	.086	-.06	.091	11	.66	.021	< .001	1.00
B	42	.53	< .001	-.47	.008	24	.64	.009	-.33	.250
C	55	.42	.015	-.47	.007	28	.46	.009	.12	.518
D	42	.19	.306	-.20	.326	28	.59	.014	-.05	.855
E	55	.15	.378	-.05	.820	28	.64	.006	-.01	.973
F	49	.24	.342	-.51	.034	28	.58	.148	.41	.316
LE, minutes										
A	35	-.48	.119	.62	.063	11	-.64	.154	.40	.426
B	42	-.38	.009	.22	.137	24	-.37	.059	.25	.206
C	56	-.38	.011	.42	.004	28	-.58	.003	-.05	.819
D	42	-.03	.871	-.02	.915	28	-.42	.108	-.03	.939
E	55	.06	.663	-.16	.243	28	-.11	.560	-.25	.178
F	49	-.21	.255	.44	.014	28	-.58	.009	-.26	.300
TEAE, minutes										
A	35	-.61	.038	.60	.097	11	-.63	.028	.34	.279
B	42	-.36	.023	.43	.006	24	-.52	.019	.30	.203
C	55	-.34	.124	.39	.074	28	-.33	.122	.09	.682
D	42	-.08	.697	.12	.579	28	-.55	.014	-.07	.781
E	55	-.18	.339	-.04	.825	28	-.59	.007	.04	.877
F	49	-.23	.026	.40	.049	28	-.47	.240	-.51	.161

ES = efficacité du sommeil; LE = latence d'endormissement; TEAE = temps d'éveil après endormissement. *r* = corrélation de Pearson; chiffres en gras représentent les résultats statistiquement significatives. Note : Les données du participant G ne sont pas incluses dans ces analyses.

La signification clinique des gains thérapeutiques, telle que mesurée avec deux des trois variables de l'agenda du sommeil (l'ES et le TEAE), a été ensuite vérifiée. On estime qu'une moyenne de 85% en matière de l'ES au post-traitement, ainsi qu'une réduction du TEAE de 30 minutes de la phase pré-traitement au post-traitement, permettent de bien distinguer les individus qui rapportent de l'insomnie de ceux qui dorment bien (Morin, 1993).

Données pré-, post- traitement. La signification clinique de la réponse au traitement telle que mesurée par l'ISI a été analysée en suivant ces paramètres pour chaque participant : une réduction en post-traitement de 7 points du score initial correspond à une amélioration cliniquement modérée des symptômes, alors qu'une réduction de 9 points ou plus se traduit en une amélioration cliniquement marquée (Morin *et al.*, 2011b). L'obtention d'un score de 7 ou moins en post-traitement est utilisé comme indice de rémission de l'insomnie (Morin *et al.*, 2009).

Données recueillies à chaque séance. Afin d'examiner l'alliance thérapeutique, la téléprésence et l'acceptabilité du médium, la moyenne des séances de chaque participant a été calculée pour les sous-échelles du

WAI et de l'ÉTV, de même que pour chacune des questions Q-RTVidéo. Ces données descriptives permettront d'éclairer celles du sommeil.

Résultats

EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

Analyses visuelles des données journalières. La Figure 1 illustre les données temporelles pour l'efficacité du sommeil (ES), la latence de l'endormissement (LE) et le temps d'éveil après endormissement (TEAE) du pré-traitement au post-traitement, et ce, pour chaque participant. Dans l'ensemble, les données pré-traitement pour les variables ES, TEAE et LE signalent une forte variabilité dans les habitudes de sommeil des participants. L'introduction du traitement à la troisième semaine n'a pas entraîné de changement marqué sur les niveaux et la variabilité de la plupart des données, même qu'on remarque plus de variabilité au début de l'intervention pour certaines variables et chez certains participants comme chez A, F, C et G. Toutefois, au cours du traitement, la plupart des participants semblent progresser de manière stable concernant les trois indices de l'agenda du sommeil. De plus, l'inspection visuelle démontre que les gains thérapeutiques étaient généralement bien maintenus pendant les deux semaines qui suivent la fin du

traitement et que la plupart des participants ont vécu une stabilisation au niveau de leurs habitudes de sommeil.

Analyses statistique et clinique des données journalières. Les résultats des SMA sont présentés au Tableau 2. Le Tableau 3 présente les résultats des analyses de la signification clinique. Considérant le volume de données manquantes à la phase pré-traitement pour le participant G (57%), celui-ci a été exclu des analyses SMA.

Efficacité du sommeil (ES). Les résultats des SMA ont révélé que deux participants (B et C) ont vu un changement significatif avec l'introduction du traitement ainsi qu'une augmentation graduelle de l'efficacité du sommeil au cours du traitement (Figure 1). Par ailleurs, une hausse significative de l'ES du pré- au post-traitement, pour tous les participants, a été observée sauf pour le participant F. De plus, tel qu'indiqué au Tableau 3,

71% des participants (5/7) ont montré un degré d'efficacité du sommeil supérieur au seuil significatif clinique de 85% au post-traitement.

Enfin, selon les moyennes aux items du Q-RTVidéo, la majorité des participants étaient d'accord qu'ils se sentaient mieux après avoir parlé à leur thérapeute, sauf le F qui était moins en accord. Aucun participant n'a été dérangé en visioconférence et aucun, sauf le participant C, n'aurait aimé mieux être en face à face avec l'intervenant. De plus, tous ont montré de l'intérêt à utiliser à nouveau le système de visioconférence. Cependant, une plus grande variabilité a été notée quant à la facilité à s'exprimer lors de la visioconférence; allant d'entièrement en accord pour le participant D, à entièrement en désaccord pour le participant F avec les participants A, B et C qui étaient indécis à cet égard.

Tableau 3

Évaluation de la signification clinique

Participant (Temps)	ES ≥ 85%	TEAE (↓ 30 min)	ISI post (≤ 7)*	ISI réduction pré-post*
A				
Pré-traitement	Non (68)	-	Non (17)	
Post-traitement	Non (78)	Oui (65)	Non (8)	9
B				
Pré-traitement	Non (64)	-	Non (25)	
Post-traitement	Oui (89.5)	Oui (33)	Oui (2)	23
C				
Pré-traitement	Non (71)	-	Non (15)	
Post-traitement	Oui (93)	Oui (35.5)	Oui (3)	12
D				
Pré-traitement	Oui (86)	-	Non (23)	
Post-traitement	Oui (92)	Non (18)	Non (10)	13
E				
Pré-traitement	Non (73)	-	Non (18)	
Post-traitement	Non (82)	Oui (48)	Non (9)	9
F				
Pré-traitement	Non (81)	-	Non (13)	
Post-traitement	Oui (97)	Oui (38)	Oui (4)	9
G				
Pré-traitement	Non (81)	-	Non (15)	
Post-traitement	Oui (90)	Oui (50)	Oui (0)	15

ES = efficacité du sommeil; TEAE = temps d'éveil après l'endormissement; ISI = Index de sévérité d'insomnie; *ISI ≤ 7 = rémission; ISI réduction pré-post : ≥ 7 points = cliniquement modérée; ≥ 9 points = cliniquement marquée.

Tableau 4

Moyenne de toutes les séances par participant pour le Q-RTVidéo, l'ÉTV et le WAI

Caractéristiques	Participants						
	A	B	C	D	E	F	G
WAI Tâche	79,78	84,00	81,86	74,17	78,00	81,33	83,00
WAI But	80,33	83,20	81,43	67,50	79,83	80,00	80,33
WAI Lien	79,56	82,40	82,14	76,33	59,33	71,33	83,83
WAI Total	239,67	249,6	245,43	218,00	217,17	232,67	247,17
ÉTV Physique	99,26	96,67	71,67	97,78	86,67	97,78	100
ÉTV Social	97,04	98,67	86,11	98,33	91,11	77,78	100
ÉTV Absorption	79,44	51,00	62,51	92,50	82,50	0	70
Q-RTVidéo 1. Je me sens mieux après avoir parlé à ma (mon) thérapeute.	4,56	5,00	4,71	5,00	4,50	2,50	5,00
Q-RTVidéo 2. Le système m'a dérangé.	0,00	1,00	0,57	0,00	0,50	0,00	0,00
Q-RTVidéo 3. Je voudrais parler à l'intervenant(e) en face à face.	0,00	1,80	2,71	2,00	0,33	1,17	0,00
Q-RTVidéo 4. Le système m'a permis de m'exprimer plus facilement.	3,33	3,40	2,00	5,00	4,33	0,00	4,50
Q-RTVidéo 5. Je serais intéressé à utiliser encore le système de visioconférence.	5,00	5,00	4,57	5,00	4,83	5,00	5,00

WAI = Working Alliance Inventory (échelle totale allant de 36 à 252 et sous-échelles allant de 12 à 84);

ÉTV = Échelle de téléprésence en visioconférence (niveau d'accord allant de 0% à 100%);

Q-RTVidéo = Questionnaire rencontre de thérapie en visioconférence (niveau d'accord allant de 0 à 5).

Note : Items 2 et 3 pour le Q-RTVidéo sont inversés.

Discussion

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que la TCC-I administrée par visioconférence a pu améliorer avec succès la qualité du sommeil de sept individus francophones vivant en situation minoritaire. Notamment, quatre participants ont démontré une grande variabilité sur les indicateurs de sommeil en début de traitement (plus précisément durant la phase éducationnelle). La variabilité s'est ensuite stabilisée lors de l'introduction des éléments comportementaux de la deuxième phase du traitement (p. ex., diminuer le temps passé au lit, se lever à la même heure chaque matin). Cette stabilité s'est maintenue durant la troisième phase de la TCC-I qui comprend les éléments de la restructuration cognitive des croyances erronées ou inquiétudes excessives en lien avec le sommeil. Selon Mitchell *et al.* (2012), il est courant de constater des améliorations seulement après les trois à quatre premières semaines de TCC-I. Malgré que ces auteurs le formulent comme un désavantage pouvant entraîner l'abandon du traitement, il importe de noter que les participants de cette étude ont tous complété l'intervention. Valider et normaliser un tel délai dès l'initiation du traitement encourage l'adhérence au traitement.

Bien que la plupart des participants aient démontré des gains du pré-traitement au post-traitement, les participants B et C ont connu les plus grandes progressions. Ces derniers ont débuté le traitement avec une insomnie cliniquement sévère (B) et modérée (C) et leur parcours a été marqué par des améliorations cliniquement et/ou statistiquement significatives sur tous les indicateurs de qualité du sommeil. De plus, malgré les données manquantes en pré-traitement pour le participant

G empêchant le traitement statistique de ces données, on note pour ce dernier une amélioration cliniquement importante de la qualité de son sommeil. Les participants B, C et G étaient en fait en rémission de leur insomnie en post-traitement. Le traitement s'est aussi avéré efficace pour améliorer la qualité du sommeil des participants A, D, E et F, quoique seulement pour certains indicateurs. Malgré que les participants A, D et E n'aient pas atteint le seuil clinique de rémission, ils ont tous rapporté une insomnie moins sévère en post-traitement. Le participant F se distingue des autres à certains égards. Bien qu'il rencontrait les critères diagnostique d'une insomnie chronique, la sévérité perçue de son insomnie par ce même participant en pré-traitement était sous-clinique. L'amélioration notée pendant cette même phase pour certains indicateurs de la qualité du sommeil suggèrent un effet de traitement moins évident pour ce dernier. Cela dit, en post-traitement, ce participant a démontré une rémission de son insomnie, ainsi qu'une amélioration cliniquement marquée concernant la qualité perçue de son sommeil. En lien avec des écrits précédents sur l'efficacité de la TCC-I utilisant des protocoles similaires et en face-à-face (Ouellet & Morin, 2007), aucune détérioration de la qualité perçue du sommeil n'a été notée en post-traitement, et ce, pour tous les participants.

En général, les participants ont rapporté une bonne satisfaction avec le traitement par visioconférence, une forte alliance thérapeutique et un bon sentiment de présence en visioconférence, des résultats qui concordent avec la recherche précédente portant sur la TCC pour l'insomnie livrée par visioconférence et en face-à-face (Conroy *et al.*, 2019; McCarthy *et al.*, 2018). Bien que le

sentiment de présence physique (p. ex., sentiment d'être dans le même local que l'intervenant) et sociale (p. ex., sentiment que l'intervenant réagit à la présence du client) étaient élevés pour plusieurs participants, l'absorption en traitement par visioconférence (p. ex., sentiment d'être immergé dans la séance) était généralement moins forte. Le participant F se distingue encore des autres par l'absence d'absorption, sa difficulté perçue à s'exprimer facilement dans les séances et le fait que les séances ne l'aident que faiblement à se sentir mieux, malgré une bonne alliance avec son thérapeute.

En bref, nos résultats suggèrent que la TCC-I livrée par visioconférence peut améliorer la qualité du sommeil même chez les gens qui rapportent une insomnie sous-clinique et laisse place à la possibilité de développer une bonne alliance thérapeutique et un bon sentiment de présence, ce qui corrobore les études précédentes sur la visioconférence (Germain *et al.*, 2010; Lafontaine *et al.*, 2018). Cette étude soulève l'importance de considérer l'utilisation d'une diversité de mesures de la qualité du sommeil car en fonction de l'individu, certains indicateurs du sommeil ont davantage progressé que d'autres en cours de traitement. D'une part, les résultats suggèrent un effet de traitement notable quant à l'efficacité du sommeil. Les écrits appuient aussi l'idée que l'efficacité du sommeil est un excellent indicateur de sommeil sain à privilégier dans les études d'efficacité de la TCC-I (McCarthy *et al.*, 2018; Perlis, Jungquist, Smith et Posner, 2005). D'autre part, les améliorations concernant la latence d'endormissement étaient moindres. Il importe d'interpréter ceci dans un contexte où la manifestation de l'insomnie chronique n'était pas homogène chez tous les participants en début de traitement, ce qui reflète la réalité clinique de cette condition et son traitement. En effet, on sait par expérience clinique que diverses personnes, malgré le même diagnostic d'insomnie chronique, vont « vivre » leur insomnie de manière quelque peu différente, et diverses mesures peuvent mieux permettre de capturer cette variabilité manifeste.

LIMITES ET DIRECTIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE

Il faut noter quelques limites de cette étude. D'abord, l'échantillon était composé principalement de femmes en bonne santé et prenant relativement peu de médicaments (incluant à la fois psychotropes et médicaments pour santé physique), comparativement à d'autres populations francophones atteintes de troubles du sommeil (voir Morin *et al.*, 2011a). Il serait intéressant de poursuivre les travaux auprès de l'ensemble de la population francophone canadienne en situation minoritaire présentant de l'insomnie chronique, notamment la population vieillissante et celle aux prises avec une ou plusieurs maladies chroniques et de la polypharmacie. La recherche future pourrait aussi prendre en compte les spécificités régionales des communautés francophones en situation minoritaire à travers le Canada, car la notion de minorité linguistique et d'accès aux services dans ce contexte peut

varier d'une région à l'autre (voir : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-642-X#wb-auto-2>). Par ailleurs, le protocole de recherche à cas unique à mesures répétées utilisé dans la présente étude ne repose pas sur des niveaux de base d'une durée variable assignés aux participants de façon pré-déterminée (*multiple baseline design*), ce qui aurait permis de faire des inférences plus généralisables sur les effets directs du traitement (Ferron & Scott, 2014). Ceci dit, notre devis a tout de même l'avantage de fournir un portrait nuancé de l'évolution d'un individu avant, pendant et après une intervention, sans avoir à recruter un grand nombre de participants. Il importe aussi de noter que les caractéristiques de l'équipement technologique utilisé dans la présente étude n'ont pas été étudiées. Des facteurs liés à la technologie comme la taille de l'écran, la qualité de l'image incluant le nombre de pixels par exemple, peuvent potentiellement avoir un effet sur l'efficacité du traitement et plus précisément sur le sentiment de présence. Ces caractéristiques techniques peuvent exercer un effet sur l'expérience de l'utilisateur et pourraient donc être incluses comme variables confondantes dans la recherche future. Finalement, bien qu'une variété de mesures validées ait été utilisées pour évaluer la qualité du sommeil, ces mesures sont toutes auto-rapportées. Le recours à des mesures objectives, telles que l'actigraphie ou la polysomnographie à distance permettrait de compléter nos données sur l'efficacité du traitement par visioconférence.

Conclusion

Cette recherche à cas unique à mesures répétées contribue à la conceptualisation d'études cliniques à plus grande échelle (Kazdin, 2003), en permettant aux chercheurs d'inclure les variables pertinentes pour l'évaluation de l'efficacité de la TCC-I. Les résultats suggèrent que la TCC-I offerte par visioconférence entraîne une amélioration à la qualité perçue du sommeil. Il appert également que cette modalité de traitement ait été utilisée de manière satisfaisante par nos participants et qu'elle n'ait pas représenté un frein à la qualité de l'alliance thérapeutique. Même que tous les participants ont communiqué un intérêt marqué à utiliser de nouveau la visioconférence. En somme, la TCC-I administrée par visioconférence est une approche prometteuse pour faciliter l'accès à ce type de service aux populations francophones vivant en situation minoritaire pour qui la disponibilité des services en santé mentale est limitée (Cardinal *et al.*, 2018). Considérant la nouvelle réalité provoquée par la pandémie du coronavirus où les services de soins de santé se font de plus en plus à distance, la psychothérapie par visioconférence devient une modalité thérapeutique qui mérite davantage l'attention des chercheurs et des intervenants.

Abstract

As access to mental health services is limited in minority Francophone communities, new methods of treatment delivery are needed, such as psychotherapy via videoconferencing.

Cognitive behavioural therapy for chronic insomnia (CBT-I) is an effective and empirically validated intervention. A single-case repeated measures experimental design was used to examine the efficacy and acceptability of CBT-I offered via videoconference. Six (6) women and one (1) man received approximately six (6) weekly sessions of videoconference-delivered CBT-I and completed self-report measures. Statistically and clinically significant improvements were noted in sleep latency, the amount of time spent awake at night, sleep efficiency, and insomnia severity. Participants reported a favorable therapeutic alliance with their therapist and were overall satisfied with the videoconferencing modality. CBT-I offered by videoconference is a promising approach for the treatment of chronic insomnia in a largely underserved population.

Keywords: insomnie chronique, thérapie cognitive-comportementale, psychothérapie par visioconférence

Références

- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *The International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed.* Darien, IL: Author.
- Arnedt, J. T., Conroy, D. A., Mooney, A. J., Dubuc, K., Yang, A., Balstad, S. et Eisenberg, D. (2019, April). Efficacy of cognitive behavioral therapy delivered via telemedicine vs. face-to-face: Preliminary results from a randomized controlled non-inferiority trial. *Sleep*, (42) (suppl_1): A148. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz067.362>
- Bastien, C. H., Vallières, A. et Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Blais, F., Gendron, L., Mimeault, V. et Morin, C. (1997). Évaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Borckardt, J. J. (2006). *Simulation modeling analysis: Time series analysis program for short time series data streams*. Charleston, SC: Medical University of South Carolina.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. et O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: a guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77.
- Bouchard, L., Colman, I. et Batista, R. (2018). Santé mentale chez les francophones en situation linguistique minoritaire. *Reflète*, 24 (2), 74–96. <https://doi.org/10.7202/1053864ar>
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A. et Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*, 4(4), 36-42.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T. et Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25. <https://doi.org/10.1089/153056204773644535>
- Bouchard, S. et Robillard, G. (2000). *Validation de l'échelle de téléprésence en vidéoconférence*. Manuscrit non-publié. Université du Québec en Outaouais.
- Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Repéré à <http://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.—tude-Barri-res-linguistiques.pdf0>.
- Cardinal, L., Normand, M., Gauthier, A. P., Laforest, R., Huot, S., Prud'homme, D., Castonguay, M., Eddie, M.-H., Savard, J. et Yaya, S. (2018). L'offre active de services de santé mentale en français en Ontario : données et enjeux. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 74–99. <https://doi.org/10.7202/1043497ar>
- Chaput, J. P., Yau, J., Rao, D. P. et Morin, C. M. (2018). Prevalence of insomnia for Canadians aged 6 to 79. *Health Reports*, 29(12), 16-20.
- Conroy, D. A., Mooney, A., Pace, D., Balstad, S., Dubuc, K., Yang, A. et Arnedt, J. T. (2019, April). Comparison of therapeutic alliance for telemedicine vs. face-to-face delivered cognitive behavioral therapy for insomnia: Preliminary results. *Sleep*, (42) (suppl_1): A148-9. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz067.363>
- Corbeil, J.-P. et Lafrenière, S. Division de la statistique sociale et autochtone. Statistique Canada. (2010). *Portrait des minorités de langue officielle du Canada : les francophones de l'Ontario*. (Rapport No. 89-642-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf>
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J.-P., Savard, J. et Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10(4), 427-438. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>
- Ferron, J. et Scott, H. (2014). Multiple Baseline Designs. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online* (eds N. Balakrishnan, T. Colton, B. Everitt, W. Piegorisch, F. Ruggeri and J.L. Teugels). <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06202>
- Gehrman, P., Shah, M. T., Miles, A., Kuna, S. et Godleski, L. (2016). Feasibility of group cognitive-behavioral treatment of insomnia delivered by clinical video telehealth. *Telemedicine and e-Health*, 22(12), 1041-1046. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0032>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. et Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0139>
- Holmqvist, M., Vincent, N. et Walsh, K. (2014). Web-vs telehealth-based delivery of cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep Medicine*, 15(2), 187-195.

- Houle, T. (2009). Statistical analysis for single-case experimental designs. In D. H. Barlow, M. Nock et M. Hersen (Eds.), *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior for Change*. New York, NY: Pearson/Allyn and Bacon.
- Irwin, M. R., Cole, J. C. et Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25*(1), 3. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.3>
- Juhel, J. (2008). Les protocoles individuels dans l'évaluation par le psychologue praticien de l'efficacité de son intervention. *Pratiques Psychologiques, 14*(3), 357-373. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.05.006>
- Kazdin, A. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kennedy, C. et Yellowlees, P. (2000). A community-based approach to evaluation of health outcomes and costs for telepsychiatry in a rural population: preliminary results. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*(1 suppl), 155-157. <https://doi.org/10.1258/1357633001934492>
- Krupinski, E., Nypaver, M., Poropatich, R., Ellis, D., Safwat, R. et Sapci, H. (2002). Clinical applications in telemedicine/telehealth. *Telemedicine Journal and e-Health, 8*(1), 13-34. <https://doi.org/10.1089/15305620252933374>
- Lafontaine, M. F., Azzi, S., Paquette, D., Tasca, G. A., Greenman, P. S., Gosselin, J. et Grenier, J. (2018). Telehealth for patients with chronic pain: Exploring a successful and an unsuccessful outcome. *Journal of Technology in Human Services, 36*(2-3), 140-160. <https://doi.org/10.1080/15228835.2018.1491370>
- Lane, J. D. et Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation, 24*(3-4), 445-463. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636>
- Léger, D. et Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 14*(6), 379-389. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2010.01.003>
- Lichstein, K. L., Scogin, F., Thomas, S. J., Di Napoli, E. A., Dillon, H. R. et McFadden, A. (2013). Telehealth cognitive behavior therapy for co-occurring insomnia and depression symptoms in older adults. *Journal of Clinical Psychology, 69*(10), 1056-1065
- Matsumoto, K., Sutoh, C., Asano, K., Seki, Y., Urao, Y., Yokoo, M., et Nagata, S. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy with real-time therapist support via videoconference for patients with obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and social anxiety disorder: pilot single-arm trial. *Journal of Medical Internet Research, 20*(12), e12091. <https://doi.org/10.2196/12091>
- McCarthy, M. S., Matthews, E. E., Battaglia, C. et Meek, P. M. (2018). Feasibility of a telemedicine-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in rural breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 45*(5), 607-618. <https://doi.org/10.1188/18.Onf.607-618>
- Mendelson, W. (2008). Impact of insomnia: wide-reaching burden and a conceptual framework for comorbidity. *International Journal of Sleep and Wakefulness, 1*(3), 118-123.
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M. et Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice, 13*(1), 40.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, NY: Guilford Press.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A. et Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep, 29*(11), 1398-1414. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Bélanger, L., Ivers, H., Mérette, C. et Savard, J. (2011a). Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(9), 540-548. <https://doi.org/10.1177/070674371105600905>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L. et Ivers, H. (2011b). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*(5), 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Morin, C. M., Vallières, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Mérette, C. et Baillargeon, L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA, 301*(19), 2005-2015. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.682>
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K. et Frueh, B. C. (2015). Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Depression and Anxiety, 32*(11), 811-820. <https://doi.org/10.1002/da.22397>
- Moy, R. L., Chen, L.-S. et Kao, L. J. (2015). Time-Series: Analysis, Model, and Forecasting. In *Study Guide for Statistics for Business and Financial Economics* (pp. 283-307). New York, NY: Springer.
- Norris, A. C. (2002). *Essentials of telemedicine and telecare*. Chichester, England: John Wiley & Sons, LTD.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*(2), 97-111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Paquin, B. (2002). *Rapport de Stage*. Manuscrit non publié. University of Quebec at Hull.
- Perlis, M., Jungquist, C., Smith, M.T. et Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide*. New York, NY: Springer.

- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M. et Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125-133.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grugaugh, A. L., Egede, L. et Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 323-338. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x>
- Riemer-Reiss, M. (2000). Vocational rehabilitation counseling at a distance: Challenges, strategies and ethics to consider. *Journal of Rehabilitation*, 66(1), 11-17.
- Romanow, R. J. (2002). Building on values: the future of health care in Canada.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C. et Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(05), 487-504.
- Scogin, F., Lichstein, K., DiNapoli, E. A., Woosley, J., Thomas, S. J., LaRocca, M. A. et Yang, X. (2018). Effects of integrated telehealth-delivered cognitive-behavioral therapy for depression and insomnia in rural older adults. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 292. <https://doi.org/10.1037/int0000121>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et Dunbar, 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33.
- Stenstrom, P., Davidson, J., Denesle, R., Araújo, T., La Roque, C. et Smith, B. C. (2019, April). Video-conference delivery of cognitive behavioral therapy for insomnia: Effects on insomnia, depression and anxiety symptoms. *Sleep*, (42) (suppl_1): A147-148. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz067.361>
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Barkham, M., Culverwell, A., Goldfried, M. R., Halstead, J. et Shapiro, D. A. (2002). Convergent validity of the Agnew Relationship Measure and the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 14(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.2.209>
- Tracey, T. J. et Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-201. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- VandenBos, G. R. et Williams, S. (2000). The Internet versus the telephone: What is telehealth anyway? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 490-492. [10.1037/0735-7028.31.5.490](https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.5.490)
- Vincent, N. et Lionberg, C. (2001). Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep*, 24(4), 411-417.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Håland, Å. T. et Himle, J. A. (2012). Videoconference-and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.10.009>
- Wootton, R., Craig, J. et Patterson, V. (2006). Introduction to telemedicine, London, UK: Taylor Francis Ltd, Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Zhou, E. S., Vrooman, L. M., Manley, P. E., Crabtree, V. M. et Recklitis, C. J. (2017). Adapted delivery of cognitive-behavioral treatment for insomnia in adolescent and young adult cancer survivors: a pilot study. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(4), 288-301

INTERVENTIONS IMPLIQUANT LE PARTENAIRE AMOUREUX AU SEIN DE LA READAPTATION CARDIAQUE : RECENSION DES ECRITS SCIENTIFIQUES ET ANALYSE CRITIQUE

Anaïs Morin-Turmel^{1,2}, Paul S. Greenman^{3,4} et Claude Bélanger^{1,2}

¹ Université du Québec à Montréal, ² Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes de Couple et sur les Abus Sexuels (CRIPCAS), ³ Université du Québec en Outaouais

⁴ Institut du Savoir Montfort, Ottawa Couple and Family Institute

La qualité de la relation conjugale fait partie des facteurs psychosociaux ayant un impact sur le développement et le pronostic des maladies cardiovasculaires (Greenman *et al.*, 2014). L'inclusion du partenaire amoureux au sein de la réadaptation cardiaque semble donc être une avenue prometteuse, puisque la conjointe ou le conjoint peut avoir une influence positive sur différents aspects (p. ex. partage du mode de vie, motivation, soutien, prise de décision, etc.) (Tulloch et Greenman, 2018). Cela permet également de combiner des stratégies de prévention secondaire pour le patient et des stratégies de prévention primaire pour le partenaire (Yates *et al.*, 2015). Cette recension vise à présenter les études ayant vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque, à évaluer l'apport de ces interventions sur la santé physique et psychologique des patients et des partenaires et à dresser un portrait critique des études recensées. Treize études ont été identifiées via les bases de données PsycINFO, PsycARTICLES et PubMed, ainsi qu'à travers d'autres recensions et une méta-analyse. Les résultats obtenus suggèrent un effet plutôt faible des interventions. Les résultats doivent, par ailleurs, être considérés en fonction des limites des études : petits échantillons homogènes, grande variabilité dans les interventions proposées, absence de thérapie conjugale reconnue, biais de sélection, temps de relance assez court, comparaison difficile entre les interventions et les soins de base. D'autres études seront nécessaires, afin d'offrir des données probantes aux professionnels de la santé.

See end of text for English abstract

Mots-clés : Maladies cardiovasculaires, réadaptation cardiaque, intervention conjugale, intervention impliquant le partenaire amoureux

Correspondance : Anaïs Morin-Turmel, Département de Psychologie, UQAM, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, 514-827-5557 anaïs.m-t@hotmail.com

Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent le deuxième type de maladies le plus mortel (Statistique Canada, 2019). L'impact des facteurs de risque comportementaux (p. ex., sédentarité, mauvaise alimentation) dans le développement et le pronostic de ces maladies est bien documenté (Go *et al.*, 2013). En conséquence, les patients en réadaptation cardiaque se font généralement offrir de l'information sur les saines habitudes de vie à adopter, en plus de la prise d'une médication. Il semble néanmoins que les patients aient de la difficulté à maintenir ces comportements et à adhérer à la médication à long terme (Randall *et al.*, 2009; Rouleau *et al.*, 2018). Il importe donc d'identifier des stratégies permettant d'améliorer l'adhésion aux traitements.

L'influence des facteurs de risque psychosociaux est également reconnue. L'absence de soutien social, par exemple, a été liée au développement et au pronostic des maladies cardiovasculaires (Greenman *et al.*, 2014). À l'inverse, la morbidité et la mortalité sont moindres chez les patients qui sont mariés (Manfredini *et al.*, 2017). Plus spécifiquement, c'est la qualité de la relation de couple qui a un impact sur la santé. En effet, les partenaires qui vivent de la détresse conjugale sont plus à risque de développer une maladie cardiaque (Greenman *et al.*, 2014).

À leur tour, les maladies cardiovasculaires peuvent entraîner différentes difficultés au sein du couple qui risquent d'hypothéquer le pronostic chez le conjoint qui a la maladie (Cameron *et al.*, 2017). Elles peuvent aussi avoir un impact important sur la santé psychologique des patients et de leur partenaire. Chez les patients, par exemple, le développement de symptômes d'anxiété et de dépression est fréquent dans l'année suivant le diagnostic. La présence de tels symptômes peut ensuite influencer négativement la progression de la maladie (Reid *et al.*, 2013).

L'inclusion du partenaire amoureux semble être une avenue prometteuse face aux facteurs de risque comportementaux et psychosociaux. D'abord, le partenaire peut avoir une influence positive sur différents aspects : partage du mode de vie, motivation, soutien social et émotionnel, prise de décision partagée et communication (Tulloch et Greenman, 2018). Par ailleurs, cela permet de combiner des stratégies de prévention secondaire (prévenir un second incident cardiaque) pour le patient et des stratégies de prévention primaire (prévenir le diagnostic d'une maladie cardiovasculaire ou un premier incident cardiaque) pour le partenaire (Yates *et al.*, 2015). L'implication du partenaire amoureux peut finalement améliorer la satisfaction conjugale, et de ce fait, avoir un impact sur la santé physique et psychologique des deux partenaires. Il est toutefois nécessaire que les professionnels de la santé puissent se baser sur les données probantes dans le choix des interventions à utiliser.

Objectifs

Trois objectifs ont été ciblés pour cette recension des écrits. D'abord, elle vise à présenter les études qui ont vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Deuxièmement, elle vise à décrire et évaluer l'apport de ces interventions sur la santé physique et psychologique des patients, et dans certains cas, des partenaires. Elle vise finalement à dresser un portrait critique des études recensées en détaillant leurs forces et leurs limites.

Méthode

La recension des articles scientifiques a été réalisée à l'hiver 2019. La sélection des études s'est faite selon les critères d'inclusion suivants : 1) articles rédigés au cours des 30 dernières années (1979 - 2019) en anglais et en français; 2) études expérimentales ou quasi expérimentales; 3) le partenaire amoureux est impliqué dans l'intervention et il prend part à au moins une rencontre avec le patient ayant la maladie cardiaque; 4) dans le cas des recherches visant la famille, au moins 75% des dyades sont formées du patient et de son partenaire amoureux; 5) présence d'un groupe contrôle qui reçoit les soins de base en centre hospitalier ou qui participe à l'intervention sans le partenaire amoureux. Au-delà de ces critères, le type de couple, le type d'intervention ainsi que les variables étudiées n'ont pas fait l'objet de critères d'exclusion.

La revue des écrits scientifiques s'est faite à travers les bases de données PsycINFO, PsycARTICLES et PubMed. Chacun des mots-clés « *cardiac disease* », « *cardiac disorder* », « *cardiovascular disease* », « *coronary heart disease* » et « *heart disease* » ont été utilisés avec les mots-clés « *couple therapy* » OU « *couple intervention* » OU « *marital therapy* ». Pour un diagramme illustrant le processus de sélection des études, voir la figure 1. Cette recherche a généré 11 263 titres. Après l'exclusion des doublons et la vérification des titres,

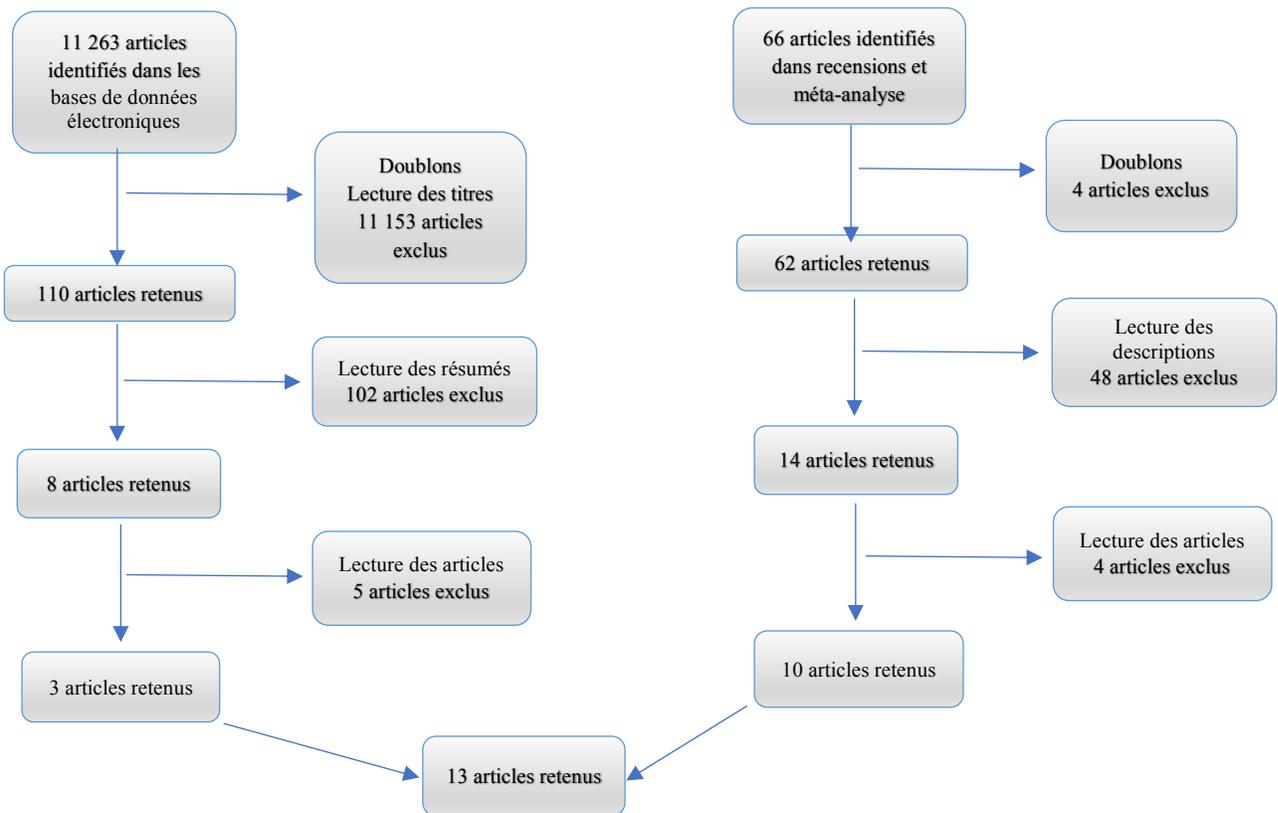
110 articles ont été retenus. La lecture des résumés a ensuite permis d'en retenir huit, puis la lecture complète de ces articles a permis d'identifier trois études qui ont été gardées pour la recension. Les études exclues l'ont été parce qu'elles n'étaient pas en lien avec le sujet du présent article ou parce qu'elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Des recensions systématiques (Reid *et al.*, 2013; Shields *et al.*, 2012; Whalley *et al.*, 2014) ainsi qu'une méta-analyse (Martire *et al.*, 2010) ont également été consultées manuellement. Dix études ont été identifiées dans ces articles. Au final, 13 études ont été retenues en fonction des critères d'inclusion présentés ci-haut. La plupart d'entre elles se sont penchées sur l'expérience des patients, mais certaines ont également évalué l'effet de l'intervention sur les partenaires. Selon les recherches, les variables à l'étude étaient de nature physiologique ou psychologique.

PRÉSENTATION DES ÉTUDES

Variables de santé physique. Trois études se sont penchées sur la modification des habitudes de vie et la condition physique. Sher et ses collègues (2014) ont tenté de déterminer si une intervention offerte aux patients et à leur partenaire amoureux au cours de la réadaptation cardiaque peut agir à titre d'agent de changement des habitudes de vie et influencer le maintien de celles-ci dans le temps. Quatre-vingts patients ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes : patients et partenaires versus patients seuls. L'intervention consistait en 18 séances de groupe lors desquelles les participants recevaient de l'information et échangeaient sur la nutrition, l'activité physique et la médication. Dans la condition expérimentale, les couples ont aussi abordé les techniques de communication, la motivation et les problèmes relationnels. Les mesures ont été prises pré et post intervention, puis à 12 et 18 mois suivant le début des rencontres. Les résultats démontrent que les patients des deux groupes ont augmenté de façon significative leur niveau d'activité physique. Il semble toutefois que les patients de la condition expérimentale aient davantage augmenté leur niveau d'activité et qu'ils aient maintenu ce changement avec plus de succès dans le temps. L'intervention ne semble cependant pas avoir eu d'effet significatif sur l'alimentation et l'adhésion à la médication dans aucun des groupes. Les résultats suggèrent finalement une interaction entre le niveau de satisfaction conjugale pré intervention et le groupe. En effet, les patients qui ont rapporté un niveau élevé de satisfaction conjugale ont démontré une plus grande amélioration de leur niveau d'activité physique tout au long de l'intervention, et ce, peu importe le groupe. De plus, chez les patients ayant rapporté un niveau élevé de détresse conjugale, ceux du groupe contrôle n'ont pas maintenu leur progrès dans le temps, alors que les patients du groupe expérimental ont vu leur niveau d'activité physique augmenter (Sher *et al.*, 2014).

Figure 1

Diagramme de la sélection des études



Yates et ses collègues (2015) ont évalué l'impact d'un programme sur le niveau d'activité physique, la capacité physique et les comportements alimentaires des patients et de leurs conjoint(e)s. Trente-quatre patients ayant subi un pontage coronarien et leurs partenaires ont été randomisés dans le groupe expérimental (suivi en couple) et le groupe contrôle (suivi individuel). Le programme de trois mois consistait en des rencontres de groupe abordant différentes thématiques (p. ex., tabagisme, gestion du stress, habitudes de vie). Les patients des deux groupes ont également reçu un suivi composé de psychoéducation et d'un plan d'exercice personnalisé et ils avaient la possibilité de s'entraîner dans les installations des centres hospitaliers impliqués. Les partenaires du groupe expérimental ont bénéficié des mêmes interventions : rencontres de groupe en couple, suivi personnalisé, accès aux installations sportives. De leur côté, les partenaires du groupe contrôle ont été invités aux rencontres de groupe et ils ont eu accès aux installations d'entraînement. Les mesures ont été prises pré et post intervention, puis six mois après le début du programme. Les résultats suggèrent que les patients et les partenaires des deux groupes ont augmenté leur niveau d'activité physique entre le début et la fin du programme, mais ce niveau a diminué sous les recommandations nationales six mois après l'intervention. Les capacités physiques ont augmenté chez les patients des

deux groupes entre le début de l'intervention et la relance. L'alimentation semble s'être améliorée chez les patients et partenaires du groupe contrôle entre le début et la fin du programme, mais la tendance s'est inversée à six mois alors que les patients et partenaires du groupe expérimental ont démontré avoir de meilleures habitudes alimentaires. Les résultats suggèrent peu de différences entre les participants des deux groupes, possiblement parce que les partenaires du groupe contrôle pouvaient participer aux rencontres d'information et avaient accès aux installations d'entraînement (Yates *et al.*, 2015). Il est difficile de déterminer l'effet de l'intervention dans ce cas-ci.

Wadden (1983) a mesuré l'impact de la relaxation sur la pression artérielle ainsi que l'influence du partenaire amoureux sur la pratique des techniques de relaxation. Trente-six personnes souffrant d'hypertension modérée ont pris part à l'étude. Ils ont été séparés en trois groupes en fonction de leur médication, afin de contrôler l'effet possible de la prise d'un médicament. Les participants ont ensuite été randomisés selon le type d'intervention, soit la relaxation sans le partenaire ou la relaxation en couple. Le programme consistait en huit rencontres de groupe. Dans le cas de la condition expérimentale, les partenaires devaient participer à au moins cinq rencontres. Les participants devaient pratiquer la relaxation tous les jours

pour une période d'au moins 20 minutes. Les partenaires étaient encouragés à pratiquer à la maison avec le patient ou à rappeler à ce dernier de le faire. Des rencontres avec le thérapeute étaient prévues pour discuter des buts et problèmes rencontrés. Les mesures de pression artérielle ont été prises lors des rencontres un à trois (mesures de base), aux séances quatre à huit, puis aux relances d'un et cinq mois. Des questionnaires auto-rapportés sur l'anxiété et la personnalité ainsi qu'un formulaire hebdomadaire décrivant la pratique de la relaxation ont également été remplis par les patients. Les résultats suggèrent une différence significative entre les groupes pour le temps de pratique à la maison. Les patients accompagnés de leur conjoint(e) pratiquaient davantage que les participants qui faisaient les exercices seuls. Par rapport à la pression artérielle, il semble qu'elle ait diminué de façon significative pré et post traitement, tant pour la pression systolique que diastolique. Cette différence s'est maintenue dans le temps pour la pression diastolique qui a continué de diminuer entre la fin de l'intervention et la relance. Les résultats n'ont pas démontré de différence entre les groupes à ce sujet. Par ailleurs, aucune différence n'a été notée entre les participants avec ou sans médication. Les résultats suggèrent des évidences préliminaires liant la personnalité à l'effet de la relaxation. Il semble en effet que la pression artérielle ait moins diminué chez les gens se percevant comme compétitifs, acharnés et consciencieux (Wadden, 1983). Ces résultats suggèrent une évaluation plus approfondie de l'utilisation de stratégies comportementales, ainsi qu'un meilleur contrôle entourant l'implication du partenaire et l'impact des facteurs externes sur la pression artérielle.

Variables de santé psychologique. Quatre études se sont penchées sur l'ajustement psychologique des patients et de leur partenaire. D'abord, dans l'étude de Dracup (1985), 58 patients atteints d'une maladie coronarienne ont été séparés de façon aléatoire en trois groupes : 1) programme de réadaptation de base et rencontres en couple; 2) programme de réadaptation de base et rencontres individuelles; 3) programme de réadaptation de base seulement. Le programme de base incluait trois visites par semaine à l'hôpital, lors desquelles les patients faisaient de l'exercice physique et recevaient de l'information reliée aux maladies cardiovasculaires. L'intervention offerte en plus aux deux groupes expérimentaux consistait en dix rencontres hebdomadaires de groupe. Les participants y abordaient différents thèmes, tels l'anxiété, les changements de rôle, la gestion du stress, les relations sociales, la sexualité, la santé physique ainsi que la relaxation. Une des rencontres incluait également le témoignage d'un couple ayant déjà traversé la période de réadaptation cardiaque. Les mesures ont été prises pré intervention, puis à dix semaines et à six mois suivants le début du programme. Les analyses n'ont pas révélé de différence entre les groupes pour l'anxiété, l'hostilité et la dépression qui ont diminué chez tous les patients. En ce qui concerne la satisfaction conjugale, il n'y a pas eu de changement chez aucun des groupes. Finalement, les

résultats suggèrent une différence significative pour l'estime de soi. Le groupe de patients ayant participé de façon individuelle est celui qui a connu le plus de changements positifs à ce sujet. Selon la chercheuse, il est possible que cette situation soit liée à la nature des discussions lors des rencontres de groupe. Dans les groupes de patients seulement, il s'agissait d'échanges informatifs, alors que les discussions étaient davantage axées sur les émotions dans les rencontres en couple et initiées principalement les conjointes. Il est possible que cela ait mené les patients, en majorité des hommes, à vivre davantage d'émotions négatives (Dracup, 1985).

Hartford et ses collègues (2002) ont vérifié l'efficacité d'un suivi thérapeutique dans la diminution de l'anxiété chez des patients qui avaient subi un pontage coronarien et leur partenaire. Cent-trente-et-un couples ont été randomisés de façon aléatoire en deux groupes. Les couples du groupe contrôle ont reçu les soins de base qui n'incluaient pas de suivi systématique de la part du personnel médical. De leur côté, les couples du groupe expérimental ont été en contact avec une infirmière à sept reprises. Ces contacts téléphoniques suivaient un protocole établi en fonction des sujets abordés (p. ex., habitudes de vie, douleur, problèmes psychosociaux, médication, sommeil). Les participants recevaient également un numéro de téléphone leur permettant de joindre l'infirmière en tout temps. Le niveau d'anxiété des patients et des partenaires a été mesuré pré intervention, puis aux semaines quatre et huit suivant le départ de l'hôpital. Chez les patients, il n'y a pas eu de différence significative entre le niveau d'anxiété des deux groupes et ce niveau n'a pas non plus diminué de façon significative dans le temps. Chez les partenaires, il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le niveau d'anxiété; celui-ci a diminué dans le temps chez les deux groupes. Les résultats indiquent finalement que les patients ont toujours démontré un niveau plus élevé d'anxiété que leur partenaire (Hartford *et al.*, 2002).

Thompson et Meddis (1990) ont évalué l'impact d'un programme de counseling sur le niveau d'anxiété et de dépression d'hommes vivant un premier infarctus du myocarde et de leur conjointe. Cette intervention a eu lieu avant le départ de l'hôpital. Trois groupes expérimentaux ont été comparés à trois groupes contrôles. Chaque groupe comprenait 10 couples. Les participants des groupes contrôles ont reçu les soins de base habituellement offerts. En plus de ces soins, les couples des groupes expérimentaux ont pris part à quatre rencontres structurées de 30 minutes, lors desquelles ils ont pu partager leur vécu et recevoir de l'information sur les facteurs de risque de la maladie, ainsi que sur l'impact de l'infarctus sur la vie sexuelle et sociale, le travail et les loisirs. Des mesures d'anxiété et de dépression ont été prises entre 24 heures et 72 heures, puis à cinq jours, un mois, trois mois et six mois suivant l'admission à l'hôpital. Pour les patients, les résultats suggèrent une diminution significative de

l'anxiété à cinq jours chez les groupes expérimentaux, lorsque comparés aux contrôles. Cette tendance s'est maintenue à un, trois et six mois suivant l'admission à l'hôpital. Concernant la présence de symptômes de dépression, ils étaient significativement plus bas chez les groupes expérimentaux lors des premières mesures, mais cette différence n'était plus perceptible lors de la mesure à six mois, possiblement en lien avec l'effet du passage du temps. Pour les conjointes, les résultats suggèrent un niveau d'anxiété significativement plus faible dans les groupes expérimentaux. Aucune différence n'est ressortie entre les groupes par rapport aux symptômes dépressifs (Thompson et Meddis, 1990a, 1990b). Contrairement à l'étude d'Hartford (2002), l'anxiété s'est avérée ici plus élevée chez les conjointes que chez les patients, tant avant qu'après l'intervention.

Il peut arriver qu'une chirurgie cardiaque engendre des complications graves ou un décès. Il semble nécessaire que les patients et leur famille reçoivent de l'information sur les choix qui s'offrent à eux. Song et ses collègues (2005) ont voulu tester une intervention conçue pour les patients qui allaient subir une chirurgie cardiaque et leur substitut (*surrogate*), c'est-à-dire un membre de la famille ou le partenaire amoureux. Ils se sont intéressés à l'impact d'une entrevue éducationnelle sur : 1) la congruence entre le patient et le substitut quant aux désirs du patient face aux soins possibles, 2) l'anxiété vécue par le patient et le substitut, 3) la prise de décision chez le patient et 4) la connaissance du patient et du substitut face aux traitements possibles. Trente-deux dyades ont participé à l'étude. Chez 75% de ces dyades, le substitut était le partenaire amoureux. Les participants ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes. Les participants du groupe expérimental ont pris part à une entrevue qui visait à explorer les expériences et les idées préconçues par rapport à la maladie, ainsi qu'à faciliter une prise de décision basée sur de l'information pertinente. De leur côté, les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base, soit de l'information par écrit sur les décisions préalables à la chirurgie et la possibilité de rencontrer quelqu'un pouvant répondre à leurs questions. Les dyades du groupe expérimental ont démontré une plus grande congruence face aux soins que les dyades du groupe contrôle. Par rapport au niveau d'anxiété cependant, les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre les deux groupes, tant chez les patients que chez leur substitut. Les patients du groupe expérimental ont toutefois rapporté se sentir mieux informés et plus confiants face à la prise de décision. Il n'y a finalement pas eu de différence significative entre les groupes pour ce qui est de la connaissance des traitements possibles chez les patients et leur substitut, possiblement parce que la rencontre offerte au groupe expérimental était axée davantage sur le vécu et les questions des participants (Song *et al.*, 2005).

Variables de santé physique et psychologique.

Finalement, six études ont porté tant sur la santé physique

que sur la santé psychologique. D'abord, Fridlund et ses collègues (1991) ont évalué un programme de réadaptation cardiaque offert aux patients ayant vécu un infarctus du myocarde et leur partenaire. Les participants ($N=116$) ont été séparés en deux groupes. Les patients du groupe contrôle ont reçu les soins de base, soit trois suivis éducatifs au cours des 12 mois suivant l'infarctus. En plus des soins de base, les participants du groupe expérimental ont pris part à des rencontres de groupe hebdomadaires avec leur partenaire pendant six mois. Différents thèmes y ont été abordés : relaxation, habitudes de vie, conséquences psychosociales de la maladie. Les résultats révèlent une différence significative entre les groupes sur le plan de la santé physique. En effet, les patients du groupe expérimental ont démontré un niveau de capacité physique significativement plus élevé que les patients du groupe contrôle six mois après l'infarctus et ils avaient vécu moins d'événements cardiaques à la relance de 12 mois. Concernant l'évaluation subjective, les patients du groupe expérimental ont également rapporté une amélioration significativement plus grande de leur condition physique. Par rapport à la santé psychologique, seule l'évaluation de la satisfaction de leur vie était significativement plus positive chez les patients du groupe expérimental six mois suivant l'infarctus. Il est à noter que les auteurs ont aussi observé l'influence de la catégorie d'appartenance (les femmes, les hommes plus jeunes et les hommes plus vieux) sur les résultats obtenus, puisqu'ils ne rapportaient pas les mêmes difficultés aux niveaux familial et professionnel (Fridlund *et al.*, 1991). Cela reflète la pertinence d'avoir des programmes adaptés aux besoins des patients, puisque les impacts de la maladie peuvent différer en fonction du genre et de l'âge.

Des chercheurs ont voulu déterminer l'impact d'une intervention offerte par le personnel infirmier sur les patients et leur famille pendant la réadaptation post chirurgie (Gillis *et al.*, 1990; Gortner *et al.*, 1988). Soixante-sept patients vivant une première chirurgie cardiaque et leur partenaire amoureux ont été séparés de façon aléatoire entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les participants des deux groupes ont reçu du matériel éducatif par écrit ainsi qu'une présentation vidéo sur les facteurs de risque, le traitement et la réadaptation cardiaque. Les couples du groupe expérimental ont également pu visionner une vidéo traitant de santé mentale et ont eu une rencontre leur permettant d'aborder la gestion des conflits, de discuter de leurs craintes et d'être orientés vers les ressources existantes. À la suite du départ de l'hôpital, ils ont été contactés par un membre du personnel infirmier à six reprises. Ces appels visaient à transmettre de l'information, à assurer un soutien et permettaient aux patients et à leur conjoint(e) de poser des questions. Des mesures psychologiques (patients), médicales (patients) et familiales (patients et partenaires) ont été prises avant l'opération, puis à un, trois et six mois suivant la chirurgie. Les résultats n'ont pas démontré de différence significative entre les patients des deux groupes quant à la santé physique et psychologique. La majorité

des patients ont rapporté une réadaptation complète. Certaines caractéristiques des patients (âge, sexe, statut cardiaque pré opératoire) semblent néanmoins avoir eu un effet. Par exemple, les patients de plus de 70 ans ont rapporté un niveau d'hostilité et de dépression significativement plus faible que les patients de 50 ans et moins (Gortner *et al.*, 1988). Concernant les mesures d'ajustement familial et conjugal, les résultats n'ont pas démontré d'effet significatif relié à la participation au programme (Gillis *et al.*, 1990).

Lenz et Perkins (2000) ont évalué l'efficacité d'un programme de psychoéducation offert aux patients ayant subi un pontage coronarien ainsi qu'à un membre de la famille identifié comme la personne responsable des soins à la suite du départ de l'hôpital. Dans 78% des cas, cette personne était le partenaire amoureux. Trente-huit dyades ont été séparées en deux groupes de façon aléatoire. Les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base offerts, comprenant le visionnement d'une vidéo informative 48 heures avant de quitter l'hôpital, de l'information par écrit, la possibilité de poser des questions à un membre du personnel infirmier, puis au moins une visite à la maison (possibilité de quatre rencontres). L'intervention offerte au groupe expérimental s'est inspirée du programme proposé par Gortner et ses collègues (1988). Ces participants ont reçu les soins de base, en plus de recevoir une copie de la vidéo qu'ils pouvaient visionner à la maison. Chaque dyade a également été rencontrée par un membre du personnel infirmier avant le départ de l'hôpital, afin d'aborder l'ajustement émotionnel et physique du patient, le rôle de la famille dans la réadaptation et la gestion des problèmes interpersonnels. Les chercheurs ont par ailleurs contacté les participants par téléphone à neuf reprises sur une période de 12 semaines, afin de fournir de l'information adaptée aux différentes étapes de la réadaptation, d'encourager l'adoption d'un mode de vie sain et d'outiller les familles. De plus, quatre semaines après la chirurgie, les participants du groupe expérimental se sont rencontrés à l'hôpital et ont pu partager leur expérience. Les mesures ont été prises avant la chirurgie, puis trois ou quatre jours, deux semaines, quatre semaines, six semaines, puis 12 semaines après le pontage. Les résultats obtenus pour les patients révèlent certaines différences quant aux variables physiques. En effet, les participants du groupe expérimental ont rapporté davantage de symptômes et de complications physiques que les contrôles lors de la première prise de mesure postopératoire, avant le départ à la maison. Selon les chercheurs, cette différence ne devrait pas être attribuée à l'intervention, puisque le suivi téléphonique n'avait pas débuté. Par ailleurs, il n'y avait plus de différence entre les groupes aux temps de mesure subséquents. Par rapport aux variables émotionnelles, les résultats n'ont pas démontré de différence entre les groupes. Les symptômes dépressifs ont diminué de façon significative pour tous les patients. Les résultats sont semblables pour le niveau de santé fonctionnelle : il s'est amélioré dans le temps, mais il n'y a pas eu de différence

entre les groupes. Il ne semble pas non plus y avoir eu de différence entre les groupes au niveau de la satisfaction face aux soins reçus. Pour les membres de la famille, aucune différence n'est ressortie entre les groupes quant à l'auto-évaluation de leur condition physique et la présence de symptômes dépressifs qui a diminué dans le temps chez tous les partenaires (Lenz et Perkins, 2000).

Jones et West (1996) ont testé un programme sur un large échantillon de patients ayant fait un infarctus du myocarde. Ils ont comparé leur programme aux soins de bases habituellement offerts dans les milieux hospitaliers participants. Les patients ($N = 2328$) ont été séparés de façon aléatoire en deux groupes. Le programme offert aux participants du groupe expérimental consistait en sept rencontres hebdomadaires de deux heures données par un psychologue et des professionnels de la santé, à la suite du départ de l'hôpital. Les partenaires amoureux participaient aux deux premières séances. Les objectifs de ces rencontres étaient d'informer les patients par rapport à l'infarctus, son traitement et la période de réadaptation, de promouvoir un ajustement positif, de les aider à mieux gérer leur stress et de leur enseigner des techniques de relaxation. Les mesures ont été prises à six mois (entrevue structurée) et à 12 mois (bilan médical). Sur l'échantillon initial, 2158 personnes ont rempli la mesure à six mois et 2042 ont rempli la mesure à 12 mois. Malgré ce nombre important de participants, l'intervention n'a pas démontré d'effet sur les variables étudiées. En effet, les résultats ne suggèrent pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (Jones et West, 1996).

De leur côté, Johnston et ses collègues (1999) ont cherché à comparer l'efficacité d'un programme offert pendant l'hospitalisation à un programme « étendu », ainsi qu'aux soins de base offerts dans ce milieu hospitalier. Les chercheurs souhaitaient vérifier si l'intervention offerte à l'hôpital serait plus efficace que les soins de base offerts par le médecin traitant et tout aussi efficace que le programme long. Cent patients ayant fait un infarctus du myocarde ainsi que 72 partenaires ont été séparés de façon aléatoire entre le groupe contrôle et les deux groupes d'intervention. Les participants du groupe recevant l'intervention à l'hôpital ont bénéficié de cinq rencontres de psychoéducation et de soutien offertes par un membre du personnel infirmier. Les participants prenant part au programme « étendu » ont reçu les mêmes rencontres à l'hôpital en plus d'avoir droit à huit autres rencontres au cours des six semaines suivant leur départ de l'hôpital. Ces rencontres se sont faites en individuel et en couple, les partenaires étant présents lorsqu'ils le pouvaient. Les séances ont permis aux participants de recevoir de l'information sur l'infarctus du myocarde et son traitement, ainsi que sur l'impact émotionnel de la maladie, la gestion du stress et la période de réadaptation. Les thèmes étaient abordés en fonction des besoins des patients. Les mesures ont été prises au départ de l'hôpital, puis à deux, six et 12 mois suivant ce départ selon les instruments utilisés. Les résultats obtenus suggèrent un

effet significatif des deux interventions sur les variables mesurées, lorsque comparés au groupe contrôle, et ce, tant chez le patient que chez le partenaire. Toutefois, aucune différence significative n'est ressortie entre les participants des deux groupes d'intervention (Johnston *et al.*, 1999).

Finalement, Liljeroos et ses collègues (2015) se sont penchés sur l'impact à long terme d'une intervention psychoéducatrice offerte aux patients ayant fait un infarctus et à leur partenaire amoureux. Cent cinquante-cinq dyades ont été réparties de façon aléatoire entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Les participants du groupe contrôle ont reçu les soins de base,

incluant le suivi prodigué par le médecin traitant ainsi que de l'information. Les couples du groupe expérimental ont, en plus, pris part à trois rencontres de psychoéducation et de soutien. Ces rencontres ont eu lieu à deux, six et 12 semaines suivant le départ de l'hôpital. Ces séances ont permis aux participants de recevoir de l'information sur l'infarctus, de travailler la résolution de problème et d'être mieux outillés face à la détresse émotionnelle engendrée par la maladie. Des mesures de santé physique et psychologique ont été évaluées avant l'intervention, puis 24 mois après. Les résultats obtenus ne suggèrent pas de différence significative entre les groupes et ne permettent pas de dégager un effet significatif de l'intervention (Liljeroos *et al.*, 2015).

Tableau 1

Présentation des études

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Sher <i>et al.</i> 2014	N = 80 patients, maladie coronarienne ou événement cardiaque	Patients : -Exercice physique -Alimentation -Adhésion à la médication -Satisfaction conjugale	Expérimental : 18 rencontres de groupe en couple (psychoéducation) + habiletés de communication, difficultés motivationnelles et relationnelles Contrôle : 18 rencontres de groupe (psychoéducation), patients seulement	Augmentation significative du niveau d'exercice dans les 2 groupes Pas d'amélioration au niveau de l'alimentation et de l'adhésion à la médication Interaction entre le niveau de satisfaction conjugale pré intervention et le groupe
Yates <i>et al.</i> 2015	N = 34 patients, pontage coronarien	Patients : -Capacités physiques Patients + partenaires : -Activité physique -Alimentation	Programme de 3 mois : -Psychoéducation en groupe -Suivi individuel -Accès aux installations d'entraînement Expérimental : Patients et partenaires Contrôle : Patients Partenaires : invités aux rencontres de groupe + accès aux installations	Patients : Capacités physiques augmentées chez les deux groupes Patients et partenaires : Pas de maintien du niveau d'activité physique recommandé dans le temps Amélioration au niveau des habitudes alimentaires Pas de différence entre les groupes
Wadden 1983	N = 36 patients, hypertension Séparés en fonction de la médication : -sans médication -diurétiques seulement -bêta bloqueurs avec ou sans diurétiques	Patients : -Pression artérielle -Temps de pratique	8 rencontres de groupe : entraînement aux techniques de relaxation Expérimental : Patients + partenaires (au moins 5 rencontres sur 8) Contrôle : Patients seulement	Diminution significative de la pression artérielle dans les 2 groupes Temps de pratique significativement plus grand dans le groupe expérimental

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Dracup 1985	N = 58 patients, maladie coronarienne	Patients : -Estime de soi -Anxiété -Dépression -Hostilité -Satisfaction conjugale	Expérimental : Programme de réadaptation de base + 10 rencontres en couple Expérimental : Programme de base + 10 rencontres individuelles Contrôle : programme de base seulement	Amélioration significative de l'estime de soi chez les patients participant de façon individuelle Diminution de l'anxiété, des symptômes dépressifs et de l'hostilité chez les trois groupes Pas de changement pour le niveau de satisfaction conjugale
Hartford <i>et al.</i> 2002	N = 131 couples Patients : pontage coronarien	Patients + partenaires : -Anxiété	Expérimental : 7 contacts téléphoniques avec un membre du personnel infirmier Contrôle : Soins de base	Patients : pas de changement significatif, pas de différence entre les groupes Partenaires : diminution chez les deux groupes Anxiété plus élevée chez les patients que chez les partenaires
Thompson et Meddis, 1990a, 1990b	N = 60 couples Patients : infarctus 3 groupes expérimentaux 3 groupes contrôles	Patients + partenaires : -Anxiété -Symptômes dépressifs	Expérimental : Soins de base + 4 rencontres de psychoéducation et de soutien Contrôle : Soins de base	Patients : Diminution significative de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les groupes expérimentaux Partenaires : Diminution significative de l'anxiété chez les groupes expérimentaux Pas de différence entre les groupes pour les symptômes dépressifs Anxiété plus élevée chez les partenaires que chez les patients
Song <i>et al.</i> 2005	N = 32 patients allant avoir une chirurgie cardiaque + substitut 75% des dyades = couples	Patients : -Prise de décision Patients + partenaires : -Congruence -Anxiété -Connaissance des traitements possibles	Expérimental : Entrevue éducative pré chirurgie pour le patient et le substitut Contrôle : Soins de base = Information écrite pré chirurgie	Plus grande congruence chez les dyades du groupe expérimental Pas de différence significative entre les deux groupes pour le niveau d'anxiété, tant chez les patients que chez les substituts Pas de différence significative entre les groupes pour le niveau de connaissance, tant chez les patients et les substituts

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Fridlund <i>et al.</i> 1991	N = 116 patients, infarctus	Patients : -Condition physique -Habitudes de vie -État psychologique -Satisfaction par rapport à la vie -Douleurs à la poitrine suivant un effort -Évaluation personnelle du niveau d'effort physique	Expérimental : Soins de base (3 suivis éducatifs sur une période de 12 mois) + rencontres hebdomadaires de psychoéducation en groupe x 6 mois avec le partenaire amoureux Contrôle : Soins de base (3 suivis éducatifs sur une période de 12 mois)	Santé physique : Amélioration significativement plus grande chez les patients du groupe expérimental Santé psychologique : Pas de différence significative entre les 2 groupes
Gortner <i>et al.</i> 1988	N = 67 couples	Patients : Mesures de santé physique et psychologique	Expérimental : Contenu éducatif sur la santé physique + vidéo éducative et 1 rencontre sur la santé psychologique + 6 rencontres téléphoniques avec un membre du personnel infirmier	Pas de différence significative entre les groupes, tant pour les patients que les partenaires
Gillis <i>et al.</i> 1990	Patients : 1 ^{ère} chirurgie cardiaque	Patients + partenaires : -Ajustement familial et conjugal	Contrôle : Contenu éducatif sur la santé physique	
Lenz et Perkins 2000	N = 38 dyades Patients : pontage coronarien Partenaire : conjoint ou personne responsable des soins 78% des dyades = couples	Patients : -Santé physique -Symptômes dépressifs -Niveau de santé fonctionnelle -Satisfaction vis-à-vis des soins reçus Partenaires : -Santé physique (auto-évaluation) -Symptômes dépressifs	Expérimental : Soins de base (contenu éducatif) + 1 rencontre avec un membre du personnel infirmier + 9 contacts téléphoniques avec les chercheurs (psychoéducation et soutien) Contrôle : Soins de base (contenu éducatif)	Pas de différence significative entre les groupes, tant pour les patients que les partenaires
Jones et West 1996	N = 2328 patients, infarctus	Patients : -Qualité de vie -Morbidity -Mortalité -Prise de la médication -Symptômes anxieux et dépressifs	Expérimental : 7 rencontres hebdomadaires (psychoéducation, gestion du stress, relaxation); les 2 premières rencontres incluent le partenaire. Contrôle : Soins de base	Pas de différence significative entre les 2 groupes

Auteurs	Échantillons	Variables	Intervention	Résultats
Johnston <i>et al.</i> 1999	N = 100 patients, infarctus + 72 partenaires	Patients + partenaires : -Connaissance de la maladie -Symptômes anxieux et dépressifs -Satisfaction avec les soins reçus Patients : -Limitations fonctionnelles	Expérimental : Soins de base (suivi par le médecin traitant) + 5 rencontres de psychoéducation et de soutien avec un membre du personnel infirmier Expérimental : Soins de base (suivi par le médecin traitant) + 5 rencontres de psychoéducation et de soutien + 8 rencontres en individuel ou en couple Contrôle : Soins de base (suivi par le médecin traitant)	Effet significatif des deux interventions, chez les patients et les partenaires lorsque comparés au groupe contrôle Pas de différence entre les 2 groupes expérimentaux
Liljeroos <i>et al.</i> 2015	N = 155 couples Patients : infarctus	Patients + partenaires : -Santé globale -Symptômes dépressifs -Perception de contrôle sur la maladie	Expérimental : Soins de base (suivi médical et contenu informatif) + 3 rencontres de psychoéducation et de soutien Contrôle : Soins de base (suivi médical et contenu informatif)	Pas d'effet significatif de l'intervention Pas de différence entre les 2 groupes

PORTRAIT CRITIQUE

Effet des interventions. Les chercheurs des études recensées se sont intéressés à l'effet d'une intervention offerte aux patients ayant une maladie cardiovasculaire et à leur partenaire. Les couples participants étaient comparés aux patients recevant l'intervention sans leur partenaire ou aux patients recevant les soins habituellement offerts en centre hospitalier. Les variables à l'étude étaient de nature physique (p. ex., maintien de bonnes habitudes de vie) et/ou de nature psychologique (p. ex., niveau d'anxiété). Les résultats obtenus dans ces 13 études témoignent d'une efficacité plutôt faible des interventions. Seules trois recherches ont rapporté des résultats positifs (Johnston *et al.*, 1999; Sher *et al.*, 2014; Thompson et Meddis, 1990), alors que deux d'entre elles (Fridlund *et al.*, 1991; Wadden, 1983) ont vu leurs hypothèses être partiellement confirmées. Les hypothèses de départ d'une majorité d'études n'ont pu être confirmées. En effet, les recherches de Dracup (1985), Gortner *et al.* (1988), Hartford *et al.* (2002), Jones et West (1996), Lenz et Perkins (2000), Liljeroos *et al.* (2015), Song *et al.* (2005), ainsi que celle de Yates *et al.* (2015) n'ont pu suggérer de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, tant sur les variables de santé physique que de santé psychologique. En fonction de la littérature scientifique actuelle, il ne semble pas possible de confirmer l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux offertes au cours de la réadaptation cardiaque.

LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Types d'intervention. Deux aspects ont été contrôlés par les chercheurs, afin de limiter la variabilité inter-groupe et inter-étude. D'abord, tant les participants des

groupes expérimentaux que les participants des groupes contrôles étaient en couple. De plus, la majorité des auteurs se sont assurés qu'il n'y ait pas de différence marquée entre les groupes expérimentaux et contrôles sur des variables telles que le sexe, la sévérité de la maladie, l'âge, etc.

Cependant, d'autres aspects rendent difficile la comparaison des études et de leurs résultats. Premièrement, il y avait une grande hétérogénéité dans les interventions testées. En effet, certaines interventions n'incluaient le partenaire amoureux qu'une seule fois ou quelques fois dans le suivi. Cette implication était généralement déterminée dans le protocole de recherche, mais elle pouvait aussi être déterminée en fonction de l'intérêt du couple, comme c'est le cas dans l'étude de Johnston *et al.* (1999). Par ailleurs, plusieurs interventions proposaient des rencontres de groupe en couple, alors que pour d'autres il s'agissait d'un suivi en personne ou par téléphone. Certaines se concentraient sur l'aspect informatif, d'autres offraient un soutien psychologique, alors que d'autres proposaient l'apprentissage et la pratique de diverses techniques (relaxation, communication, résolution de problème). Peu d'interventions visaient un contenu directement lié à la vie de couple. La majorité des thématiques abordées se concentraient sur la maladie cardiaque (facteurs de risque, impacts de la maladie, traitements, habitudes de vie, etc.) et la gestion émotionnelle. Seules les études de Sher *et al.* (2014), Lenz et Perkins (2000) et Dracup (1985) ont abordé des thématiques propres à la vie de couple (communication, modification des rôles, gestion des conflits). Il est finalement important de noter que les interventions proposées ne s'appuyaient pas sur des modèles de compréhension ou des théories reconnues sur

le fonctionnement de couple (p. ex., attachement chez l'adulte) et qu'une seule étude a proposé une intervention menée, entre autres, par des psychologues (Jones et West, 1996).

Groupes contrôles. L'hétérogénéité importante dans les soins offerts aux groupes contrôles est un autre aspect qui rend difficile la comparaison des études. En effet, dans certains cas, les participants des groupes contrôles ont pris part à la même intervention que les participants du groupe expérimental, sans être accompagnés de leur partenaire amoureux, alors que d'autres ont reçu les soins de base offerts dans le milieu hospitalier participant. À ce sujet, il n'est pas toujours possible de savoir quelle était la nature des soins de base offerts et ces programmes différaient d'une étude à l'autre. Par ailleurs, dans les cas où ce programme de base était plus étoffé (p. ex., Dracup, 1985), il est possible que cela ait limité l'effet de l'intervention testée. En effet, le fait de recevoir de l'information et du soutien dans le cadre du programme de soins de base lors de la période de réadaptation a pu avoir un impact positif sur la santé physique et psychologique des participants, limitant ainsi la différence entre les résultats obtenus entre le groupe contrôle et expérimental.

Variabilité dans les diagnostics. On dénote également une grande variabilité entre les études quant aux diagnostics de maladie cardiovasculaire et à la sévérité et la durée de la maladie chez les patients participants. Cela peut avoir influencé l'état physique et psychologique pré-intervention dans lequel se trouvait les patients et leur partenaire et ainsi avoir eu un impact sur la réadaptation.

Qualité de la relation de couple. Alors que les chercheurs présentés dans cette recension s'intéressaient à l'ajout du partenaire amoureux dans la réadaptation cardiaque, peu d'entre eux se sont intéressés à la satisfaction conjugale ou la qualité de la relation. Seuls Dracup (1985), Gillis *et al.* (1990), Gortner *et al.* (1988) et Sher *et al.* (2014) l'ont mesurée. Les résultats obtenus par Sher et ses collègues (2014), par exemple, suggèrent que le niveau de satisfaction conjugale peut influencer l'impact potentiel de l'intervention, dans ce cas-ci en ayant favorisé un plus grand niveau d'exercice physique. Il semble qu'il serait pertinent de considérer le niveau de satisfaction conjugale, puisqu'il s'agit d'un déterminant important dans le développement et le pronostic de la maladie ainsi que d'un facteur modérateur pouvant moduler l'effet d'une intervention chez les patients et leur partenaire.

Échantillons. À l'exception de l'étude Jones et West (1996; $N = 2328$), les essais cliniques cités ici avaient tous de petits échantillons ($N = 34$ à 172). Pour certaines des études présentées (Fridlund *et al.*, 1991; Gillis *et al.*, 1990; Gortner *et al.*, 1988; Hartford *et al.*, 2002; Lenz et Perkins, 2000; Liljeroos *et al.*, 2015; Sher *et al.*, 2014; Song *et al.*, 2005; Yates *et al.*, 2015), cette situation s'est avérée problématique. En effet, en raison d'une difficulté de recrutement ou d'un pourcentage important d'abandon,

ces chercheurs n'ont pu attendre la puissance statistique nécessaire. Cela a pu nuire à la possibilité d'obtenir des différences significatives entre les groupes.

À ce sujet, il est aussi important de noter que certains chercheurs ont eu de la difficulté à recruter. Par exemple, les taux de participation pour les études de Yates *et al.* (2015), Sher *et al.* (2014), Lenz et Perkins (2000) et Hartford (2002) étaient respectivement de 54%, 28%, 75% et 21%. Il est possible qu'une différence existe entre les couples ayant accepté et ceux ayant refusé de participer par rapport à leur satisfaction conjugale, leur motivation, et leur état physique et psychologique.

Par ailleurs, certains aspects de ces échantillons ont affecté la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. En général, ils étaient homogènes, étant composés de couples hétérosexuels majoritairement caucasiens. L'homme représentait principalement le patient et la femme, la conjointe. Des personnes de diverses origines ethniques, des couples LGBTQ+, ainsi que des femmes font eux aussi face à la maladie cardiovasculaire. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant ne permettent pas de déterminer si les interventions proposées sont bien adaptées à leur réalité.

Instruments. Un autre point à considérer est l'utilisation de questionnaires auto-rapportés. Bien que ce type d'instruments soit utile, spécialement dans l'évaluation de la santé mentale, il importe d'interpréter les résultats obtenus avec prudence. En effet, il s'agit de mesures subjectives : il y a pu avoir de la désirabilité sociale ainsi qu'une sur ou une sous-évaluation des difficultés chez certains participants. Au niveau physique, des mesures plus objectives existent (p. ex., mesure de la pression artérielle, mortalité). Par rapport à la santé psychologique, une entrevue structurée faite par un professionnel formé peut aussi limiter la subjectivité. Certains auteurs ont utilisé ce type de mesure en combinaison avec des questionnaires auto-rapportés, soit Fridlund *et al.* (1991), Gortner *et al.* (1988), Jones et West (1996), Sher *et al.* (2014), Thompson et Meddis (1990a), Wadden (1983), Yates *et al.* (2015).

Études longitudinales. Bien que la majorité de ces recherches aient inclus une mesure longitudinale, le temps entre la fin du traitement et la prise de mesure à la relance était relativement court, en général autour de six mois. Une seule étude a fait une relance à 18 mois (Sher *et al.*, 2014) et une autre à 24 mois (Liljeroos *et al.*, 2015). Dans l'état actuel de la recherche, il n'est donc pas possible d'établir l'impact potentiel à long terme des interventions.

Discussion

Forces et limites de la recension. Cette recension a répondu aux trois objectifs de départ en présentant les études qui ont vérifié l'effet d'une intervention impliquant le partenaire amoureux dans le cadre de la réadaptation cardiaque, en mettant en lumière le succès limité des interventions évaluées auprès de cette population, ainsi

qu'en détaillant les limites des études recensées. Elle diffère des ouvrages existants par les critères d'inclusion et d'exclusion déterminés ainsi que par les objectifs retenus. En effet, seules les études expérimentales et quasi expérimentales ont été incluses. Par ailleurs, elle présente une analyse critique des études sélectionnées et traite, en détail, des limites de ces études. Elle permet finalement d'élargir la littérature scientifique en français.

Il faut néanmoins tenir compte de certaines limites inhérentes aux choix qui ont été effectués dans le cadre de la présente revue. D'abord, la décision de sélectionner seulement les études expérimentales et quasi expérimentales visait à inclure des recherches dont la méthodologie était plus solide. Néanmoins, ce critère a pu empêcher l'inclusion de recherches qualitatives ou d'études sans groupe contrôle traitant de ce sujet. De plus, les articles rédigés dans des langues autres que le français et l'anglais n'ont pas été retenus, limitant ainsi l'accès à certaines études. En ce sens, il est possible que des recherches ayant testé des interventions conjugales reconnues et ayant obtenu des résultats positifs n'aient pas été sélectionnées.

Conclusion

L'ensemble des résultats obtenus quant à l'amélioration de la santé physique et psychologique des patients et de leur partenaire témoigne d'un succès assez faible. Les données actuelles ne permettent donc pas de statuer avec certitude de l'efficacité des interventions impliquant le partenaire amoureux dans la réadaptation cardiaque.

Le lien entre la qualité conjugale et la santé cardiovasculaire étant bien documenté, il semble nécessaire de développer des interventions impliquant le partenaire amoureux qui pourront être incluses dans la réadaptation cardiaque, tant dans le but d'améliorer la santé physique (p. ex., adhésion aux recommandations, pronostic) que la santé psychologique et le fonctionnement (p. ex., symptômes anxieux, ajustement conjugal) des patient(e)s et de leur conjoint(e).

De nouvelles études seront nécessaires, afin de combler les lacunes des recherches actuelles et d'identifier les interventions qui sont efficaces. Il sera pertinent d'utiliser des approches conjugales déjà validées empiriquement auprès de la population en santé et de les tester auprès des couples faisant face à la maladie cardiovasculaire. Certains chercheurs ont déjà amorcé un travail en ce sens. Par exemple, Tulloch et ses collègues (2020) ont obtenu des résultats prometteurs en utilisant une intervention basée sur la théorie de l'attachement auprès des patients et de leur partenaire. Il sera finalement utile de faire des études de processus, afin de dégager les ingrédients actifs et de déterminer quels sont les effets spécifiques de l'implication du partenaire amoureux et ainsi d'adapter les interventions proposées aux couples dans le cadre de la réadaptation cardiaque.

Abstract

The quality of the romantic relationship is one of the psychosocial factors that has an impact on the development and prognosis of cardiovascular disease (Greenman *et al.*, 2014). The inclusion of the romantic partner in cardiac rehabilitation seems to be promising since the spouse can have a positive influence on different aspects: lifestyle, motivation, social and emotional support, decision-making, and communication (Tulloch & Greenman, 2018). The inclusion of the romantic partner can also help to combine secondary prevention strategies for the patient and primary prevention strategies for the spouse (Yates *et al.*, 2015). This review aims to present studies that have verified the impact of an intervention involving the partner in a cardiac rehabilitation setting, to evaluate the effects of these interventions on the physical and psychological health of patients and partners and finally, to present the limits of these studies. Thirteen studies were identified through PsycINFO, PsycARTICLES, and PubMed, as well as through other reviews and a meta-analysis. The identified studies were different interventions for patients with cardiac disease in which the romantic partner took part in at least one session. The results suggest a moderate impact. The majority of researchers did not find a difference between the intervention and usual care. The results are considered according to the limits of the studies: small homogeneous samples, variability in the proposed interventions, absence of a recognized couple therapy, selection bias, short follow-up, and difficult comparison between interventions and usual care. More studies will be needed to provide meaningful evidence to health care professionals.

Keywords : Cardiovascular disease, cardiac rehabilitation, couple intervention, intervention involving the romantic partner

Références

- Aggarwal, B., Liao, M., Christian, A. et Mosca, L. (2009). Influence of caregiving on lifestyle and psychosocial risk factors among family members of patients hospitalized with cardiovascular disease. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 93-98. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0852-1>
- Cameron, J., Thompson, D. R., Szer, D., Greig, J. et Ski, C. F. (2017). Dyadic incongruence in chronic heart failure: Implications for patient and carer psychological health and self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4804-4812. <https://doi.org/10.1111/jocn.13836>
- Dracup, K. (1985). A controlled trial of couples group counseling in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 5, 436-442.
- Fridlund, B., Högstedt, B., Lidell, E. et Larsson, P. A. (1991). Recovery after myocardial infarction: Effects of a caring rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5, 23-32. <https://doi.org/10.1111/j1471-6712.1991.tb00078.x>
- Gillis, C.L., Neuhaus, J. M. et Hauck, W. W. (1990). Improving family functioning after cardiac surgery: A randomized trial. *Heart and Lung*, 19, 648-654.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. D., Bravata,

- D. M., Ford, E. S., Fox, C. S., Franco, S., Fullerton, H. J., Gillespie, C., Hailpern, S. M., Heit, J. A., Howard, V. J., Huffman, M. D., Kissela, B. M., Kittner, S. J., Lackland, D. T. et Turner, M. B. (2013). Heart disease and stroke statistics – 2013 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *127*, 6-245. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31828124ad>
- Gortner, S. R., Gillis, C. L., Shinn, J. A., Sparacino, P. A., Rankin, S., Leavitt, M., Price, M. et Hudes, M. (1988). Improving recovery following cardiac surgery: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, *13*, 649-661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01459.x>
- Greenman, P. S., Tassé V. et Tulloch, H. (2014). Straight to the heart: Romantic relationships, Attachment, and the management of cardiac disease. Dans A. Rennolds (dir.), *Psychology of Perception and Interpersonal Relationships* (pp.157-174). Nova Science Publishers.
- Hartford, K., Wong, C. et Zakaria, D. (2002). Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: Effects of anxiety. *Heart and Lung*, *31*, 199-206. <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.122942>
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B. et Gudmundsdottir, H. (1999). Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and rehabilitation: A controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 225-233. <https://doi.org/0033-3174/99/6102-0225>
- Jones, D. A. et West, R. R. (1996). Psychological rehabilitation after myocardial infarction: Multicenter randomized controlled trial. *British Medical Journal*, *313*, 1517-1521. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7071.1517>
- Liljeroos, M., Agren, S., Jaarsma, T., Arestedt, K. et Strömberg, A. (2015). Long term follow-up after a randomized integrated educational and psychosocial intervention in patient-partner dyads affected by heart failure. *PLOS ONE*, *10*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138058>
- Lenz, E. R. et Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*, *13*, 142-150. <https://doi.org/10.1053/apnr.2000.7655>
- Manfredini, R., De Giorgi, A., Tiseo, R., Boari, B., Cappadona, R., Salmi, R., Gallerani, M., Signagni, F., Manfredini, F., Mikhailidis, D., P. et Fabbian, F. (2017). Marital status, cardiovascular diseases, and cardiovascular risk factors: A review of the evidence. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, *26*, 624-632. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6103>
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J. et Saghafi, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*, 325-342. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9216-2>
- Randall, G., Molloy, G. J. et Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patient: A systematic review. *Health Psychology Review*, *3*, 1-84. <https://doi.org/10.1080/17437190902984919>
- Reid, J., Ski, C. F. et Thompson, D. R. (2013). Psychological interventions for patients with coronary heart disease and their partners: a systematic review. *PLoS One*, *8*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073459>
- Rouleau, C. R., King-Shier, K. M., Tomfohr-Madsen, L. M., Bacon, S. L., Aggarwal, S., Arena, R. et Campbell, T. S. (2018). The evaluation of a brief motivational intervention to promote intention to participate in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*, *101*, 1914-1923. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.015>
- Sher, T., Braun, L., Domas, A., Bellg, A., Baucom, D. H. et Houle, T. T. (2014). The Partner For Life Program: A couple approach to cardiac risk reduction. *Family Process*, *53*, 131-149. <https://doi.org/10.1111/famp.12061>
- Shields, C. G., Finley, M. A., Chawla, N. et Meadors, P. (2012). Couple and family interventions in health problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 265-280. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00269.x>
- Song, M-K., Kirchhoff, K. T., Douglas, J., Ward, S. et Hammes, B. (2005). A randomized, controlled trial to improve advance care planning among patients undergoing cardiac surgery. *Medical Care*, *43*, 1049-1053. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000178192.10283.b4>
- Statistique Canada (2019, 18 janvier). Les dix principales causes de décès, 2013. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310039401>
- Thompson, D. R. et Meddis, R. A. (1990a). A prospective evaluation of in-hospital counselling for first time myocardial infarction men. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*, 237-248. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90080-N](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90080-N)
- Thompson, D. R. et Meddis, R. A. (1990b). Wive's responses to counselling early after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *34*, 249-258. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90081-E](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90081-E)
- Tulloch, H. E. et Greenman, P. S. (2018). In sickness and in health: relationship quality and cardiovascular risk and management. *Current Opinion in Cardiology*, *33*, 521-528. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000553>
- Tulloch, H., Johnson, S., Demidenko, N., Clyde, M., Bouchard, K. et Greenman, P. S. (2020). An attachment-based intervention for patients with cardiovascular disease and their partners; A proof-of-concept study. *Health Psychology*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0001034>

- Wadden, T. A. (1983). Predicting treatment response to relaxation therapy for essential hypertension. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 11, 683-689. <https://doi.org/10.1097/00005053-198311000.00007>
- Whalley, B., Thompson, D. R. et Taylor, R. S. (2014). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *International of Behavioral Medecine*, *21*, 109-121. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9282.x>
- Yates, B. C., Norman, J., Meza, J., Krogstrand, K. S., Harrington, S., Shurmur, S., Johnson, M. etSchumacher. K. (2015). Effects of Partners Together in Health intervention on physical activity and healthy eating behaviors: A pilot study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *30*, 109-120. <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000127>

LA GESTION DE LA HONTE EN LIEN AVEC LES PROFILS DE PERFECTIONNISME

Olivia Daigneault, Jean-Philippe Béliveau et Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières

Le modèle théorique 2 x 2 de Gaudreau et Thompson (2010) propose quatre (4) groupes de perfectionnistes (p.ex : non-perfectionnistes, préoccupations pures, standard personnel pur, profils mixtes). Ces groupes se différencient dans leur capacité à gérer des émotions comme la honte. Cette étude a été menée auprès de 216 femmes et 98 hommes de la population générale âgées de 19 à 71 ans ($M = 28,78$, $É-T = 10,72$). L'objectif était de vérifier si ces groupes ont des réactions différentes suite à la lecture de scénarios d'expériences honteuses. Ils ont complété le QP-R, le *Questionnaire des motivations et des comportements en réaction à la honte* et le TOSCA-3. Les résultats supportent le modèle 2x2. Les participants des groupes ayant des préoccupations perfectionnistes voulaient adopter davantage de comportements d'évitement pour protéger l'estime de soi tandis que les comportements d'approche et de réparation sont associés à la recherche de haut standard. D'un point de vue clinique, l'étude ouvre des pistes de réflexion sur le type d'intervention à utiliser dans le traitement du perfectionnisme.

See end of text for English abstract

Mots-clés : perfectionnisme, préoccupations perfectionnistes, recherche de hauts standards comportements, honte, approche, évitement, réparation, protection, motivation

Correspondance : olivia.daigneault.psy@gmail.com
693, Marcelle-Ferron, Saint-Lin-Laurentides, J5M 0B2; Téléphone :
819-668-9464

Contexte théorique

La tendance à présenter des traits perfectionnistes a augmenté au cours des dernières années. Une récente méta-analyse a démontré qu'au cours des trois dernières décennies, les étudiants du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni s'auto-imposeraient davantage de standards de performance et à leur entourage (Curran et Hill, 2017). Ces derniers auraient aussi l'impression que la société leur en impose davantage. La même étude a aussi également observé une augmentation des taux de dépression, d'anxiété et de suicide au cours de la dernière décennie (Curran et Hill, 2017).

Le perfectionnisme peut se caractériser à travers des distorsions cognitives telles que des ruminations concernant la peur d'échouer, la fixation d'objectifs impossibles à atteindre et un besoin excessif de l'approbation des autres (Bergman, Nylan et Burns, 2007). La littérature contemporaine suggère que le perfectionnisme est compris à travers deux grandes dimensions, soit la recherche de standards élevés et les préoccupations pour les erreurs (Gaudreau et Thompson, 2010 ; Stoeber et Otto, 2006). La recherche de hauts standards signifie que l'individu est en quête d'accomplissement et qu'il se fixe des objectifs élevés. Les préoccupations pour les erreurs se traduisent par une auto-évaluation critique de soi-même et une peur de faire des erreurs. La première dimension serait associée, entre autres, à des affects positifs comme l'énergie et l'enthousiasme (Frost, Heimberg, Holt, Mattia et Neubauer, 1993) à moins de détresse (DiBartolo, Li et Frost, 2008), à une meilleure efficacité, à la réussite et à la motivation académique. Les préoccupations sont associées à la dépression et aux affect négatifs comme la peur, la culpabilité et la honte (Frost *et al.*, 1993) et à plus de symptômes psychopathologiques comme l'anxiété et la dépression (DiBartolo *et al.*, 2008).

Gaudreau et Thompson (2010) proposent une conceptualisation du perfectionnisme selon un modèle 2 x 2 par le croisement des deux dimensions, soit la recherche de standards élevés et la préoccupation pour les erreurs.

Cette conceptualisation permet de créer quatre groupes de perfectionnistes ; le groupe standards personnels purs (faibles préoccupations et recherche de hauts standards élevée), le groupe des profils mixtes (préoccupations élevées et recherche de hauts standards élevée), le groupe des préoccupations pures (préoccupations élevées et faible recherche de hauts standards) et le groupe des non-perfectionnistes (faibles préoccupations et faible recherche de hauts standards). Le groupe des standards personnels purs correspondrait à un perfectionnisme davantage sain. Les profils mixtes et préoccupations pures eux correspondraient à des formes de perfectionnisme malsain. Le groupe des préoccupations pures aurait une faible tendance à la fixation de hauts standards, mais présente tout de même des préoccupations perfectionnistes. Ce type de perfectionnisme serait avant tout caractérisé par une recherche de perfection uniquement motivée par une pression sociale. Ce groupe présenterait plus d'impacts négatifs du perfectionnisme comparativement aux trois autres groupes (Gaudreau et Thompson, 2010).

Des études ont permis d'appuyer le modèle de Gaudreau et Thompson et la différence significative entre ces groupes au niveau de certaines variables comme la personnalité, le niveau de détresse psychologique et les accomplissements académiques (Cox, Enns et Clara, 2002; Douilliez et Lefèvre, 2011; Gaudreau et Verner-Filion 2012; Hill, 2013). Dans la recherche des variables qui permettent de mieux expliquer les différences entre les groupes de perfectionnistes, on note un intérêt grandissant envers les émotions. Une étude menée auprès d'adolescents a démontré que le groupe des standards personnels purs (perfectionnisme sain) est le groupe le plus associés à des affects positifs, suivis du groupe des profils mixtes, des non-perfectionnistes et, finalement, des préoccupations pures. Les analyses ont aussi démontré que les groupes des préoccupations pures et des profils mixtes sont davantage associés à des affects négatifs, comparativement aux groupes des standards personnels purs et des non-perfectionnistes. Le groupe des préoccupations pures et le groupe des profils mixtes présentaient quant à eux des taux similaires d'affects négatifs (Damian, Stoeber, Negru et Baban, 2014).

Considérant que les perfectionnistes présentent une forte tendance à s'auto évaluer en regard aux standards qu'ils s'imposent, la littérature démontre un intérêt pour les émotions auto-conscientes comme la honte, la culpabilité et la fierté (Hewitt et Flett, 1991; Langhinrichsen-Rohling, Saito et Klibert, 2005; Lutwak et Ferrari, 1996; Stoeber, Harris et Moon, 2007; Stoeber, Kempe et Keogh, 2008; Tangney, 2002). Les émotions auto-conscientes diffèrent des émotions primaires comme la peur, la tristesse car elles requièrent une conscience soi et une représentation de soi qui ensemble, rendent possible une auto-évaluation qui, à son tour, rend possible l'émotion auto-consciente comme la honte (Tracy et Robins, 2009). La honte est donc considérée comme une

émotion consciente (De Hooge, Zeelenberg et Breugmans, 2010; Lindsay-Hartz, 1984) c'est-à-dire qu'elle est liée à l'autoévaluation qu'une personne se fait d'elle-même. Des études démontrent que le perfectionnisme et la honte sont liés à la fois au niveau conceptuel et empirique (Hollender, 1965; Wyatt et Gilbert, 1998). Les études réalisées selon le modèle triparti du perfectionnisme (le modèle triparti de Stoeber et Otto (2006) prétend que les individus se distribuent dans trois groupes, soit les non perfectionnistes regroupant ceux ayant une faible recherche de hauts standards, les perfectionnistes sains caractérisés par la recherche de hauts standards élevés et de faible préoccupations perfectionnistes, et les perfectionnistes malsains correspondant aux profils mixtes du modèle 2x2) démontrent que les individus qui ont tendance à se fixer des standards personnels élevés ressentiraient plus de fierté à la suite d'un succès (Fedewa, Burns et Gomez, 2005; Stoeber *et al.*, 2008). Cette tendance serait aussi négativement liée à la honte, l'inquiétude et l'indécision ce qui signifie que les personnes ayant une recherche de hauts standards élevés ressentiraient moins ces émotions. À l'inverse, les gens présentant une tendance à la préoccupation aux erreurs ressentiraient plus ces émotions (Piotrowski, 2019). Le perfectionnisme malsain corrèle aussi positivement avec la honte et les personnes rencontrant les critères de perfectionnismes malsains ont plus de chance de rapporter des sentiments de honte ou d'embarras (Fedewa *et al.*, 2005; Hu, Chibnall et Slavin, 2019). Ce dernier groupe est aussi associé positivement à des stratégies de régulation de la honte comme l'autocritique de soi, dans laquelle la personne va diriger le blâme et la colère envers elle-même et le retrait, qui consiste à s'effacer ou se retirer lorsque la personne ressent la honte (Schalkwijk, Someren et Wassing, 2019). Bien que l'association entre la honte et le perfectionnisme soit démontrée dans quelques études (Ashby, Rise et Martin, 2006; Elison et Partridge, 2012; Fedewa *et al.*, 2005; Hu, Chibnall et Slavin, 2019; Piotrowski, 2019; Stoeber *et al.*, 2008) aucune étude n'appuie des différences entre les quatre groupes selon le modèle de Gaudreau et Thompson (2010). Par ailleurs, comme plusieurs des psychopathologies associées au perfectionnisme sont également associées à un sentiment de honte (Burns, 1980; Shafran et Mansell, 2001; Stoeber *et al.*, 2007), il semble pertinent de comprendre comment les individus perfectionnistes gèrent cette émotion.

Les études démontrent que la honte occupe un rôle important dans plusieurs psychopathologies telles que l'anxiété sociale (Matos, Pinto-Gouveia et Gilbert, 2013), les troubles du comportement alimentaire (Keith, Gillanders et Simpson, 2009) et la dépression (Cheung, Gilbert et Irons, 2004). La honte est aussi associée à diverses fonctions. Elle motiverait des comportements qui conviennent aux autres et jouerait un rôle important dans la conformité aux normes sociales (Scheff, 1988). Elle contribuerait aussi à d'autres fonctions adaptatives comme la protection de l'estime lorsqu'elle est blessée ou faible (Pines, 1987; Trumbull, 2003). Cette dernière fonction a

été mise en évidence par quelques auteurs dans des études moins récentes (de Hooge *et al.*, 2010; Ferguson, 2005; Sherer et Wallbott, 1994).

De Hooge et coll. (2010) ont suggéré que la honte peut être conceptualisée dans sa fonction de réparation ou de protection du soi. Alors que certaines études démontrent que la honte stimule les comportements d'évitement (Sherer et Wallbott, 1994), d'autres suggèrent qu'elle stimulerait plutôt les comportements d'approche (Frijda, Kuipers et Ter Schure 1989; Tangney, Miller, Flicker et Barlow, 1996).

De Hooge et ses collaborateurs ont proposé une nouvelle compréhension en s'inspirant de l'approche fonctionnelle des émotions, qui stipule que ceux-ci visent à activer un comportement pour gérer un problème ou une insatisfaction (Zeelenberg, Nelissen, Breugelmans et Pieters, 2008). Ils proposent donc que la fonction première de la honte serait d'amener l'individu qui la ressent à chercher à réparer son image personnelle ou la relever. Si le soi est trop endommagé ou que la réparation est difficile, les auteurs proposent que l'individu vise davantage à protéger son image en adoptant des comportements d'évitement.

Ils soutiennent aussi l'idée que la préoccupation par rapport à un soi menacé pourrait aussi diriger l'individu vers des comportements d'approche pour réparer le soi à travers la performance ou de nouveaux défis. Les comportements d'approche sont donc susceptibles d'amener l'individu à avoir une image plus positive de lui-même (de Hooge *et al.*, 2010). Par contre, s'il est impossible d'adopter des comportements d'approche ou que c'est trop risqué étant donné un soi trop faible, l'individu adoptera des comportements d'évitement ou de retrait. (Ferguson, 2005; Scherer et Wallbott, 1994). Ces comportements surviendraient uniquement lorsqu'il n'est pas possible pour un individu d'adopter des comportements d'approche ou bien lorsque cela est trop risqué de perdre davantage, lorsque le soi est trop faible (de Hooge *et al.*, 2010). Les résultats des études de de Hooge et collaborateurs (2010) ont confirmé que la honte motive des comportements d'approche et d'évitement pour gérer une image personnelle menacée.

Objectifs et hypothèses de l'étude

La conception proposée par de Hooge et ses collaborateurs (2010) offre une perspective intéressante sur la gestion de la honte. Les données sur le perfectionnisme mettent en lumière que les groupes établis selon le modèle 2x2 tendent à se comporter différemment à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel. Il serait donc possible que les groupes aient des façons différentes de gérer la honte. Les traitements offerts pour le perfectionnisme sont majoritairement de nature cognitivo-comportementale (Loyd, Schmidt, Khondoker et Tchanturia, 2015), mais la honte ne semble pas souvent être une cible spécifique dans ces traitements. L'éclaircissement de l'interaction entre la gestion de la

honte et les comportements perfectionnistes pourrait ouvrir de nouvelles pistes en psychothérapie.

L'objectif de cette étude est d'approfondir la relation entre les différents groupes de perfectionnistes et la façon dont ils gèrent la honte en utilisant une procédure similaire à celle de Hooge et collaborateurs (2010). Ainsi, elle vise à vérifier si les quatre groupes de perfectionnistes diffèrent dans leur façon de réagir à des mises en situation illustrant des expériences honteuses. Les hypothèses suivantes sont construites selon la théorie de Gaudreau et Thompson (2010):

Hypothèse 1 : Les participants du groupe des standards personnels purs devraient donc présenter significativement moins de honte, davantage de comportements d'approche et moins de comportements d'évitement que le groupe des non-perfectionnistes. Au niveau des motivations, ils devraient aussi présenter significativement plus de désir de réparation et moins de protection que le groupe des non-perfectionnistes.

Hypothèse 2 : Les participants du groupe des non-perfectionnistes devraient présenter significativement moins de honte et de comportements d'évitement puis davantage de comportements d'approche que le groupe des préoccupations pures. Ils devraient aussi présenter significativement plus de motivation à la réparation et moins de protection que ce dernier groupe.

Hypothèse 3 : Les participants du groupe des profils mixtes devraient présenter significativement moins de honte de comportement d'évitement et motivation à la protection comparativement au groupe des préoccupations pures. Ils devraient aussi avoir significativement plus de comportements d'approches et de désir de réparation que ce groupe.

Hypothèse 4 : Enfin, les participants des standards personnels purs devraient présenter significativement moins de honte, de comportement d'évitement et moins de motivations à la protection que le groupe des profils mixtes. Ils devraient aussi présenter davantage de comportements d'approche et moins de motivations à la réparation que ce dernier groupe.

Méthodologie

Participants. Trois cent quatorze personnes de la population générale ont participé à l'étude dont 216 femmes (68,8%) et 98 hommes (31,2%) âgés entre 19 et 71 ans ($M = 28,78$, $É-T = 10,72$). Toute personne francophone âgée entre 18 et 75 ans consentant de façon libre et éclairée pouvait participer à l'étude. L'étude s'intéresse au perfectionnisme et à la honte chez l'adulte, car les traitements sont habituellement offerts d'abord pour cette clientèle, pour être par la suite adaptés pour les enfants/adolescents. L'échantillon comprend des célibataires (52,2 %), conjoints(es) de fait (30,3 %), divorcés(es) (2,9 %), mariés(e) (12,4 %) et des veufs(ves) (2,2 %). La majorité des participants sont des travailleurs (49 %) et des étudiants (42 %). Au niveau de la

scolarisation, l'échantillon comprend des participants sans diplôme (3,5%), avec un diplôme d'études secondaires (16,6%), un diplôme au niveau collégial (38,2%), un certificat (8%), un diplôme de baccalauréat (24,5%), un diplôme de maîtrise (7%) et un diplôme doctoral (2,2%).

Procédure. Les participants de l'échantillon ont été recrutés à partir de publicité sur les réseaux sociaux (Facebook). Les publicités indiquaient qu'une étude recherchait des participants pour une étude sur le perfectionnisme et les émotions. Les personnes intéressées devaient cliquer sur le lien dans la publicité et ils étaient ensuite redirigés vers le site web *Survey Monkey* qui contenait le questionnaire. Après la lecture des informations éthiques et après avoir donné leur consentement, les personnes pouvaient répondre au questionnaire.

Instrument de mesure

Questionnaire sociodémographique. Des questions concernant l'âge, l'occupation et le niveau de scolarité ont été récoltées.

Questionnaire sur le perfectionnisme-Révisé (QP-R; Langlois, Rhéaume et Gosselin, 2009). Ce questionnaire en français de vingt items mesure le niveau perfectionnisme selon deux facteurs, la recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes. Sept items portent sur la recherche de hauts standards comme « J'essaie toujours de bien réussir les choses que j'entreprends » et 13 items sur les préoccupations perfectionnistes comme par exemple « Mes tendances perfectionnistes m'amènent à douter de mes performances ». Les items sont mesurés sur une échelle de Likert allant de (1) « Ne me décrit pas du tout » à (5) « Me décrit tout à fait ». recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes. Ce questionnaire est utilisé afin de créer quatre groupes distincts de perfectionnistes (sains, malsains, non-perfectionnistes et purs). La consistance interne apparaît satisfaisante pour la recherche de hauts standards (7 items $\alpha = 0,80$) et excellente pour les préoccupations perfectionnistes (13 items, $\alpha = 0,94$). La structure factorielle a été validée auprès d'un échantillon adulte non clinique (Langlois *et al.*, 2009).

Questionnaire sur les motivations et les comportements liés à la honte (de Hooge *et al.*, 2010). Ce questionnaire a été traduit selon la méthode de Brislin (1970) et comporte un scénario illustrant une expérience honteuse. Dans ce scénario, les participants devaient s'imaginer faire une présentation orale devant un groupe et devait s'imaginer rater la présentation. Suite à la lecture du scénario, les participants répondaient au questionnaire de 18 items contenant deux échelles. La première échelle (10 items) vise à évaluer les motivations derrière les comportements et comprend deux sous-échelles, soit la réparation (p. ex., je voudrais m'assurer que je suis compétent(e)) et la protection (p. ex., ne pas avoir une pire image de moi-même). Les participants doivent répondre aux 10 items sur une échelle allant de (1) *Pas du tout* à (7)

Très fortement. La deuxième échelle (8 items) vise à mesurer les comportements émis en réaction à la honte et comporte deux sous-échelles, soit l'approche (p. ex., Je ferais de mon mieux pour montrer aux autres mes capacités) et l'évitement (p. ex., J'évitais les activités où je ne suis pas bon(ne)). Les participants doivent répondre aux huit items sur une échelle de 0 à 10 (très probable à très peu probable) à quel point l'item leur correspond. La consistance interne des échelles est satisfaisante pour les sous-échelles de réparation ($\alpha = 0,88$), protection ($\alpha = 0,83$) et approche ($\alpha = 0,81$) et excellente pour l'échelle d'évitement ($\alpha = 0,92$) (de Hooge *et al.*, 2010).

Test des émotions réflexives (French- TOSCA-3 ; Tangney, Dearing, Wagner et Gramzow, 2000; version traduite de Nugier, Gil et Chekroun, 2012). Ce questionnaire a pour objectif de mesurer la prédisposition aux émotions réflexives ou « conscientes » et comprend six échelles soit la honte, la culpabilité, l'externalisation, le détachement, la fierté alpha (fierté de soi) et la fierté beta (fierté de ses actions). Pour cette recherche, seule l'échelle de la honte est utilisée. Le questionnaire original comprend seize scénarios présentant chacun quatre ou cinq choix de réponses qui sont différentes réactions possibles. Par contre, en raison d'une erreur d'entrée du questionnaire en ligne, le scénario six n'a pas été utilisé dans cette étude et nous avons donc quinze scénarios. Les participants doivent se positionner sur chaque réaction possible sur une échelle allant de (1) *Pas du tout* à (5) *Tout à fait*. La présente étude utilise uniquement le score total de l'échelle de honte. La consistance interne de cette échelle centrale pour l'étude est considérée comme acceptable ($\alpha = 0,84$).

Analyses

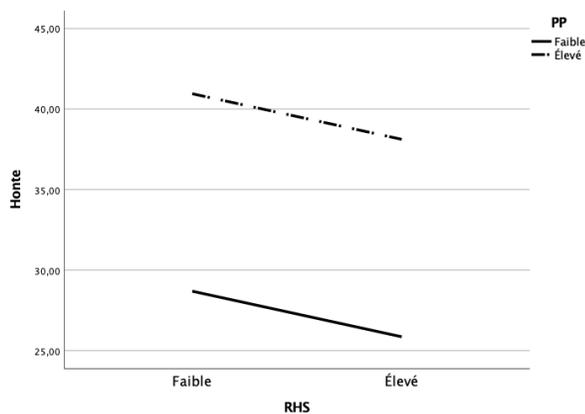
Des analyses descriptives ont été effectuées afin de s'assurer que les postulats des analyses principales soient respectés. Les résultats démontrent que les variables à l'étude sont normalement distribuées. Les analyses suivantes ont été faites suivant la méthodologie de Gaudreau (2012). Des analyses de régressions hiérarchiques ont d'abord été effectuées. Les modèles de régression étaient construits en utilisant les scores centrés par rapport à la moyenne de préoccupations perfectionnistes et de recherche de hauts standards suivi par l'effet d'interaction, et ce, pour chaque variable dépendante (honte, comportements d'évitement, d'approche, de réparation et de protection). Lorsque l'effet d'interaction n'est pas significatif, celui-ci est retiré du modèle et une analyse de régression multiple est par la suite effectuée avec les scores non-centrés des préoccupations perfectionnistes et de recherche de hauts standards. Une démarche analytique est ensuite effectuée pour calculer les valeurs prédites pour chaque groupe de perfectionnisme et pour chaque variable dépendante en utilisant les valeurs d'écart-type des préoccupations perfectionnistes et de recherche de hauts standards. Une fois les valeurs prédites calculées, il est possible d'estimer les tailles d'effets standardisées comparant les groupes.

Résultats

Pour la variable de la honte ($M = 43,69$, $\acute{E}-T = 10,74$), le modèle de régression hiérarchique avec les scores centrés est significatif : $F(2, 311) = 35,19$, $p < 0,001$. La variable de recherche de haut standard est associée de façon négative et significative à la honte ($\beta = -0,136$, $p = 0,04$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative à la honte ($\beta = 0,573$, $p < 0,001$). L'effet d'interaction n'est pas associé de façon significative à la honte ($\beta = -0,008$, $p = 0,87$) et est donc retiré du modèle. Le modèle de régression multiple avec les scores non centrés est significatif : $F(2, 311) = 52,94$, $p < 0,001$ et explique 25,4 % de la variance. La recherche de haut standard est associée de façon négative et significative à la honte ($\beta = -0,132$, $p = 0,03$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative à la honte ($\beta = 0,57$, $p < 0,001$). La figure suivante montre les valeurs prédites selon les différents groupes et les tailles d'effets entre ceux-ci sont présentées dans le tableau 1.

Figure 1

Valeurs prédites de honte pour les quatre groupes de perfectionnistes.¹



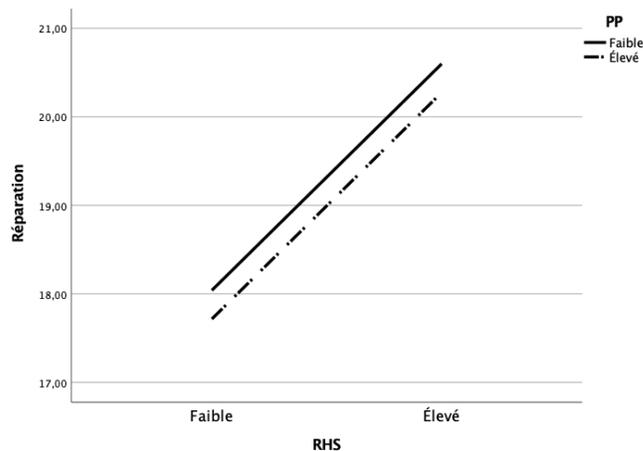
Pour la variable de motivation de réparation ($M = 25,07$, $\acute{E}-T = 6,62$), le modèle de régression hiérarchique avec les scores centrés est significatif : $F(2, 311) = 3,52$, $p = 0,015$. La variable de recherche de haut standard est associée de façon significative et positive à la réparation ($\beta = 0,19$, $p = 0,013$). Les préoccupations perfectionnistes ne sont pas associées de façon significative à la réparation ($\beta = -0,02$, $p = 0,80$). L'effet d'interaction n'est pas associé de façon significative à la réparation ($\beta = -0,02$, $p = 0,74$) et est donc retiré du modèle. Le modèle de régression multiple avec les scores non centrés est significatif : $F(2, 311) = 5,248$, $p = 0,006$ et explique 3,27% de la variance. La recherche de haut standard est associée de façon positive et significative aux motivations de réparation ($\beta = 0,19$, $p = 0,005$). Les préoccupations perfectionnistes ne sont pas associées de façon significative au désir de

¹ RHS signifie Recherche de Haut Standard, PP signifie Préoccupation perfectionniste.

réparation ($\beta = -0,02$, $p = 0,73$). La figure suivante montre les valeurs prédites selon les différents groupes et les tailles d'effets entre ceux-ci sont présentées dans le tableau 1.

Figure 2

Valeurs prédites de motivation de réparation des quatre groupes de perfectionnistes².

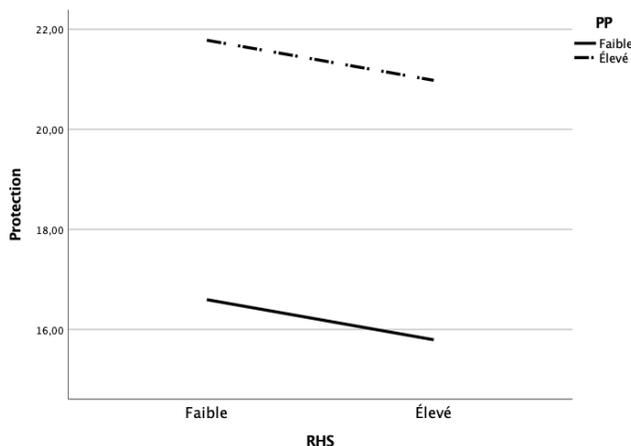


Au niveau de la motivation de protection ($M = 24,21$, $\acute{E}-T = 7,03$), le modèle de régression hiérarchique avec les scores centrés est significatif : $F(2, 311) = 14,40$, $p < 0,001$. La variable de recherche de haut standard n'est pas associée de façon significative à la protection ($\beta = -0,100$, $p = 0,16$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative à la protection ($\beta = 0,394$, $p < 0,001$). L'effet d'interaction n'est pas associé de façon significative à la protection ($\beta = -0,99$, $p = 0,082$) et est donc retiré du modèle. Le modèle de régression multiple avec les scores non centrés est significatif $F(2, 311) = 20,00$, $p < 0,001$ et explique 11,40 % de la variance. La recherche de haut standard n'est pas associée de façon significative au désir de protection ($\beta = -0,06$, $p = 0,39$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative au désir de protection ($\beta = 0,37$, $p < 0,001$). La figure suivante montre les valeurs prédites selon les différents groupes et les tailles d'effets entre ceux-ci sont présentées dans le tableau 1.

² RHS signifie Recherche de Haut Standard, PP signifie Préoccupation perfectionniste.

Figure 3

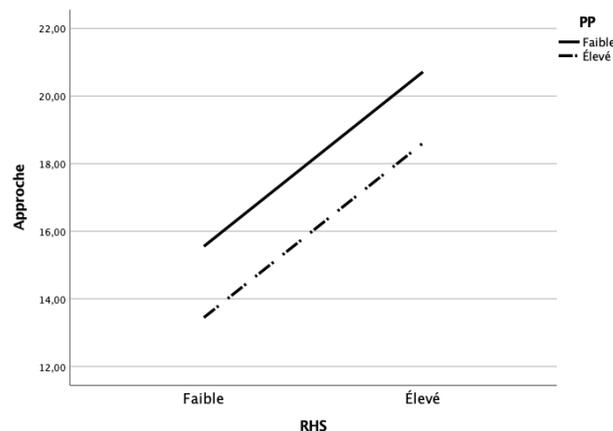
Valeurs prédites pour la motivation de protection des quatre groupes de perfectionnistes.³



Pour l'échelle des comportements d'approche ($M = 26,92$, $\acute{E}-T = 7,90$), le modèle de régression hiérarchique avec les scores centrés est significatif : $F(2, 311) = 8,134$, $p < 0,001$. La variable de recherche de haut standard est associée de façon significative et positive au comportement d'approche ($\beta = 0,325$, $p < 0,001$). Les préoccupations perfectionnistes ne sont pas associées de façon significative à l'approche ($\beta = -0,132$, $p < 0,059$). L'effet d'interaction n'est pas associé de façon significative au comportement d'approche ($\beta = -0,003$, $p = 0,995$) et est donc retiré du modèle. Le modèle de régression multiple avec les scores non centrés est significatif $F(2, 311) = 12,24$, $p < 0,001$ et explique 7,30 % de la variance. La recherche de haut standard est associée de façon positive et significative aux comportements d'approche ($\beta = 0,327$, $p < 0,001$). Les préoccupations perfectionnistes ne sont pas associées de façon significative aux comportements d'approche ($\beta = -0,133$, $p = 0,051$). La figure suivante montre les valeurs prédites selon les différents groupes et les tailles d'effets entre ceux-ci sont présentées dans le tableau 1.

Figure 4

Valeurs prédites de comportements d'approche des quatre groupes de perfectionnistes.⁴



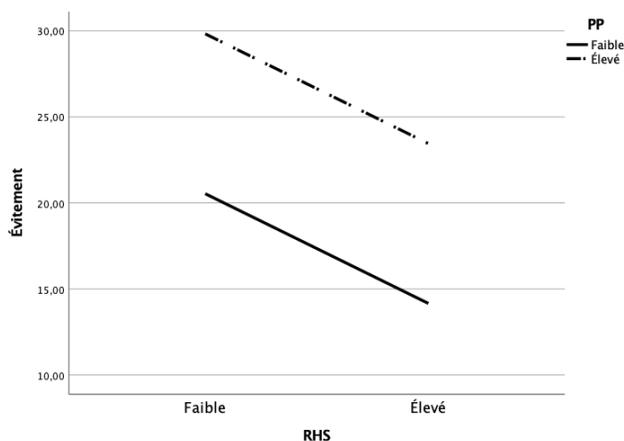
Pour l'échelle des comportements d'évitement ($M = 19,29$, $\acute{E}-T = 9,77$), le modèle de régression hiérarchique avec les scores centrés est significatif : $F(2, 311) = 18,74$, $p < 0,001$. La variable de recherche de haut standard est associée de façon significative et négative à l'évitement ($\beta = -0,293$, $p < 0,001$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative à l'évitement ($\beta = 0,455$, $p < 0,001$). L'effet d'interaction n'est pas associé de façon significative à l'évitement ($\beta = 0,077$, $p = 0,171$) et est donc retiré du modèle. Le modèle de régression multiple avec les scores non centrés est significatif $F(2, 311) = 27,09$, $p < 0,001$ et explique 14,80 % de la variance. La recherche de haut standard est associée de façon négative et significative aux comportements d'évitement ($\beta = -0,326$, $p < 0,001$). Les préoccupations perfectionnistes sont associées de façon positive et significative aux comportements d'évitement ($\beta = 0,475$, $p < 0,001$). La figure suivante montre les valeurs prédites selon les différents groupes et les tailles d'effets entre ceux-ci sont présentées dans le tableau 1.

³ RHS signifie Recherche de Haut Standard, PP signifie Préoccupation perfectionniste.

⁴ RHS signifie Recherche de Haut Standard, PP signifie Préoccupation perfectionniste.

Figure 5

Valeurs prédites pour les comportements d'évitement des quatre groupes de perfectionnistes⁵.



Discussion

L'objectif de cette étude était d'étudier les différences entre les groupes de perfectionnistes tels que définis par le modèle 2x2 proposé par Gaudreau et Thompson (2010) quant à leurs réactions dans une mise en situation illustrant une expérience de honte. Les comparaisons ont été faites sur la base du questionnaire de motivations suivant la honte comprenant une sous-échelle comportementale comprenant l'approche et l'évitement et une sous-échelle de motivation comprenant le désir de réparation ou de protection. Les analyses de régression selon Gaudreau (2012) ont permis majoritairement de confirmer les quatre hypothèses de l'étude, mais les grandeurs d'effets diffèrent selon les variables comportementales et motivationnelles.

La première hypothèse stipulait que le groupe standard personnel pur aurait de meilleurs indices de fonctionnement que le groupe non-perfectionniste puisque la recherche de haut standard serait associée à des bénéfices (Gaudreau et Thompson, 2010). Les résultats démontrent que les participants du groupe standard personnel pur présentaient moins de honte suite à la lecture des scénarios du TOSCA-3 que ceux du groupe des non-perfectionnistes, mais il faut souligner que la grandeur d'effet pour cette variable est faible. Ce groupe a aussi démontré davantage de comportements d'approche et moins d'évitement comparativement aux non-perfectionnistes. Les tailles d'effet modérées observées suggèrent que les individus ayant de plus de hauts standards auraient davantage tendance à chercher à rehausser leur estime personnelle en adoptant des comportements d'approche suite à la mise en situation d'expérience de honte comparativement aux non-perfectionnistes. Le groupe standard personnel pur est aussi plus motivé par la réparation comparativement aux non-perfectionnistes, mais la taille d'effet est faible. Pour les motivations de protection, la taille d'effet est négligeable et suggère que les deux groupes ne diffèrent pas sur cet aspect et que ces deux groupes ressentent un besoin similaire de protéger leur estime. En somme, telle que la théorie du modèle 2x2 du perfectionnisme (Gaudreau et Thompson, 2010) le propose, le groupe standard personnel pur semble présenter des comportements plus sains devant une situation honteuse que les non-perfectionnistes et aurait globalement un peu moins tendance à ressentir cette émotion. Ils opteraient pour des comportements d'approche dans le but de réparer leur image d'eux même. Les non-perfectionnistes, lorsque comparés au groupe standard personnel pur, auraient plus tendance à réguler la honte en adoptant des comportements d'évitement dans le but de protéger l'estime de soi.

Tableau 1

Taille d'effet entre les scores moyens calculés avec la méthode de Gaudreau (2012)

	d de Cohen (1988)			
	Standard personnel pure et Non-perfectionniste (H1)	Non-perfectionniste et Préoccupation pure (H2)	Profil mixte et Préoccupation pure (H3)	Standard personnel pur et Profil Mixte (H4)
Réparation	0,39	0,05	0,39	0,05
Protection	-0,11	-0,74	-0,11	-0,74
Approche	0,65	0,27	0,65	0,27
Évitement	-0,65	-0,95	-0,65	-0,95
Honte	-0,26	-1,14	-0,26	-1,14

⁵ RHS signifie Recherche de Haut Standard, PP signifie Préoccupation perfectionniste.

La deuxième hypothèse stipulait que le groupe des non-perfectionnistes devrait avoir un fonctionnement plus sain que le groupe des préoccupations pures parce qu'ils seraient moins préoccupés par l'erreur. Les résultats confirment cette hypothèse et démontrent que le groupe des préoccupations pures a davantage tendance à ressentir de la honte et à vouloir protéger leur ego que les non-perfectionnistes. Les tailles d'effet sont respectivement modérées et fortes pour ces deux variables. La différence entre ces deux groupes au niveau de la motivation de réparation est négligeable et semble facile à expliquer par la faible recherche de hauts standards et la faible recherche de gain dans ces deux groupes (Slade et Owens, 1998). La taille d'effet entre les deux groupes était forte pour les comportements d'évitement, démontrant que le groupe des préoccupations pures avait plus tendance à éviter que les non-perfectionnistes. La différence était faible pour les comportements d'approche, le groupe des non-perfectionnistes ayant plus tendance à les utiliser. La faible recherche de hauts standards chez ces deux groupes explique aussi le peu de différence au niveau des comportements d'approche. La présence de préoccupations semble donc globalement amener une augmentation de la honte ressentie, une motivation de protection dans le but de protéger l'image personnelle et éventuellement des comportements d'évitement.

La troisième hypothèse du modèle 2x2 suggère que le groupe profils mixtes devrait avoir des indices de fonctionnement plus sain que le groupe de préoccupations pures. Les résultats confirment que les participants du groupe profil mixte ressentaient moins de honte après les scénarios que ceux du groupe des préoccupations pures, mais que la taille d'effet était faible. Au niveau des comportements, la différence entre ces deux groupes était modérée et les profils mixtes ont présenté davantage de comportements d'approche et moins de comportements d'évitement que le groupe des préoccupations pures. Enfin, le groupe de profils mixtes a présenté davantage de motivation de réparation avec une taille d'effet modérée. Quant à la motivation de protection, la différence négligeable suggère plutôt que les deux groupes sont similaires. Globalement, malgré le fait que les tailles d'effets soient de faibles à modérés, ces résultats viennent aussi appuyer cette partie des hypothèses liée au modèle 2x2 de Gaudreau et Thompson (2010). La composante saine de la recherche de hauts standards du groupe profil mixte pourrait donc atténuer l'impact négatif des préoccupations perfectionnistes.

Enfin, la dernière hypothèse du modèle 2x2 suggère que le groupe standard personnel pur devrait présenter des indices de fonctionnement plus sain que le groupe de profils mixtes étant donné qu'il présente moins de préoccupations perfectionnistes. Les résultats démontrent que le groupe des standards personnels purs ressentait moins de honte que les profils mixtes et que la taille de cet effet est forte. Ils présentaient aussi moins de motivation de protection et de comportements d'évitement que le

groupe des profils mixtes, ces dernières tailles d'effet étant respectivement modérées et fortes. Les participants du groupe des standards personnels purs démontrent aussi plus de comportements d'approche que le groupe profils mixtes, mais la taille d'effet sur cette différence est faible. Les résultats démontrent par ailleurs que les groupes diffèrent peu au niveau de la motivation à la réparation. Le fait que le groupe profils mixtes présente un niveau de honte plus élevé renforce le postulat que l'évitement serait mis en place dans le but de protéger une estime plus fragilisée étant donné leur tendance à craindre l'erreur. La faible tendance aux préoccupations perfectionnistes du groupe standards personnels purs pourrait les amener à avoir plus de comportements d'approche.

Globalement, les résultats mettent en évidence le fait que les participants présentant plus de préoccupations perfectionnistes (soit les profils mixtes et préoccupations pures) ressentent plus de honte et que la mise en situation de honte les amène à vouloir se protéger et adopter des comportements d'évitement comparativement aux autres groupes dans le but de protéger leur image personnelle. Les quatre hypothèses du modèle de Gaudreau et Thompson (2010) sont confirmées, mais les grandeurs d'effets sont majoritairement faibles à modérées pour la première et troisième hypothèse puis modérées à forte pour la deuxième et quatrième hypothèse. L'ampleur des différences est plus importante lorsque ce sont les niveaux de préoccupations perfectionnistes qui entrent en jeu. Ce résultat appuie à nouveau la nature malsaine de la dimension des préoccupations (Dibartolo *et al.*, 2008) et sa présence semblerait donc avoir un effet plus important que l'effet positif associé à la recherche de hauts standards. Par contre, la présente étude démontre tout de même que la recherche de hauts standards du profil mixte semble l'amener à développer des comportements d'approche plus sains que le groupe des préoccupations pures tel que suggéré par Gaudreau et Thompson (2010). Les groupes présentant davantage de recherche de hauts standards ressentent dans l'ensemble moins de honte, ont plus de comportements d'approche et de motivation de réparation de leur image personnelle que les autres groupes qui présentent peu de recherche de hauts standards.

Cette étude comporte quelques limites qui méritent d'être soulignées. Les questionnaires auto rapportés ont pu induire un biais de désirabilité sociale et le scénario mesurant la honte pourrait ne pas avoir autant d'impact chez certains participants si la situation n'était pas très idiosyncrasique pour eux. Comme les participants étaient tous de la population générale, il pourrait aussi être intéressant de comparer des populations clinique et non clinique à l'aide des mêmes mises en situation. Dans de futures études, il conviendrait de valider le *Questionnaire des motivations et comportements liés à la honte* avec un échantillon plus grand. Finalement, ce questionnaire a l'avantage d'évaluer les comportements et motivations associés à la suite d'une émotion induite. Il pourrait être intéressant de tenter de créer des situations générant de la

honte qui s'avèreraient plus idiosyncrasiques aux personnes participant à l'étude. Enfin, les prochaines études pourraient porter une attention aux échelles de motivation. Dans la présente étude, on note que les échelles de motivation (réparation, protection) sont associées à des grandeurs d'effet plus faible que les échelles comportementales. Il pourrait arriver qu'il soit plus facile pour les participants de mesurer des comportements que la motivation qui se cache derrière leur comportement.

Finalement, cette étude suggère des pistes de réflexion intéressantes pour l'intervention. Elle indique que les réactions face à la honte diffèrent selon les tendances des personnes sur les deux dimensions du perfectionniste. La stratégie d'évitement et de protection, bien que fonctionnelle à court terme, ne permet pas à la personne de développer son estime d'elle-même à plus long terme. Ainsi, la même logique d'exposition graduelle fréquemment utilisée en intervention pour l'anxiété semble aussi pertinente pour les enjeux de honte, qui impliquent souvent la peur de décevoir l'autre ou de se décevoir soi-même. Les individus pourraient être invités à prendre conscience que leur stratégie d'évitement ne vise pas à gérer seulement la partie plus facilement reconnaissable qu'est la peur, mais aussi une émotion plus subtile comme la honte. L'exposition pourrait aussi être associée à la critique de cette combinaison de peur et de honte qui se cache derrière la peur de décevoir les autres ou la peur de se décevoir soi-même. Ainsi, les recherches cliniques pourraient gagner à porter davantage attention aux émotions complexes qui se cachent derrière l'évitement dans le perfectionnisme et aux particularités de l'exposition aux réactions émotionnelles peur/honte. Même si à la base la honte est une émotion qui comporte une fonction saine, elle peut être une expérience émotionnelle aversive intimement liée à la peur de l'échec pour certains individus (McGregor et Elliot, 2005). C'est pourquoi il semble intéressant de mieux considérer l'entièreté de la réaction émotionnelle pour intervenir efficacement auprès d'elle.

Abstract

The 2 x 2 model from Gaudreau and Thompson suggests four (4) groups of perfectionists (non-perfectionists, pure perfectionistic concerns, pure personal standards, mixt profile). Studies have shown that those groups differentiate themselves in their capacity to manage emotions such as shame. The objective of this study is to verify if those perfectionism profiles have different reactions following shameful experiences. The questionnaires were administered online and gathered 216 female and 98 male participants between the age of 19 and 71. They completed the *Revised-Perfectionism Questionnaire*, the *Shame Motivations and Behaviors Reaction Questionnaire* and the *TOSCA-3*. Results support all the hypothesis proposed by Gaudreau and Thompson perfectionism model (2010). In a broader view, it shows that participants from groups with higher perfectionistic concerns, are more prone to protect the self and use avoidant behaviors than other groups. Conversely, approach

and repair behaviors are associated with high personal standard. From a clinical standpoint, this study opens discussion on interventions that could be used to treat perfectionism.

Keywords : perfectionism, perfectionistic strivings, perfectionistic concerns, behaviors, shame, avoidance, repair, protection, motivations

Références

- Ashby, J. S., Rice, K. G. et Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame, and depression. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 148-156.
- Bergman, A. J., Nyland, J. E. et Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 389-399.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultures research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. doi: 10.1177/135910457000100301
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 14(6), 34-52.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Cheung, M. P., Gilbert, P. et Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153.
- Cox, B. J., Enns, M. W. et Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological assessment*, 14(3), 365.
- Curran, T. et Hill, A. P. (2017). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. doi 10.1037/bul0000138
- Damian, L. E., Stoeber, J., Negru, O. et Baban, A. (2014). Positive and negative affect in adolescents: An investigation of the 2 x 2 model of perfectionism. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 18(1), 1-16.
- De Hooge, J. E., Zeelenberg, M. et Breugmans, S. M. (2010). Restore and protect motivations following shame. *Cognition and Emotion*, 24(1), 111-127. doi: 10.1080/02699930802584466
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y. et Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 401-417. doi: 10.1007/s10608-007-9157-7
- Douilliez, C. et Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to Gaudreau and Thompson (2010). *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1147-1151. doi: 10.1016/j.paid.2011.02.005
- Elison, J. et Partiridge, J. (2012). Relationships between shame-coping, fear of failure, and perfectionism in college athletes. *Journal of Sport Behavior*, 35(1), 19-39.

- Fedewa, B. A., Burns, L. R. et Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1609-1619.
- Ferguson, T. J. (2005). Mapping shame and its functions in relationships. *Child Maltreatment*, 10(4), 377-386.
- Frijda, N. H., Kuipers, P. et Ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-228. doi: 10.1037/0022-3514.57.2.212
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. et Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126. doi : 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Gaudreau, P. et Thompson, A. (2010). Testing a 2 x 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
- Gaudreau, P. et Verner-Filion, J. (2012). Dispositional perfectionism and well-being: A test of the 2 x 2 model of perfectionism in the sport domain. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(1), 29-43. doi: 10.1037/a0025747
- Gaudreau, P. (2012). A methodological note on the interactive and main effects of dualistic personality dimensions: An example using the 2x2 model of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 52(1), 26-31.
- Hewitt, P. L. et Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehension Psychology*, 6, 94-103.
- Hu, K. S., Chibnall, J. T. et Slavin, S. J. (2019). Maladaptive perfectionism, impostorism, and cognitive distortions: Threats to the mental health of pre-clinical medical students. *Academic Psychiatry*, 43(4), 381-385.
- Hill, A. P. (2013). Perfectionism and burnout in junior soccer players: A test of the 2 x 2 model of dispositional perfectionism. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 35(1), 18-29. doi: 10.1123/jsep.35.1.18
- Keith, L., Gillanders, D. et Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology et Psychotherapy: An International Journal of Theory et Practice*, 16(4), 317-327.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Saito, M. et Klibert, I. J. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Personnel*, 46(2), 141-156. doi: 10.1353/csd.2005.0017
- Langlois, F., Rhéaume, J. et Gosselin, P. (2009). *Le questionnaire sur le perfectionnisme révisé*. Québec, QC : École de psychologie, Université Laval.
- Lindsay-Hartz, I., de Rivera, J. et Mascolo, M. (1995). Differentiating guilt and shame and their effects on motivation. Dans J. P. Tangney et K. W. Fischer (Éds), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 274-300). New York, NY: Guilford Press.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M. et Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analyses. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705-731. doi: 10.1017/S1352465814000162
- Lutwak, N. et Ferrari, J. R. (1996). Moral affect and cognitive processes differentiating shame from guilt among men and women. *Personality and Individual Differences*, 21(6), 891-896. doi: 10.1016/S0191-8869(96)00135-3
- Matos, M., Pinto-Gouveia, I. et Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 334-349.
- McGregor, H. A. et Elliot, A. J. (2005). The shame of failure: Examining the link between fear of failure and shame. *Personality and social psychology bulletin*, 31(2), 218-231.
- Nugier, A., Gil, S. et Chekroun, P. (2012). Validation française du test des émotions réflexives (French-TOSCA-3) : une mesure des tendances émotionnelles de honte et de culpabilité. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62(1), 19-27. doi: 10.1016/j.erap.2011.09.004
- Pines, M. (1987). Shame: What a psychoanalysis does say and does not say. *Group Analysis*, 20(1), 16-31. doi: 10.1177/0533316487201004
- Piotrowski, K. (2019). Perfectionism and Identity Processes in Two Domains: Mediational Roles of Worry, Rumination, Indecisiveness, Shame, and Guilt. *Frontiers in psychology*, 10, 1864.
- Scherer, K. R. et Wallbott, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 310-328. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.55
- Schalkwijk, F., Van Someren, E. J. et Wassing, R. (2019). A clinical interpretation of shame regulation in maladaptive perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 138, 19-23.
- Scheff, T. (1988). Shame and conformity: The deference emotion system. *American Sociological Review*, 53, 395-406. doi : 10.2307/2095647
- Scherer, K. R. et Wallbott, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 310-328. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.55

- Slade, P. D. et Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390. doi:10.1177/01454455980223010
- Stoeber, J., Harris, R. A. et Moon, P. S. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame and guilt: Compare healthy perfectionists, unhealthy perfectionist and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 43, 131-141. doi: 10.1016/j.paid.2006.11.012
- Stoeber, J., Kempe, T. et Keogh, E. J. (2008). Facets of self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1506-1516. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.007
- Stoeber, J. et Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2
- Tangney, J. P., Dearing, R., Wagner, P. et Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious-Affect 3 (TOSCA-3). Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P. (2002). Perfectionism and the self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride. Dans P. L. Hewitt et G. L. Flett (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10458-008
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L. et Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269. doi: 10.1037/0022-3514.70.6.1256
- Trumbull, D. (2003). Shame: An acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66, 53-64. doi: 10.1521/psyc.66.1.53.20288
- Zeelenberg, M., Nelissen, R. M. A., Breugelmans, S. M. et Pieters, R. (2008). On emotion specificity in decision making: Why feeling is for doing. *Judgment and Decision Making*, 3, 18-27.



L'INVENTAIRE SYSTÉMIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE: RÔLE DES OBJECTIFS DE VIE ET LEUR ATTEINTE DANS L'AJUSTEMENT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES AYANT UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN

Marie-Pier Belisle, Dominique Lanctôt, Annélie Anestin,
Fanny Badaroudine et Gilles Dupuis

Université du Québec à Montréal

La qualité de vie (QV) est souvent utilisée comme indice d'ajustement à une maladie et à son traitement. Objectif : évaluer si l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV) est associé à l'ajustement psychologique chez 118 patientes atteintes de cancer du sein. La QV est mesurée par l'écart entre la situation actuelle de la personne et ses objectifs de vie (en référence à un idéal) organisés hiérarchiquement. Méthode : Devis corrélationalnel vérifiant l'association entre la QV, la dépression, l'anxiété, le désengagement social, l'autodévalorisation et l'irritabilité. Résultats : Une QV faible est associée à plus de symptômes sur les cinq variables. De plus, une faible QV accompagnée d'objectifs de vie éloignés de l'idéal est associée à plus de dépression et d'autodévalorisation. Une QV faible accompagnée de plusieurs priorités de vie élevées est associée à plus de désengagement. Conclusion : Une mesure de QV basée sur les objectifs permet de mieux comprendre le processus d'ajustement psychologique qu'une mesure de QV reliée à la santé.

Mots-clés : Qualité de vie, objectifs de vie, cancer du sein, ISQV

Auteur principal : Marie-Pier Bélisle, belisle.marie-pier.2@courrier.uqam.ca
100 Shebrooke Ouest, Montréal, Qc. H2X 3P2. 514-267-1168

Introduction

Le diagnostic et les effets secondaires du traitement du cancer du sein ont des impacts physiques et psychologiques importants (Vandendorpe *et al.*, 2021). Les principaux symptômes liés au cancer sont la détresse psychologique et la douleur (Johannsen, Sørensen, O'Connor, Jensen et Zachariae, 2017; Syrowatka *et al.*, 2017). Les effets secondaires physiques liés aux traitements de chimiothérapie peuvent inclure la diarrhée, la fatigue, la sécheresse buccale, l'anorexie, l'insomnie, les nausées et vomissements, les infections, la fièvre et la déshydratation (Badger, Braden et Mishel, 2001; Lacourt et Heijnen, 2017). Jusqu'à 50% des femmes atteintes ou survivantes d'un cancer du sein seraient à risque d'éprouver de la détresse psychologique (Caruso, GiuliaNanni, Riba, Sabato et Grassi, 2017). Celle-ci peut se manifester par de l'incertitude liée à l'évolution de la maladie, de la tristesse, de la colère, une diminution de la santé globale, des troubles du sommeil et de concentration, une perte d'appétit, des préoccupations liées à la maladie et à la mort et une diminution de l'estime de soi. La prévalence de l'anxiété est de 32% (Holland et Bultz, 2007; Tsaras *et al.*, 2017) et celle des symptômes dépressifs varie de 7% à 50% (Naser *et al.*, 2021; Walker *et al.*, 2014). Après la première récurrence de cancer, la prévalence du trouble dépressif majeure s'élève entre 22% et 45% (Karibayeva, Turdaliyeva, Zainal et Bagiyarova, 2020). Pour ce qui est de la prévalence du trouble de stress post-traumatique liés au cancer du sein, elle varie de 3 à 19 % dans la littérature (Wu, Wang, Cofie, Kaminga et Liu, 2016). Il est rapporté que des variables sociodémographiques (âge, sexe, culture, niveau de scolarité, milieu de vie, statut social et économique) constituent des facteurs pouvant influencer la présence de symptômes de détresse ou à des troubles psychologiques

(Johannsen *et al.*, 2017). La présence de ces troubles semble aussi liée à des facteurs physiques tels que la gravité de la maladie, le niveau de handicap et de déficience physique et les antécédents de dépression (Aapro et Cull, 1999; Yang et Hendrix, 2018).

Le diagnostic d'un cancer et les traitements qui s'ensuivent entraînent donc une détresse chez bon nombre de gens en raison des fardeaux physiques, cognitifs et émotionnels pouvant perturber le fonctionnement quotidien habituel. Ces données sont inquiétantes, surtout en sachant que ces troubles ont tendance à s'aggraver durant la chimiothérapie (Zielińska-Wieczkowska et Betlakowski, 2010). Toutefois, plusieurs études révèlent que cette détresse est seulement dépistée dans 29% des cas (Howell et Olsen, 2011). De ce fait, le dépistage efficace de la détresse devient un enjeu primordial dans la gestion des soins du cancer. D'ailleurs, le Partenariat Canadien contre le Cancer (2018) soutient l'idée que la détresse soit reconnue comme sixième signe vital à tenir compte. Une revue systématique récente de Caruso *et al.* (2017) suggère que la détresse engendrée par l'effet du stress chronique sur les différentes sphères de vie peut avoir des conséquences négatives sur la QV, l'observance au traitement, la perception subjective des symptômes physiques et, éventuellement, sur le pronostic.

LA QV RELIÉE À LA SANTÉ (QVRS)

Au cours des dernières années, l'intérêt croissant pour le concept de la QV en oncologie a mené à l'élaboration de plusieurs instruments de mesure. Les instruments les plus connus et les plus utilisés actuellement dans le domaine de l'oncologie sont le Quality of life of cancer patients (EORTC QLQ-C30) (Aaronson *et al.*, 1993), le Functional Assessment of Cancer Therapy – General (Fact-G) (Cella *et al.*, 1993), le Cancer Rehabilitation Evaluation System – Short Form (CARES-SF) (Schag, Ganz et Heinrich, 1991) et le Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) (Avis, Smith, McGraw, Smith, Petronis et Carver, 2005) et le Functional Assessment of Cancer Therapy (Fact-B) (Brady *et al.*, 1997). Ces différents questionnaires mesurent la qualité de vie reliée à la santé (QVRS) et sont constitués, d'une part, d'énoncés dits génériques mesurant des états physiques, psychologiques et sociaux, et d'autre part, d'énoncés plus spécifiques et propres à certains cancers comme par exemple, la vie sexuelle pour les cancers génitaux, ou encore la crainte de la récurrence chez les personnes en rémission.

Le concept de la QV peut donc être opérationnalisé de multiples façons et cela influence l'élaboration d'instruments de mesure de la QVRS. Les questionnaires utilisés pour sa mesure abordent principalement les symptômes physiques et psychologiques liés à la maladie (Coutu, Durand, Loisel, Dupuis et Gervais, 2005) et ne font qu'effleurer le système de priorités et les objectifs de

l'individu (Dupuis, Marois et Étienne, 2012). Cependant, si la QVRS inclut la mesure de symptômes physiques et/ou psychologiques et des problèmes de fonctionnement, il devient difficile de distinguer la QV des symptômes : par exemple, une mesure de la QVRS qui est associée à de la détresse psychologique et qui inclue elle-même des questions abordant la détresse (Dupuis *et al.*, 2012). Aussi, le diagnostic d'une maladie entraîne des conséquences qui vont bien au-delà des symptômes physiques ou psychologiques. Par exemple, la possibilité d'atteindre les objectifs que la personne se fixe dans différents domaines de sa vie est au cœur des enjeux liés à la maladie.

LES SOLUTIONS POSSIBLES: LA QUALITÉ DE VIE RELIÉE AUX OBJECTIFS (QVRO)

En considérant la difficulté de définir la notion de la QV, ainsi que les limites des instruments de mesure soulevées précédemment, certains auteurs ont suggéré que, pour évaluer la QV, il faut aller au-delà de la notion de santé physique ou psychologique et de celles de satisfaction, de bon fonctionnement ou de bien-être (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy et David, 1989). Une fois la QV définie de manière spécifique, il devient plus facile d'analyser les liens possibles entre les problèmes de santé (physiques et psychologiques) et la QV (Dupuis *et al.*, 1989). C'est pourquoi il est nécessaire de mesurer la santé physique et la santé psychologique à l'aide d'instruments propres à ces construits et de considérer ces derniers comme des variables distinctes pouvant influencer la QV plutôt que des variables inhérentes à la QV. Ainsi, un modèle de qualité de vie basé sur les objectifs, une approche semblable à celle avancée par Calman (1984) qui se base sur la notion d'écart entre la situation vécue et la situation désirée permettrait de mieux définir le concept.

L'INVENTAIRE SYSTÉMIQUE DE QUALITÉ DE VIE (ISQV)

La pertinence de l'ISQV, relève de trois éléments fondamentaux (Dupuis *et al.*, 2000). Premièrement, il s'agit d'un modèle systémique de la QV d'une personne, c'est-à-dire qu'il intègre l'ensemble des domaines de vie pouvant influencer la QV tels que la vie sociale ou le travail. Deuxièmement, il propose une définition opérationnelle et spécifique de la QV basée sur l'atteinte des objectifs de vie. Troisièmement, il utilise un instrument de mesure qui évalue chaque domaine de vie en mesurant la perception d'atteinte ou non des objectifs. On parle alors de qualité de vie reliée aux objectifs (QVRO). Cette approche implique également d'évaluer le bonheur des individus à travers leur capacité à poursuivre et à atteindre leurs objectifs dans différents domaines de vie, et ce, indépendamment de l'état de santé en question (Dupuis *et al.*, 1989; Kapoor, 2002). Par conséquent, la QV est définie comme un état correspondant au niveau atteint par un individu dans la poursuite d'objectifs

hiérarchisés (Dupuis *et al.*, 1989). En d'autres mots, elle correspond à l'écart entre l'état actuel de l'individu et ses objectifs vis-à-vis différents domaines de sa vie. De plus, l'individu organise ses différents domaines de vie par ordre d'importance. Ainsi, un instrument de mesure de la QVRO devrait mesurer la perception qu'a un individu de la distance qui le sépare de ses objectifs de vie. De plus, il devrait être capable de mesurer la hiérarchie des priorités de la personne. Or, peu d'instruments abordent ces aspects (Dupuis *et al.*, 2000; Mitchell, Benito-Leon, González et Rivera-Navarro, 2005; Testa et Simonson, 1996). L'ISQV se base sur le principe voulant que l'identification des objectifs à atteindre ainsi que le processus pour y arriver constitue le fondement de tout comportement humain (Dupuis *et al.*, 1989). En effet, les auteurs soutiennent que tout comportement humain est mobilisé et soutenu par la poursuite d'objectifs fixés (Martel et Dupuis, 2006). Il s'agit d'un système de contrôle qui organise les comportements et leur donne du sens (Martel et Dupuis, 2006). Dans un tel système, les actions humaines sont menées dans le but de réduire l'écart entre l'état actuel de la personne et les buts fixés tout en prenant en considération le fait que tous les buts n'ont pas la même importance (selon les priorités de l'individu et ses valeurs de vie). Enfin, l'ISQV utilise le concept de la QVRO en se basant sur plusieurs composantes, soit les buts, le contrôle via la boucle de rétroaction négative et positive, ainsi que l'ordre hiérarchique des domaines de vie (Carver et Scheier, 1982; Carver et Scheier, 2000 ; Dupuis *et al.*, 1989; Duquette, Dupuis et Perrault, 1994).

Le modèle de la QV de Dupuis *et al.* (2012) suggère qu'un grand écart entre la condition de la personne et le but dans un domaine de vie génère des effets à court terme d'anxiété, de frustration et de colère. Étienne et Dupuis (2012) ajoutent que le modèle prédirait que des niveaux de priorité trop bas pourraient être associés à une sorte de désinvestissement accompagné de la dépression. Carver, Sutton, et Scheier (2000) mentionnent que la difficulté qu'a une personne à atteindre les buts qu'elle se fixe entraîne, à long terme, des symptômes de dépression et un sentiment d'inefficacité personnelle. Ils ajoutent aussi que la vitesse de rapprochement ou d'éloignement des objectifs visés joue un rôle dans les émotions qui surgissent au fil de la démarche de poursuite des buts. Dans une étude portant sur la qualité de vie au travail (QVT), réalisée avec l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT) qui utilise le même modèle théorique que l'ISQV, Dupuis, Tousignant-Groulx et Bonneville-Hébert (2019) démontrent que chez des travailleurs communautaires, un grand écart de QVT est associé à de l'épuisement professionnel, du désengagement, de l'anxiété, de la dépression et de l'agressivité. Avec le même instrument, Bragard, Dupuis, Razavi, Reynaert et Étienne (2012) avaient révélé que de grands écarts et des buts bas étaient associés, chez des médecins en oncologie, à de l'épuisement émotionnel et à du stress lié au travail.

Outre les clientèles cliniques (oncologie, mucoviscidose, maladie pulmonaire obstructive chronique, problèmes musculo-squelettiques, problème de valve cardiaque, sclérose en plaques et troubles des conduites alimentaires) mentionnées dans l'article de Dupuis *et al.* (2012), l'ISQV a aussi été utilisé avec des personnes âgées et fragiles (Langlois *et al.*, 2013; Langlois *et al.*, 2012) et des patients souffrant du syndrome vagal (Lévesque *et al.*, 2009; Saint-Jean *et al.*, 2008) et des patients souffrant de la maladie de Crohn (Étienne et Dupuis, 2011).

DESCRIPTION DES COMPOSANTES DE L'ISQV : BUTS, CONTRÔLE, BOUCLES DE RÉTROACTION ET ORDRE HIÉRARCHIQUE

En premier lieu, les buts – ou objectifs – sous-tendent les comportements; en d'autres mots, les buts qu'un individu se fixe dans différents aspects de sa vie, qu'ils soient conscients ou non, sont l'essence même de son comportement. Ils sont si intimement liés à son comportement que l'individu en oublie leur importance dans le contrôle de ses actions (Dupuis *et al.*, 1989). Les comportements des individus sont tous orientés vers des buts (Aristote, édition 1987), tous ces buts sont poursuivis dans la perspective d'être heureux, et les objectifs de vie organisent, orientent et donnent un sens aux comportements. En deuxième lieu, le système de contrôle est étroitement lié à l'objectif. C'est ce qui permet l'atteinte et le maintien, au moyen d'actions sur l'environnement, de l'état souhaitable présélectionné (Powers, 1973). Plus précisément, l'individu se fixe d'abord un objectif dans un domaine de sa vie, comme par exemple, être heureux de la qualité de son alimentation. Puis, si la comparaison de l'état actuel de son alimentation par rapport à son objectif révèle un écart, un ensemble d'actions touchant à l'environnement sera déclenché afin de le réduire (Dupuis *et al.*, 1989). Ces actions pourront potentiellement modifier l'état de la personne qui réévaluera ensuite l'écart entre son nouvel état actuel et son objectif. Ce processus sera répété aussi longtemps que l'objectif n'est pas atteint. Par ailleurs, si l'état de l'individu correspond à son objectif, les actions seront orientées vers le maintien de cette situation dans un état stable (Dupuis *et al.*, 1989). Tous les événements qui menacent d'augmenter l'écart seront suivis par un ensemble de mesures destinées à le réduire ou le maintenir stable malgré les perturbations. C'est ce qu'on appelle le mécanisme de contrôle via la boucle de rétroaction négative: l'individu se sent en contrôle lorsque ses efforts et ses actions le rapprochent (diminuent l'écart) sans cesse de ses buts (Dupuis *et al.*, 1989). Lorsque l'écart perçu diminue, l'individu vit une situation favorisant le bonheur. Lorsque l'écart s'agrandit malgré les efforts de la personne (boucle de rétroaction positive), cela favorise une augmentation de l'anxiété, de la colère et des affects négatifs (Carver et Scheier, 1982; Carver et Scheier, 2000;

Carver *et al.*, 2000; Moliner, Durand, Desrosiers et Coutu, 2007).

Objectif et hypothèses de l'étude

L'objectif de cette étude est de déterminer quelle est la contribution relative des différents indices globaux (écart, buts et niveaux de priorité) de l'ISQV à la présence de symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique (l'autodévalorisation, le désengagement social et l'irritabilité) chez les femmes atteintes de cancer du sein. Cette symptomatologie peut être considérée comme un reflet de la santé psychologique. Ceci permettra de mesurer l'apport des objectifs de vie, de la capacité à les atteindre et de leur hiérarchisation dans l'ajustement psychologique suite au diagnostic et au traitement de cancer du sein.

Selon le modèle théorique de l'ISQV et les résultats provenant des études sur la QVT, la première hypothèse suppose que de grands écarts (donc une QV faible) seront associés à des indices plus élevés (symptomatologie plus grande) sur chacune des variables psychologiques. La seconde avance que des scores de buts bas (donc loin de l'idéal) seront associés à des indices plus élevés de dépression, d'auto-dévalorisation et de désengagement. Enfin, la troisième suggère que des niveaux de priorité plus bas (i.e. peu de domaines à « essentiel » et « très important ») seront associés à des indices plus élevés de dépression, de désengagement et d'auto-dévalorisation. Cependant, pour cette dernière, contrairement aux deux précédentes, aucun résultat antérieur ne permet de la soutenir. Seul le modèle la soutient.

Méthode

L'échantillon totalise 160 participantes provenant de données pré-intervention de deux études mesurant les effets du yoga sur le cancer du sein; 78 provenant de l'étude de Lanctôt (2012) et 82 provenant de l'étude d'Anestin (2017). Les patientes avaient toutes reçu un

diagnostic de cancer du sein de stade I, II ou III et devaient recevoir des traitements de chimiothérapie (de type anthracyclines, suivi de Taxane) à la suite d'une chirurgie de lumpectomie, étaient âgées de plus de 18 ans et maîtrisaient le français. Le recrutement a été fait au sein du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre intégré de cancérologie de Laval et du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie après avoir reçu un certificat éthique de chacun d'eux. Les critères d'exclusion étaient les suivants: souffrir d'insuffisance cardiaque, pratiquer le yoga régulièrement et participer activement à une psychothérapie individuelle ou de groupe. Les infirmières des hôpitaux ont facilité le recrutement en dirigeant les patientes éligibles vers les responsables de l'étude. Des rencontres individuelles ont été organisées avec chacune d'elle. Les données sociodémographiques (voir tableau 1) ont été récoltées grâce à un questionnaire maison. La détresse psychologique a été évaluée par la version courte de l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (EMMDP) (Massé *et al.*, 1998) qui comprend 23 items regroupés en quatre facteurs: irritabilité, anxiété/dépression, autodévalorisation et désengagement social, ces deux dernières sous-échelles étant très pertinentes aux objectifs de l'étude. Les scores sont sur une échelle de 0-100. La cohérence interne de ces facteurs varie entre 0,81 et 0,89 (Massé *et al.*, 1998). Les symptômes de dépression ont été mesurés par l'Inventaire de Beck pour la Dépression (IBD-II) (Beck, Steer et Brown, 1996) qui est composé de 21 items basés sur les symptômes de dépression du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). La cohérence interne est de 0,90 et la fidélité test-retest de 0,62) (Beck *et al.*, 1961). Les symptômes d'anxiété ont été mesurés par l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA-Y) (Bouchard *et al.*, 1996) qui possède deux échelles, l'une évalue l'anxiété sous forme d'état et l'autre évalue sous forme de trait. Seule l'anxiété situationnelle a été utilisée. La cohérence interne de cette échelle varie de 0,83, pour les hommes, à 0,92, pour les femmes (Barnes, Harp et Jung, 2002).

Figure 1

Capture d'écran d'un but et vitesse de changement tiré de l'ISQV (qualitedevie.lepsyq.ca)

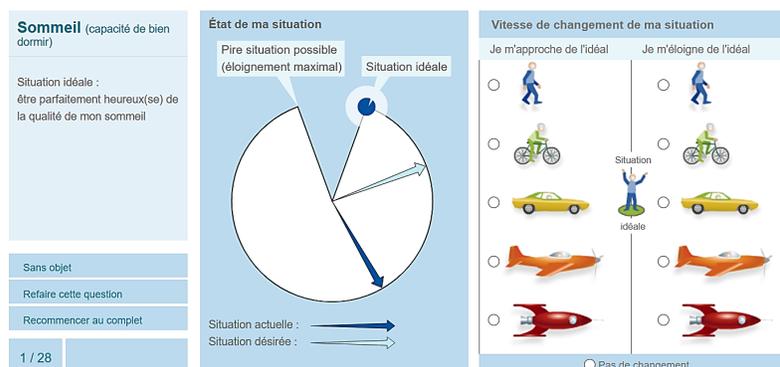


Figure 2

Capture d'écran de la hiérarchisation des domaines tiré de l'ISQV (qualitedevie.lepsyq.ca)

Importance des domaines

Aspect	Importance				
	Essentiel	Très important	Important	Moyennement important	Peu important
Sommeil	<input type="radio"/>				
Capacité physique	<input type="radio"/>				
Alimentation	<input type="radio"/>				
Douleur physique	<input type="radio"/>				
Santé physique globale	<input type="radio"/>				

L'ISQV (Dupuis *et al.*, 1989) a servi à évaluer la QV et les les trois scores mentionnés précédemment serviront à mesurer le processus d'atteinte des objectifs de vie: le score d'écart (qui est le score de QV), le score de but et le score de rang (i.e. degré de priorité accordé à chaque domaine de vie).

La figure 1 illustre la façon dont l'écart et la vitesse sont mesurés. Une fois tous les domaines ainsi évalués, ils sont ensuite mis en ordre d'importance sur une échelle de Likert allant de 5 points allant de « essentiel » à « peu ou pas important ». Les scores d'écart varient de 0–100 pour chacun des items. La cohérence interne est de 0,87. Les coefficients de fidélité test-retest qui ont été évaluées dans un intervalle de deux semaines sont de 0,85 pour le score de but, 0,84 pour le score d'écart et de 0,86 pour le score de rang.

Résultats

Des 160 participantes, 16 n'ont pas retourné leurs questionnaires, 13 n'ont pas rempli tous les questionnaires et 13 ont été retirés à cause de données aberrantes (au-delà de trois écarts-types). Le nombre final de participantes pour les analyses de régression multiples sans sélection est de 118.

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives pour les 118 participantes retenues pour les analyses de régression et celles pour les participantes non retenues. Les participantes retenues avaient, en moyenne 50 ans. Près de la moitié de l'échantillon possédait un diplôme universitaire et 43% gagnaient un revenu familial de 90 000 \$ ou plus. D'ailleurs, 50 % travaillaient encore à temps plein ou à temps partiel, au moment de l'étude. Enfin, près du trois quarts des femmes avaient un cancer de stade II ou III et une tumeur détectée de 2 cm ou plus. Le tableau 1 révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les participantes exclues et celles incluses dans les analyses ultérieures.

Le tableau 2 présente les statistiques descriptives pour les variables utilisées dans les modèles de régression. Comparativement à la population générale, les sujets de cette étude présentaient une moins bonne QV mesurée à l'ISQV (Dupuis *et al.*, 2012). Cet échantillon « normatif » de référence contient 580 individus (Canada et Belgique), hommes et femmes, ne souffrant d'aucun problème de santé important. Ils sont âgés de 16 à 80 ans. On y retrouve des personnes à la retraite et des personnes actives travaillant dans différents domaines. À l'ISQV, l'écart moyen de l'échantillon est de 6,94 (avec un intervalle de confiance (IC: 95) allant de 5,99 à 7,89) alors que l'écart de la population générale est de 3,78 (IC allant de 3,45 à 4,11). La QV des participantes est donc nettement plus faible que pour la population générale. Les participantes ont également un score de but plus près de l'idéal, c'est-à-dire un but plus exigeant que celui de la population générale, soit 12,81 (avec un IC allant de 11,78 à 13,84), comparativement à 17,67 pour la population générale (IC= 16,96 à 18,38). Le score de rang est aussi plus élevé que celui de la population générale; les participantes de l'étude accordent une plus grande priorité à tous les domaines de leur vie, soit 1,63 (IC= 1,59 à 1,67), comparativement à 1,52 pour la population générale (IC= 1,46 à 1,58). Au niveau de la dépression, les résultats montrent que 66% des participantes présentent des symptômes minimaux de dépression, 18% ont des symptômes de dépression légère, 10% atteignent un niveau de symptômes de dépression modérée et 6% de dépression sévère. Les catégories de la mesure d'anxiété ont été établies à partir des scores T des normes de l'article de Bouchard *et al.* (1996). Il y avait 17% des participantes qui ne présentaient pas d'anxiété, 31% présentaient une anxiété légère à moyenne, 27% qui étaient dans la catégorie d'anxiété moyenne à élevée et 25% dans la catégorie anxiété élevée. Enfin, pour la détresse psychologique globale et ses composantes, les normes de l'EMMDP n'étant pas disponibles, un critère d'un écart-type des distributions de ces variables a plutôt été utilisé pour établir la présence d'un score élevé. Ainsi, pour le score global, 14% des participantes affichent un score situé à un écart-type ou plus, 10% pour

l'autodévalorisation, 5% pour le désengagement et 13% pour l'irritabilité.

Corrélation entre les scores de l'ISQV et l'ajustement psychologique

Les analyses de corrélation de Pearson ont été réalisées sur les variables sociodémographiques et les

variables d'ajustement psychologique (anxiété, dépression et détresse). Elles ont révélé que seule la variable « stade de cancer » est reliée significativement à la sous-échelle « désengagement » de la mesure de détresse psychologique (état carré = 0,034, $p = 0,033$). La corrélation étant faible, elle n'a pas été considérée pour les analyses de régressions.

Tableau 1

Différences entre les participants exclus et inclus quant aux caractéristiques sociodémographiques et médicales

Caractéristiques des participantes	Résultats		p
	Exclus*	Inclus	
Âge moyen (n = 137)	50,05 (n = 19, 13,9 %)	50,65 (n = 118, 86,1 %)	0,783
Niveau de scolarité (n = 137)	19 (13,9)	118 (86,1)	0,112
Primaire	0 (0,0)**	1 (0,8)	
Secondaire	5 (26,3)	23 (19,5)	
Diplôme postsecondaire	1 (5,3)	17 (14,4)	
Collégial	2 (10,5)	26 (22,0)	
Universitaire	11 (57,9)	51 (43,2)	
Revenu familial (n = 69)	9 (13,0)	60 (87,0)	0,129
< 30 000 \$	3 (33,3)	5 (8,3)	
30 000 \$ à < 60 000 \$	2 (22,2)	13 (21,7)	
60 000 \$ à < 90 000 \$	2 (22,2)	16 (26,7)	
≥ 90 000 \$	2 (22,2)	26 (43,3)	
Stade du cancer (n = 139)	24 (17,3)	115 (82,7)	0,059
Stade 1	4 (16,7)	31 (27,0)	
Stade 2	20 (83,3)	70 (61,0)	
Stade 3	0 (0,0)	14 (12,2)	
Travail (n = 136)	19 (14,0)	117 (86,0)	0,261
Temps plein	8 (42,1)	50 (42,7)	
Temps partiel	0 (0,0)	9 (7,7)	
Retraite	2 (10,5)	12 (10,3)	
Sans emploi (chômage, invalidité, etc.)	9 (47,4)	45 (38,5)	
Autre	0 (0,0)	1 (0,9)	
Taille de la tumeur (n = 136)	22 (16,2)	114 (83,8)	0,204
≤ 1 cm	9 (40,9)	29 (25,4)	
2 à 4 cm	10 (45,5)	71 (62,3)	
≥ 5 cm	3 (13,6)	14 (12,3)	
Nombre de traitements de chimiothérapie pré yoga (n=131)	13 (9,9)	118 (90,1)	0,773
1 et moins	11(84,6)	96 (81,4)	
Plus de 1	2 (15,4)	22 (18,6)	
Type de chirurgie	11 (0,09)	11 (90,9)	0,479
Mastectomie partielle	9 (81,8)	85 (76,6)	
Mastectomie totale	0 (0,0)	5 (4,5)	
Mastectomie radicale	2 (18,2)	10 (9,0)	
Chimio néoadjuvant	0 (0,0)	11 (9,0)	
Type de chimiothérapie	12 (9,3)	116 (90,7)	0,465
Précoce	1(8,3)	19 (16,4)	
Localement avancée	11 (91,7)	97 (83,6)	

Note. *Les nombres varient en fonction du nombre de participantes qui ont complété les questions **Les chiffres entre parenthèses sont les % de chaque colonne pour les sous catégories de chaque variable.

Tableau 2

Statistiques descriptives des principaux instruments de mesure

	N	Moyenne	Minimum	Maximum	Écart-type
Mesure de la QVRO : ISQV					
Écart global	118	7,06	-2,26	27,72	5,56
Rang global	118	1,60	1	2	0,24
But global	118	13,27	0,70	32,70	6,06
Mesures d'ajustement psychologique					
BDI-II-Dépression	118	12,15	0	33	7,5
Absence ou minimale (0-13)	78 (66) *	-	-	-	-
Légère (14-19)	21 (18)	-	-	-	-
Modérée (20-28)	12 (10)	-	-	-	-
Sévère (29-63)	7 (6)	-	-	-	-
IASTA-Y-Anxiété	118	40,31	20	80	13,64
Absence (20-27)	20 (17)	-	-	-	-
Légère à moyenne (28-37)	36(31)	-	-	-	-
Moyenne à élevée (38-47)	32(27)	-	-	-	-
Élevée (48 et +)	30(25)	-	-	-	-
EMMDP (0-100) - Détresse psychologique	118				
Score Global	-	25,57	2,17	77,17	14,88
Autodévalorisation	-	20,43	0	96,43	16,90
Désengagement	-	12,11	0	100	14,12
Irritabilité	-	36,87	5	90	19,67

Note. * Les chiffres entre parenthèses sont les %

Tableau 3

Résultats de régressions multiples : Degré d'association entre les scores de l'ISQV et les variables de l'état psychologique (1)

	Détresse				
	Anxiété	Dépression	Autodévalorisation	Désengagement	Irritabilité
Écart					
Bêta	0,412	0,525	0,371	0,302	0,422
t	4,404	6,945	4,422	3,456	5,043
p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Corrélation semi-partielle* (R ²)	(0,168)	(0,274)	(0,137)	(0,090)	(0,176)
But					
Bêta	0,158	0,239	0,238	0,119	0,155
t	1,796	3,017	2,705	1,303	1,767
p	0,075	0,003	0,008	0,195	0,080
Corrélation semi-partielle* (R ²)	(0,023)	(0,052)	(0,051)	(0,013)	(0,022)
Rang					
Bêta	0,018	0,004	0,086	0,208	0,076
t	0,208	0,051	0,986	2,285	0,873
p	0,836	0,959	0,326	0,024	0,385
Corrélation semi-partielle* (R ²)	(0,000)	(0,000)	(0,001)	(0,040)	(0,005)

Note. (1) Lire le tableau verticalement. *Taille d'effet.

Le modèle global incluant les trois scores (écart, but, rang) explique 20,4% de la variance de l'anxiété ($F [3, 114] = 9,727, p \leq 0,000, r = 0,451$). L'écart prend le plus grand pourcentage de la variance, avec 16,8%. Un score d'écart élevé est donc associé positivement à un score d'anxiété élevé. Les deux autres scores ne contribuent pas significativement à la variance de l'anxiété. Au niveau de la dépression, le modèle global explique 35,4% de la variance ($F [3, 114] = 20,783, p \leq 0,000, r = 0,595$). Le score d'écart en explique une grande partie, soit 27,4%, suivi du score de but (5,2%). Un score d'écart élevé et un score de but loin de l'idéal sont associés à plus de symptômes dépressifs. Pour ce qui est de la sous-échelle d'autodévalorisation de l'EMMDP, le modèle global explique 20,3% de la variance ($F [3, 114] = 9,656, p \leq 0,000, r = 0,450$). Le score d'écart contribue pour 13,7% de cette variance et celui de but, pour 5,1%. Comme pour la dépression, un score d'écart élevé (faible QV) et un score de but élevé (i.e. loin de l'idéal) sont associés à plus d'autodévalorisation. Au niveau du désengagement, le modèle global explique 13,6% de la variance ($F [3, 114] = 5,977, p = 0,001, r = 0,369$). L'écart correspond à 9,06% de cette variance et le score de rang, à 4%. Un écart grand (donc, faible QV) et un score de priorité élevé (grand nombre de domaines à un niveau essentiel ou très important) sont associés à un niveau plus élevé de désengagement social. Enfin, le modèle global de l'ISQV contribue à expliquer 20,9% de la variance de la sous-échelle d'irritabilité ($F [3, 114] = 10,067, p = 0,001, r = 0,458$). De ce pourcentage, le score d'écart en prend 17,64% ($p \leq 0,000$). Les scores de but et de rang ne contribuent pas de façon significative à cette variable. La première hypothèse est donc confirmée, car un score d'écart élevé (moins bonne QV) est associé à une intensité plus grande des symptômes sur chacune des variables psychologiques. La deuxième hypothèse est aussi confirmée au niveau des indices de dépression et d'autodévalorisation, mais ne l'est pas pour l'indice de désengagement. Quant à la troisième hypothèse, elle n'est pas confirmée, car c'est un indice de rang élevé qui est associé à du désengagement, alors que c'est l'inverse qui était attendu.

Discussion

Cette étude visait à éclairer l'association entre le processus de poursuite et de hiérarchisation des objectifs de vie et l'état psychologique. Chacun des indices de QV sera discuté dans la section qui suit afin de bien expliquer leur articulation dans le processus d'adaptation à la maladie.

SCORE D'ÉCART (SCORE DE QV)

Tel qu'il était attendu, les résultats suggèrent qu'une moins bonne QV (score d'écart global élevé) est associée à davantage d'anxiété, de dépression, d'autodévalorisation, de désengagement social et

d'irritabilité. En d'autres mots, plus la personne est loin de ses objectifs ou a de la difficulté à les atteindre, plus cela s'accompagne de difficultés d'ajustement psychologique. Dans la littérature, cet état est souvent associé à une impression de perte de contrôle puisque la personne s'éloigne de ses buts malgré ses tentatives de s'en rapprocher (Carver *et al.*, 2000; Taylor, 1983).

SCORE DE BUT (NIVEAU DES BUTS PAR RAPPORT À L'IDÉAL)

Il était attendu que des niveaux de buts fixés loin de l'idéal seraient liés à des symptômes dépressifs, de désengagement et d'autodévalorisation. En effet, selon Müller et Spitz (2010), des objectifs bas (fixés loin de ce que serait l'idéal de la personne) peuvent traduire une perte de motivation et de mobilisation, de la résignation, et donc de la dépression. Par exemple, lorsque la personne a abaissé ses buts pour en faciliter l'atteinte et que malgré cela elle ne parvient pas à les atteindre (l'écart demeure grand reflétant une QV faible), elle présente plus de symptômes de dépression et d'autodévalorisation. Dans certaines situations, abaisser les buts peut être adaptatif, car cela permet de les atteindre plus facilement (Bragard *et al.*, 2012). Dans un tel cas, la QV s'améliore et l'écart état-but se réduit, ce qui n'est pas le cas ici. Il est possible de croire qu'en tentant de s'ajuster en baissant leurs exigences sans réussir à améliorer leur QV, les participantes étaient plus critiques à leur égard et plus enclines à se dévaloriser.

SCORE DE RANG (IMPORTANCE ACCORDÉE À CHAQUE DOMAINE DE VIE)

Il était attendu qu'un score de rang bas (i.e. beaucoup de domaines mis au niveau « important » et à « peu ou pas important », et peu à « essentiel » et à « très important ») serait associé aussi à de la dépression, de l'autodévalorisation et du désengagement. Les résultats obtenus révèlent plutôt qu'une faible QV et un score de rang élevé (i.e. beaucoup de domaines de vie à « essentiel » et à « très important ») sont associés à plus de désengagement. Le score moyen de désengagement dans l'échantillon ne révèle pas une forte intensité de symptômes avec seulement 5 % des participantes situées à plus d'un écart-type de la moyenne qui est à 12,11, sur l'échelle de 0-100. Cela laisse croire que les participantes ne sont probablement pas encore à l'étape de la résignation, d'où la cohabitation d'une QV faible et d'un score de rang encore élevé. Il est important de noter que le diagnostic de cancer du sein des participantes de cette étude est récent (toutes les participantes ont été vues dans un délai de deux mois environ après le diagnostic) et qu'elles ne vivent pas depuis très longtemps avec les conséquences de la maladie et du traitement. De plus, l'espoir de guérir et d'atteindre ses buts est fort probablement entretenu par les taux de succès dans le traitement du cancer du sein qui sont très

élevés, soit 88% après 5 ans (Société canadienne du cancer, 2021).

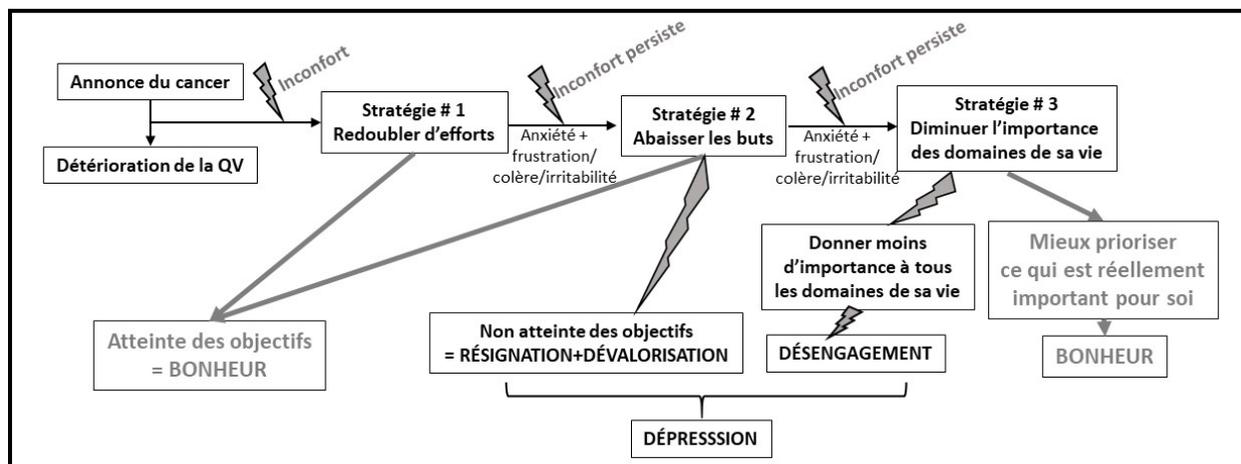
Le processus décrit dans les paragraphes précédents pourrait se résumer par la figure ci-dessous qui illustre le processus d'adaptation à l'annonce du cancer. Cependant, il pourrait sans doute être généralisé à d'autres problèmes de santé. Lorsque l'individu rencontre une difficulté, il pose les comportements qui l'aideront à atteindre ses objectifs (stratégie #1). Si cela fonctionne, il se maintiendra dans cette nouvelle poursuite. Si cela ne fonctionne pas, il peut ressentir de l'anxiété, de la frustration, de la colère et de l'irritabilité, et pour réduire cet inconfort, il peut baisser ses objectifs (stratégie #2). Lorsque cet état perdure, la personne, en dernier recours, va modifier l'importance qu'elle accorde à ses domaines de vie. Ce changement de priorité peut mener à deux résultats, comme l'illustre la figure 2. D'abord, ce choix peut mener à prioriser d'autres domaines, ce qui est un ajustement profond des priorités. Cet ajustement peut aussi mener à un réinvestissement de son énergie dans les domaines vraiment importants et à une meilleure satisfaction de vie. L'individu modifie donc ses priorités et sa conception de ce qui réellement important dans sa

vie. D'ailleurs, certains auteurs ont déjà suggéré que de modifier ses valeurs et priorités lorsqu'on affronte une maladie peut mener à une amélioration de la satisfaction de la vie (da Rocha *et al.*, 2014; Étienne et Dupuis 2012). Si toutefois cette stratégie ne réussit pas à améliorer la QV, l'individu risque de diminuer progressivement l'importance accordée à ses domaines de vie pour ne plus être déçu. La combinaison de niveaux de buts bas et de niveaux de priorité bas serait alors associée à de la dépression.

Les résultats obtenus permettent d'appuyer en partie le modèle. En effet, une QV amoindrie est associée à de l'anxiété, de la dépression, de la dévalorisation, de l'irritabilité et du désengagement. Par ailleurs, une QV amoindrie combinée à des buts bas est associée à de la dépression et de la dévalorisation. Enfin, pour ce qui est du désengagement, le modèle n'est pas soutenu, car un niveau élevé de score de rang combiné à une QV moindre est associé à du désengagement, alors que l'on se serait attendu à un score de rang bas.

Figure 3

Schéma des étapes de l'adaptation ou de la non-adaptation à la maladie selon le modèle des systèmes de contrôle (Dupuis *et al.*, 1989)



FORCES, LIMITES ET FUTURES AVENUES

Il est important de souligner la présence de plusieurs forces dans cette étude. Premièrement, elle permet une compréhension plus intégrée de ce qu'est la QV et l'ajustement psychologique. L'utilisation de l'ISQV est de limiter la redondance que connaît certains questionnaires de QVRS. En plus d'obtenir l'indice d'écart entre la situation idéale et la situation vécue par le participant i.e., la QV proprement dite, l'ISQV donne accès à deux indices

supplémentaires de la QV, soit les niveaux de but fixés et la priorisation des domaines de vie, indices qui permettent de mieux comprendre le processus d'adaptation à une maladie ou un trauma. De plus, en plus de l'anxiété et de la dépression, des composantes importantes de la détresse psychologique ont été évaluées, soit le désengagement social, l'autodévalorisation et l'irritabilité. Au niveau des faiblesses, la méthodologie utilisée comporte certaines lacunes. Premièrement, le nombre de 118 participantes conservées pour les analyses limite la généralisation des

résultats. Certaines participantes ont eu de la difficulté à remplir les questionnaires. Les résultats des régressions incluent seulement celles ayant rempli tous les questionnaires. Cependant, même si la taille de l'échantillon est modeste, elle a permis de détecter des tailles d'effet moyennes. Par ailleurs, l'étude utilise un devis corrélational; les liens observés entre les variables sont donc d'association. Il n'est ainsi pas possible de conclure à des liens de causalité entre les indices de QV et les variables mesurant les différentes symptomatologies. Deuxièmement, l'échantillon étudié est composé de femmes ayant un cancer du sein et qui était intéressées à participer à une étude sur les effets d'un programme de yoga sur la QV, limitant ainsi la portée des résultats à cette clientèle particulière. Il s'agit d'un biais de volontariat qui existe au sein de beaucoup de recherche en psychologie, mais à ce biais s'ajoute le fait que ces personnes étaient intéressées à participer à une étude sur le yoga. Troisièmement, les participantes étaient exclusivement d'origine canadienne et francophone du Québec, créant un biais culturel limitant également la possibilité de généraliser les résultats.

Les études futures sur les composantes de la QV et ses liens avec l'adaptation à un problème de santé devraient viser des échantillons plus grands et plus diversifiés au niveau du sexe, de la culture, de l'âge et du problème de santé cible. En plus d'améliorer la généralisation des résultats, cela permettrait d'avoir plus de puissance statistique pour faire émerger de façon significative le rôle des indices de buts et de rangs. Évidemment, une étude longitudinale pourrait permettre d'établir des liens de causalité entre les indices de QV et la symptomatologie mesurée.

Conclusion

Cette étude a permis de démontrer qu'une mesure de la QVRO telle que l'ISQV offre des informations plus complètes, éclairant davantage le processus d'adaptation que ne l'aurait fait une mesure de QVRS. Le modèle des systèmes de contrôle permet une explication fine des mécanismes d'adaptation en tenant compte d'un principe fondamental du fonctionnement humain : la poursuite d'objectifs de vie dans le but de favoriser l'atteinte du bonheur. C'est la poursuite des objectifs de vie qui donne un sens à la vie. Lorsque la maladie ou un traumatisme nous empêche d'atteindre nos buts de vie, nous tentons de nous adapter en les changeant. Si l'on n'y parvient pas, c'est alors que notre QV se détériore et cet état s'accompagne de symptômes liés à des problèmes de santé psychologique. Une intervention de réadaptation postmaladie devrait cibler les domaines de vie où l'écart état-but est grand et aider la personne à se définir de nouveaux buts plus adaptés à sa nouvelle condition, ainsi qu'à réorganiser ses priorités de vie.

Abstract

Quality of life (QOL) is often used as an index of adjustment to disease and its treatment. Objective: To assess whether the Quality of Life Systemic Inventory (QLSI) is associated with psychological adjustment in 118 patients with breast cancer. QOL is measured by the gap between the person's current situation and his hierarchically organized life goals (with reference to an ideal). Method: Correlational design verifying the association between QOL, depression, anxiety, social disengagement, self-worth and irritability. Results: Low QOL is associated with more symptoms on all five variables. Personal life goals distant from ideal and low QOL is associated with more depression and lower self-worth. Low QOL but high life priorities are associated with more social disengagement. Conclusion: A goal-based QOL measure allows a better understanding of the psychological adjustment process than a health-related QOL measure.

Keywords: Quality of life, life objectives, breast cancer, QLSI

Bibliographie

- Aapro, M., et Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: The need for treatment. *Annals of Oncology*, 10(6), 627-636.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4e ed.). Washington, DC: Author
- Anestin, A. (2017). *Impact du programme yoga Bali sur les effets secondaires liés à la chimiothérapie auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/9464/>
- Avis, N. E., Smith, K. W., McGraw, S., Smith, R. G., Petronis, V. M., et Carver, C. S. (2005). Assessing quality of life in adult cancer Survivors (QLACS). *Quality of Life Research*, 14(4), 1007-1023. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2147-2>
- Badger, T. A., Braden, C. J., et Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 567-574.
- Barnes, L. L. B., Harp, D., et Jung, W. S. (2002). Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 603-618. <https://doi.org/10.1177/0013164402062004005>

- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, Tx. The psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Ivers, H., et Paradis, J. (1996). Adaptation de l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété aux personnes âgées de 65 ans et plus (IASTA-Y65 +). *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 15(4), 500-513. <https://doi.org/10.1017/S0714980800009387>
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulskey, D. S., Lloyd, S. R., et al. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15(3), 974-986. <https://doi.org/10.1200/JCO.1997.15.3.974>
- Bragard, I., Dupuis, G., Razavi, D., Reynaert, C., et Étienne, A.-M. (2012). Quality of work life in doctors working with cancer patients. *Occupational Medicine*, 62(1), 34-40. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr149>
- Bultz, B. D., et Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: The sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440-6441.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients—An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127. <https://doi.org/10.1136/jme.10.3.124>
- Caruso, R., GiuliaNanni, M., Riba, M. B., Sabato, S., et Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: Diagnostic issues and intervention. A critical review. *Current Psychiatry Reports*, 19(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0785-7>
- Carver, C. S., et Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality—social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92(1), 111-135. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.1.111>
- Carver, C. S., et Scheier, M. F. (2000). *On the structure of behavioral self-regulation*. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, et M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (p. 41–84). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50032-9>
- Carver, C. S., Sutton, S. K., et Scheier, M. F. (2000). Action, emotion, and personality: emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(6), 741-751. <https://doi.org/10.1177/0146167200268008>
- Cella, D. F., Tulskey, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Loisel, P., Dupuis, G., et Gervais, S. (2005). Measurement properties of a new quality of life measure for patients with work disability associated with musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 295-312. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-5938-6>
- da Rocha, G., Roos, P. et Shaha, M. (2014). Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*, 29, 49-53.
- Dupuis, G., Marois, D. et Étienne, A.-M. (2012). La mesure de la qualité de vie : Le modèle des systèmes de contrôle, une approche théorique pratique pour parler du bonheur. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17(1), 4-14.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.-C., Kennedy, E. et David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The quality of life systemic inventory. *Quality of Life and Cardiovascular*, 5, 36-45.
- Dupuis, G., Taillefer, M.-C., Étienne, A.-M., Fontaine, O., Boivin, S. et Von Turk, A. (2000). Measurement of quality of life in cardiac rehabilitation. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 18(1), 4-14.
- Dupuis, G., Tousignant-Groulx, J., et Bonneville-Hébert, N. (2019). Qualité de vie au travail et épuisement professionnel, l'une peut-elle aider à prévenir l'autre ? *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25(2), 100-115. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.02.003>
- Duquette, R. L., Dupuis, G., et Perrault, J. (1994). A new approach for quality of life assessment in cardiac patients: Rationale and validation of the quality of life systemic inventory. *The Canadian Journal of Cardiology*, 10(1), 106-112.
- Étienne, A.-M., et Dupuis, G. (2012). Adaptation et bien-être. In C. Tarquino et É. Spitz (Eds.), *Théories de l'adaptation: Origines, modèles et perspectives* (pp. 357-374). Bruxelles : DeBoeck.
- Étienne, A.-M., et Dupuis, G. (2011). Maladie de Crohn et qualité de vie : Des pistes d'intervention. *Perspectives Psy*, 3(3), 246-255.
- Holland, J. C., Bultz, B. D., et National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2007). The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 5(1), 3-7.
- Howell, D., et Olsen, K. (2011). Distress—The 6th vital sign. *Current Oncology*, 18(5), 208-210.
- Johannsen, M., Sørensen, J., O'Connor, M., Jensen, A. B., et Zachariae, R. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is cost-effective compared to a wait-list control for persistent pain in women treated for primary breast cancer—results from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2208-2214. <https://doi.org/10.1002/pon.4450>
- Kapoor, W. N. (2002). Current evaluation and management of syncope. *Circulation*, 106(13),

- 1606-1609. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000031168.96232.BA>
- Karibayeva, I., Turdaliyeva, B., Zainal, N. Z., et Bagiyarova, F. (2020). The global prevalence of anxiety among advanced breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, *138*, S101-S102. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(20\)30807-8](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(20)30807-8)
- Lacourt, T. E., et Heijnen, C. J. (2017). Mechanisms of neurotoxic symptoms as a result of breast cancer and its treatment: Considerations on the contribution of stress, inflammation, and cellular bioenergetics. *Current Breast Cancer Reports*, *9*(2), 70-81. <https://doi.org/10.1007/s12609-017-0245-8>
- Lancôt, D. (2012). *L'impact du programme de yoga Bali sur la condition psychologique et la qualité de vie des femmes recevant une chimiothérapie pour le cancer du sein* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/5047/>
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Chasse, K., Dupuis, G., Kergoat, M.-J., et Bherer, L. (2013). Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(3), 400-404. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs069>
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Kergoat, M.-J., Chassé, K., Dupuis, G., et Bherer, L. (2012). The multiple dimensions of frailty: Physical capacity, cognition, and quality of life. *International Psychogeriatrics*, *24*(9), 1429-1436.
- Lévesque, K., Kus, T., St-Jean, K., Dupuis, G., Thibault, B., Guerra, P. G. *et al.* (2010). Psychological factors associated with a better quality of life following head-up tilt testing. *Applied Research in Quality of Life*, *3*, 185-201.
- Loisel, P., Durand, M.J., Baril, R. *et al.* Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *J Occup Rehabil* *15*, 581-590 (2005). <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- Martel, J.-P., et Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, *77*(2), 333-368. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5368-4>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, M. A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, *89*(5), 352-357. <https://doi.org/10.1007/BF03404490>
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J.-M. M., et Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, *4*(9), 556-566.
- Moliner, C. E., Durand, M.-J., Desrosiers, J., et Coutu, M.-F. (2007). Subjective quality of life according to work status following interdisciplinary work rehabilitation consequent to musculoskeletal disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *17*(4), 667-682.
- Muller, L., et Spitz, E. (2010). Effects of personal goal disturbance on psychological distress. *European Review of Applied Psychology*, *60*(2), 105-112.
- N.A. (2021). Statistiques de survie pour le cancer du sein. *Société Canadienne du Cancer*. <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/prognosis-and-survival/survival-statistics/>
- Naser, A. Y., Hameed, A. N., Mustafa, N., Alwafi, H., Dahmash, E. Z., Alyami, H. S., *et al.* (2021). Depression and anxiety in patients with cancer: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *12*, 585534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>
- Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Agir pour avoir un impact : La collaboration améliore la lutte contre le cancer*. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2018/08/annual-report-2017-2018-FR.pdf>
- Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago: Aldine.
- Schag, C. A., Ganz, P. A., et Heinrich, R. L. (1991). Cancer rehabilitation evaluation system—short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer*, *68*(6), 1406-1413.
- St-Jean, K., Kus, T., Dupuis, G., Lévesque, K., Thibault, B., Guerra, P. G., *et al.* (2008). Quality of life in patients with recurrent vasovagal or unexplained syncope: Influence of sex, syncope type and illness representations. *Applied Research in Quality of Life*, *3*(4), 235-249. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9058-x>
- Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A., Dixon, W. G., Meguerditchian, A. N., *et al.* (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, *165*(2), 229-245.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*(11), 1161-1173.
- Testa, M. A., et Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, *334*(13), 835-840.
- Tsaras, K., Papatheanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., *et al.* (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: Prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, *19*(6), 1661-1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
- Vandendorpe, B., Drouet, Y., Ramiandrisoa, F., Guilbert, P., Costa, B., et Servagi-Vernat, S. (2021). Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer/*

Radiothérapie, S1278321820303644. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005>

- Walker, A. P., Hanson, P. J., De Kauwe, M. G., Medlyn, B. E., Zaehle, S., Asao, S., *et al.* (2014). Comprehensive ecosystem model-data synthesis using multiple data sets at two temperate forest free-air CO₂ enrichment experiments: Model performance at ambient CO₂ concentration: Face model-data synthesis. *Journal of Geophysical Research: Biogeosciences*, 119(5), 937-964. <https://doi.org/10.1002/2013JG002553>
- Wu, X., Wang, J., Cofie, R., Kaminga, A. C., et Liu, A. (2016). Prevalence of posttraumatic stress disorder among breast cancer patients: A meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 45(12), 1533-1544.
- Yang, Y., et Hendrix, C. (2018). Cancer-related cognitive impairment in breast cancer patients: Influences of psychological variables. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 296. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_16_18
- Zielińska-Wieczkowska, H., et Betlakowski, J. (2010). Analysis of depression intensification in cancer patients before and during chemotherapy. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 63(2), 46-53.

**MIEUX COMPRENDRE LES COMPLICATIONS DU DEUIL :
CRITIQUE DE L'OUVRAGE DE MALTAIS, D. ET CHERBLANC, J. (2020),
QUAND LE DEUIL SE COMPLIQUE: VARIÉTÉ DES MANIFESTATIONS ET
MODES DE GESTION DES COMPLICATIONS DU DEUIL**

Olivier Lépine¹, Élie Côté² et Michelle Dewar¹

¹Université du Québec à Montréal, ²Université de Montréal

Cette analyse critique porte sur l'ouvrage de Maltais et Cherblanc (2020) qui aborde les complications du deuil. L'analyse se divise en quatre parties. Tout d'abord, une introduction à la structure et au contenu des trois sections du livre est présentée. Ensuite, les forces de l'ouvrage telles que l'originalité des thèmes abordés ainsi que la rigueur de la documentation sont soulignées. Cette section est suivie des limites en ce qui a trait, notamment, au besoin d'inclure davantage de contenu clinique et de couvrir de façon plus vaste les populations touchées par le deuil prolongé, notamment chez les adultes en contexte non traumatique. Finalement, la conclusion souligne l'utilité de cet ouvrage pour les intervenants dans le domaine du deuil normal et pathologique.

See end of text for English abstract.

Mots-clés : deuil pathologique, deuil complexe, deuil compliqué, deuil traumatique, complications du deuil

Introduction

La notion de deuil pathologique, autrefois peu abordé par les classifications diagnostiques psychiatriques (p. ex., le DSM et le CIM), est aujourd'hui au cœur de nombreuses réflexions tant conceptuelles que cliniques (Prigerson *et al.*, 2021). Comme soulevé par les auteurs de l'ouvrage abordé, les formes de complication du deuil sont multiples et, par conséquent, les appellations pour les désigner varient : certains traitent du deuil compliqué (Horowitz *et al.*, 2003 ; Shear *et al.*, 2015) alors que d'autres parlent du deuil traumatique (Prigerson *et al.*, 1999). Plus récemment, les appellations de deuil complexe et persistant par le DSM-5 (APA, 2013) et de deuil prolongé par l'Organisation mondiale de la santé ont été proposées (Killikelly et Maercker, 2018; voir aussi Prigerson *et al.*, 2009). Ces multiples appellations relèvent de conceptualisations différentes, mais partagent également de nombreux points communs. De plus, la pertinence de développer un diagnostic lié au deuil pathologique a fait l'objet de débats. Ceci souligne l'occasion de poser un regard critique et curieux des variétés du deuil pathologique.

L'ouvrage *Quand le deuil se complique: Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil* vise à guider les chercheurs ainsi que les intervenants de la santé et des services sociaux qui s'intéressent aux complications du deuil dans divers contextes. Ainsi, ce livre comprend trois sections : les complications du deuil en contexte de catastrophe (section I), le deuil chez les enfants et les enseignants (section II) et finalement, le deuil périnatal et deuil de l'enfant à naître (section III).

Les quatre premiers chapitres de la première section (*Les complications du deuil en contexte de catastrophe*)

traitent du même contexte, soit du déraillement de train à Lac-Mégantic. Le premier chapitre présente une recension de la littérature sur les facteurs de risque et de protection des complications du deuil. Ensuite, deux études (chapitre deux et trois) abordent des conséquences physiques et psychologiques chez les adultes et les jeunes vivant un deuil compliqué en comparaison à ceux n'ayant pas vécu un deuil compliqué. Le quatrième chapitre sert de réflexion critique aux critères diagnostiques actuels du deuil en présentant une étude de cas où l'objet du deuil n'est pas le décès d'une personne, mais plutôt la perte d'un chez-soi. Finalement, le dernier chapitre de la première section concerne le deuil inattendu vécu par un enfant toujours en contexte de catastrophe, soit du puissant séisme survenu en Haïti en 2010.

La deuxième section du livre (*Le deuil chez les enfants et les enseignants*) comprend deux chapitres. Le premier vise à démystifier le deuil que peuvent vivre les enfants, ses diverses manifestations (c.-à-d., le deuil différé, inhibé, chronique ou anticipé) et le travail thérapeutique auprès de ces jeunes endeuillés. Le deuxième chapitre traite de trois cas d'enseignantes faisant face à des situations de deuil dans le cadre de leur travail. Deux de ces enseignantes ont vécu le décès d'un élève tandis que dans l'autre cas, il y a eu accompagnement d'une élève endeuillée.

La dernière section du livre (*Le deuil périnatal et deuil de l'enfant à naître*) traite du deuil compliqué pouvant survenir en contexte périnatal et de façon répétée à la suite de difficultés de procréation. La complexité de ces types de deuils est illustrée par une étude de cas d'une mère ayant perdu prématurément son enfant (chapitre huit) ainsi qu'une étude qualitative auprès de neuf personnes (dont certains couples) ayant des difficultés de procréation (chapitre neuf). Les auteurs concluent le livre en soulevant deux facteurs qui pourraient augmenter l'incidence du deuil non pathologique, mais aussi du deuil compliqué, soit l'impact des changements climatiques et le néolibéralisme.

Forces de l'ouvrage

Plusieurs forces se dégagent de l'ouvrage. D'abord, nous avons beaucoup apprécié que les auteurs proposent une conceptualisation moderne et nuancée de la notion de deuil qui permet de remettre en question certaines balises traditionnellement reconnues. D'une part, le choix de thèmes reflète bien l'unicité du deuil et l'importance de déconstruire la croyance selon laquelle la personne endeuillée devrait normalement suivre une succession d'étapes. Le deuil serait plutôt un processus d'adaptation continu consistant, non pas à se séparer d'un objet d'attachement, mais à trouver une façon de vivre différemment la relation avec celui-ci. À travers trois cas d'enseignantes confrontées à la mort dans leur classe, les auteurs suggèrent également l'idée intéressante selon laquelle le deuil pourrait se vivre « en pointillés », les manifestations du deuil variant d'intensité selon le

contexte et les circonstances dans lesquelles se trouve l'endeuillé. D'autre part, l'ouvrage amène le lecteur à considérer que le deuil ne renvoie pas seulement à la perte d'un proche, mais à celle de tout objet d'attachement, que celui-ci soit tangible ou non (p. ex., animal de compagnie, maison, pays, sentiment). Les auteurs formulent d'ailleurs une critique de la définition du deuil complexe et persistant telle que présentée dans le DSM-5 en précisant que le deuil devrait découler de toute perte significative et non seulement de celle d'une personne (p. 109).

L'ouvrage reflète également très bien la complexité des formes et des trajectoires des complications du deuil. Par exemple, les témoignages rapportés au chapitre neuf illustrent la diversité des processus de deuil chez les personnes infertiles, ainsi que la durée et l'intensité de leurs symptômes psychologiques. Les auteurs font aussi mention des différentes formes par lesquelles les complications du deuil peuvent se manifester (deuil différé, inhibé et chronique) et offrent des exemples de cas se rapportant à chacun (chapitre sept). L'ouvrage rappelle aussi judicieusement de considérer la personnalité de l'endeuillé, sa relation avec le défunt, ainsi que son milieu familial et culturel dans la réponse à une perte. Ainsi, en offrant une perspective globale des enjeux liés au deuil compliqué, les auteurs contribuent à la réflexion sur la reconnaissance d'un tel trouble et sur son inclusion au sein de manuels diagnostiques tels que les éditions subséquentes du DSM.

De plus, cet ouvrage est un des rares entièrement dédiés aux diverses complications du deuil. En effet, d'autres ouvrages sur ce sujet ont été publiés en français : *Accompagner le deuil en situation traumatique, 10 contextes cliniques* (sous la direction de Romano, 2015), *Quand la mort est traumatique: passer du choc à la sérénité* (Brillon, 2012), ou bien *Après le suicide d'un proche: vivre le deuil et se reconstruire* (Fauré, 2013) pour en nommer quelques-uns. Le livre de Maltais et Cherblanc (2020) se positionne avantageusement face aux autres ouvrages de par son approche scientifique basée sur de multiples méthodes d'investigation du deuil (p. ex., étude de cas, recensions des écrits et études empiriques). De plus, alors que plusieurs des ouvrages nommés s'adressent aux endeuillés eux-mêmes, l'ouvrage de Maltais et Cherblanc (2020) se distingue en étant un manuel de référence destiné aux intervenants et chercheurs. Cette rigueur scientifique permet aux intervenants œuvrant auprès d'endeuillés de poser un regard critique face aux différents contextes abordés.

Il convient également de faire mention de l'originalité des thèmes abordés (p. ex., deuil périnatal, deuil chez l'enfant, deuil chez des enseignants confrontés à la mort d'un élève ou d'un parent d'élève). Ce faisant, l'ouvrage offre aux lecteurs une meilleure compréhension de réalités généralement peu discutées dans des recueils théoriques sur le deuil compliqué. Par exemple, le chapitre neuf fort utile sur le deuil périnatal permet d'illustrer que le parcours en fertilité est parsemé de deuils (p. ex., deuil de

l'enfant conçu naturellement ou de la famille rêvée). Bien que la plupart des parents parviennent à surmonter la douleur liée à la perte d'un enfant en période périnatale, un parent sur cinq souffre d'un deuil plus difficile et est susceptible de connaître des difficultés psychologiques (Chan, 2011). Alors que l'infertilité n'est pas liée au décès d'un proche, celle-ci peut être comparée à un deuil en ce sens qu'elle implique la perte d'un objet d'attachement. Les parents peuvent toutefois percevoir que leur douleur et l'existence de leur enfant ont été banalisées. Dans un même ordre d'idées, l'ouvrage apporte un éclairage précieux sur le deuil du domicile. À l'aide d'une étude de cas analysée selon la phénoménologie de l'imagination de Bachelard (1961), les auteurs relèvent l'importance de concevoir la perte d'une maison pour ce qu'elle est, c'est-à-dire un deuil. Même si ces complications du deuil sont peu fréquentes, les auteurs lèvent le voile sur ces situations souvent minimisées ou oubliées et soulignent l'importance de la reconnaissance sociale de tous les types de deuils. Enfin, l'exploration du vécu de personnes d'âge varié ajoute à la richesse de l'ouvrage (p. ex., enfant ayant perdu une tante lors d'un tremblement de terre, enseignante faisant face au décès d'un élève et jeune adulte éprouvé par la mort d'un proche à la suite d'une catastrophe ferroviaire).

L'ouvrage fait également preuve de grande rigueur scientifique en offrant une documentation riche et variée, tout en présentant les limites et les forces des études recensées. À travers les chapitres, les auteurs appuient leurs propos sur un grand bassin d'études empiriques. Par exemple, le premier chapitre sous forme de recension des écrits présente un portrait détaillé des facteurs de risque et de protection associés aux complications du deuil chez les personnes ayant perdu un être cher lors d'une catastrophe. Aussi, chaque chapitre débute avec son propre contexte théorique. Il est alors possible pour un lecteur s'intéressant à un seul chapitre de lire celui-ci indépendamment du reste du livre, sans avoir l'impression d'être plongé brusquement dans le cœur du sujet. Les recommandations cliniques sont bien ancrées dans les résultats des études empiriques rapportées et les limites des études présentées sont généralement discutées à la fin de chaque chapitre. La variété de devis de recherche présentés contribue aussi à la richesse de l'ouvrage; le deuil y est abordé sous différents angles de recherche et la lecture est stimulante. Certains chapitres prennent la forme d'une recension des écrits (chapitre un et neuf), alors que d'autres sont le fruit d'études quantitatives, qualitatives ou mixtes (chapitres deux, trois, quatre et neuf). Plusieurs cas cliniques pertinents sont également présentés, certains faisant l'objet d'un chapitre entier (chapitre quatre, cinq, sept et huit). De plus, étant donné que plusieurs chapitres sont rédigés sous la forme d'articles scientifiques, les méthodes de recherche utilisées sont présentées en toute transparence. Il est ainsi possible pour le lecteur de juger de la qualité méthodologique des études.

Enfin, l'ouvrage sera très précieux pour tous les chercheurs et les cliniciens souhaitant se familiariser ou encore parfaire leurs connaissances sur les complications du deuil. Les auteurs font une bonne intégration des dimensions cliniques et de recherche, les connaissances empiriques présentées étant discutées dans une perspective clinique. Ainsi, les chapitres se concluent généralement sur une discussion des implications cliniques des études abordées. Par exemple, les chapitres cinq et six offrent des pistes d'intervention lors de la prise en charge d'enfants endeuillés. Le chapitre huit propose quant à lui des pistes d'interventions afin d'accompagner les parents ayant perdu un enfant en période périnatale. Enfin, les auteurs concluent l'ouvrage sur quelques modèles de traitement intéressants du deuil compliqué tirés de recherches empiriques (p. 227-228).

Pistes de réflexion sur l'ouvrage

Malgré les nombreuses forces de l'ouvrage, quelques pistes d'amélioration peuvent être suggérées. Celui-ci se veut un guide pour les chercheurs et professionnels de la santé et des services sociaux qui veulent mieux comprendre les complications du deuil et s'outiller pour accompagner les personnes endeuillées. Ainsi, le titre suggère que la portée du livre comprend des informations sur les « variétés des manifestations » du deuil complexe. Alors que les auteurs abordent adroitement plusieurs questions pointues (p. ex., les deuils en contexte d'infertilité), ils omettent plusieurs sujets d'intérêt pour leur lectorat. Par exemple, aucun chapitre n'aborde le deuil complexe chez les adultes en contexte non traumatique (p. ex., lorsqu'un partenaire amoureux décède d'une mort naturelle), à la suite d'un suicide, d'un accident, d'un homicide ou encore, chez les personnes âgées. En effet, cinq des neuf chapitres (environ 55 % du livre) portent sur le deuil prolongé en contexte de catastrophe. Plusieurs des auteurs sont spécialisés dans la compréhension des conséquences d'événements traumatiques (voir les *Notices biographiques*); c'est peut-être la raison pour laquelle ils se concentrent sur les conséquences de pertes qui se produisent en contexte traumatique. Il va sans dire que ce sujet est important et constitue un apport notable à la littérature – les différentes facettes du deuil qui peuvent se produire à la suite d'une catastrophe (p. ex., la perte de son domicile) et au sein d'une unité familiale (p. ex., chez les jeunes, les adultes et les enfants) sont d'un intérêt particulier. Cependant, vu l'objectif du livre, les auteurs auraient pu consacrer moins d'espace sur le deuil prolongé lorsque la perte se produit en contexte traumatique et davantage sur d'autres questions essentielles à la compréhension du deuil complexe de façon générale. Afin de mieux représenter « les mille et un visages du deuil compliqué », il nous apparaîtrait intéressant que le livre puisse aborder certains de ces thèmes.

En ce sens, malgré la richesse des informations proposées, les professionnels de la santé et des services sociaux pourraient avoir encore des questions sur la

pratique clinique auprès de populations endeuillées à la suite de la lecture de l'ouvrage. En matière d'évaluation, les critères diagnostiques et différentes conceptualisations théoriques du deuil prolongé sont très bien présentés. Cependant, nous aurions aimé y retrouver une section formellement dédiée à l'évaluation clinique de cette problématique. Il est toutefois important de mentionner que ce livre présente plusieurs études de cas qui permettent d'illustrer et de réfléchir de manière critique aux façons par lesquelles le deuil se présente dans différentes situations. Les études de cas fournissent donc des pistes de base quant à la reconnaissance du deuil prolongé, mais elles nous apparaissent insuffisantes pour adéquatement outiller les personnes travaillant auprès de populations endeuillées. À titre d'exemple, le fait qu'il y a des recoupements entre les symptômes du trouble de stress post-traumatique, de la dépression et du deuil prolongé est soulevé à plusieurs reprises dans le livre. Cependant, il nous paraît dommage que les recoupements entre ces problématiques ne soient pas expliqués. Offrir des pistes pour les différencier et reconnaître lorsqu'elles se présentent de façon comorbide auraient, à notre avis, été avantageux pour cet ouvrage. De la même façon, on mentionne qu'il y a des différences dans la présentation et le traitement du deuil prolongé lorsque le décès ou la perte se produit en contexte traumatique ou non, mais ces différences ne sont pas expliquées. Ces informations paraissent essentielles pour les cliniciens et les chercheurs qui s'intéressent au deuil. De surcroît, les pistes d'intervention et de traitement pour les personnes présentant un deuil prolongé sont davantage abordées que l'évaluation. Elles sont présentées dans les conclusions de quelques-uns des chapitres. Cependant, les pistes d'intervention pourraient bénéficier d'une couverture plus détaillée et approfondie. En effet, environ trois pages abordent l'intervention auprès des enfants (pages 165 à 167), quatre pages portent sur l'acceptation de la mort d'un enfant à naître (p.225 à 228) et six pages, sur l'intervention auprès d'adultes endeuillés (pages 138 à 141 et 269 à 271). Ainsi, les principales approches de traitement du deuil prolongé sont brièvement mentionnées et décrites telles que le *Dual Process Model of Coping with Bereavement* (p.139) et les psychothérapies d'approches cognitives et existentielles-humanistes axées sur la construction de sens (p. 269-270). Toutefois, l'information présentée aurait pu, à notre sens, être plus étoffée puisque plusieurs modèles d'intervention ont été développés et testés empiriquement au cours des vingt dernières années (p. ex., Neimeyer et Thompson, 2014; Schut, 1999; Shear *et al.*, 2005; Wagner *et al.*, 2006). De ce fait, une revue systématique des écrits réalisée en 2019 (Johannsen *et al.*) a identifié 31 essais contrôlés randomisés qui évaluent l'efficacité d'interventions psychologiques pour le deuil prolongé chez les adultes. Cela laisse croire que la recherche sur l'intervention pour le deuil prolongé serait suffisamment avancée pour être intégrée au livre tout en respectant l'importance accordée par les auteurs aux données probantes. En somme, nous suggérons que l'ouvrage se verrait bonifié par l'ajout d'une

section sur l'évaluation et l'intervention pour le deuil prolongé afin d'y présenter de manière plus concrète les différentes façons dont le deuil prolongé peut se présenter ainsi que des pistes d'intervention plus détaillées.

Finalement, quelques améliorations pourraient être apportées au niveau de la structure du livre et quelques précisions au niveau des thèmes centraux du livre. Tel que mentionné, cet ouvrage se divise en trois parties : les deuils en contexte de catastrophes, le deuil chez l'enfant et les enseignants et finalement, le deuil périnatal et de l'enfant à naître. Toutefois, nous sommes d'avis que cette structure pourrait être revue pour mieux représenter son contenu. Par exemple, le cinquième chapitre qui présente le cas de Ben, un enfant qui a perdu sa tante lors du séisme survenu en 2010 en Haïti, porte à la fois sur les deuils en contexte de catastrophes (section I) et le deuil chez l'enfant et les enseignants (section II). De plus, le fait d'incorporer dans une même section les deuils vécus par les enfants et les enseignants n'est pas idéal dans le sens où les écrits et les manifestations de ces types de deuils divergent. Cela remet donc en question l'apport de cette structure en sections dans sa forme actuelle. Par ailleurs, la première section sur les deuils en contexte de catastrophe pourrait être revue puisqu'il y a une confusion dans le livre à savoir si une distinction entre le deuil complexe et le deuil traumatique s'avère pertinente. En effet, dans l'introduction, on présente les différents construits (p. ex., deuil traumatique, deuil compliqué) qui ont été proposés dans les recherches afin de cerner ce qu'on appelle aujourd'hui le deuil prolongé. Les auteurs présentent le deuil traumatique comme un concept qui a perdu « sa pertinence » et comme étant « synonyme de deuil compliqué dans le passé ». En d'autres mots, on le présente comme un concept équivalent au deuil prolongé. On ne parle donc pas des conséquences d'une mort qui se produisent en contexte traumatique et qui semblent différentes de celles qui ne se produisent pas en contexte traumatique (p. ex. Holland et Neimeyer, 2011; Malkinson, Rubin et Witztum, 2000; Neria et Litz, 2004). Cela semble contradictoire avec d'autres passages du livre où les auteurs suggèrent *a contrario* que ces termes ne sont pas équivalents ce qui favorise une confusion pour le lecteur : « *L'ensemble de l'ouvrage est ainsi consacré à la diversité des formes de complication du deuil, en particulier en contexte traumatique, mais pas uniquement* » (p. 25). Il nous semblerait essentiel de mieux expliquer l'impact du contexte de la perte sur le processus du deuil et d'utiliser de façon plus cohérente une nomenclature dans l'ensemble des chapitres du livre. Enfin, il nous semblerait intéressant d'inclure davantage d'informations sur les présentations culturelles du deuil. L'importance de situer culturellement le deuil est bien illustrée dans l'ouvrage et est présentée dans l'introduction comme un concept central à la compréhension du deuil prolongé. Cependant, l'aspect culturel demeure peu abordé, notamment dans le chapitre cinq sur le séisme en Haïti.

Conclusion

En conclusion, en utilisant des méthodologies variées et rigoureuses, les auteurs ont su présenter plusieurs manifestations des complications du deuil et susciter la réflexion sous plusieurs angles. Les points forts de l'ouvrage semblent convenir au besoin actuel d'avoir accès à des conceptualisations variées des complications du deuil. Ce faisant, cela participe à la formation des intervenants et chercheurs dans le domaine tout en favorisant une perspective globale des enjeux liés au deuil prolongé. Ce regard holistique est pertinent considérant les réflexions actuelles concernant l'inclusion de ce diagnostic au sein, par exemple, des prochaines éditions du DSM-5. D'autres ouvrages pourront également s'arrimer aux thèmes présentés dans ce livre et contribuer à l'édification des connaissances sur les différents contextes de complications du deuil.

Finalement, nous considérons que ce livre offre un regard tout à fait actuel visant des contextes, des manifestations et des interventions variés et complexes des complications du deuil. Les différents chapitres s'appuient sur des thèmes, données et cas pertinents qui attirent la réflexion et l'approfondissement des connaissances sur le deuil. Cet ouvrage est donc très utile aux clinicien(ne)s, intervenant(e)s et thérapeutes qui travaillent auprès d'endeuillés dans divers contextes et qui désirent nourrir leur réflexion sur la question des complications du deuil. Il constitue également un bon ouvrage de référence pour les jeunes chercheurs qui aimeraient connaître l'état actuel de la recherche sur les complications du deuil ou les chercheurs peu familiarisés avec cette thématique et les nombreux débats qui l'entourent. Il souligne également l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine afin de compléter notamment les connaissances sur les autres contextes de complication du deuil qui n'ont pas été abordés dans ce livre.

Abstract

This critical analysis focuses on Maltais & Cherblanc's (2020) work on the complications of bereavement. The analysis is divided into four parts. First, an introduction to the structure and content of the three sections of the book is presented. Next, the strengths of the book, such as the originality of the themes addressed and the thoroughness of the documentation, are highlighted. This section is followed by the limitations, particularly the need to include more clinical content and to cover other populations affected by prolonged grief that are of interest to its audience such as adults bereaved in a non-traumatic context. Finally, a conclusion highlights the contribution of this book for those working in the field of normal and pathological grief.

Keywords: pathological grief, complex grief, complicated grief, traumatic grief, complications of grief

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (2e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Bachelard, G. (1961). *La poétique de l'espace*. Presses de l'Université de France.
- Brillon, P. (2012). *Quand la mort est traumatique: passer du choc à la sérénité*. Éditions Québecor.
- Chan, A. (2011). *Décès et deuil périnatal*. Institut national de santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/deces-et-deuil-perinatal.pdf>
- Fauré, C. (2013). *Après le suicide d'un proche: vivre le deuil et se reconstruire*. Albin Michel.
- Holland, J. M. et Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254-263. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9214-5>
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. et Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1(3), 290-298. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. et O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Killikelly C. et Maercker A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Malkinson, R. E., Rubin, S. S. E., & Witztum, E. E. (2000). *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Psychosocial Press.
- Maltais, D., et Cherblanc, J. (2020). *Quand le deuil se complique: Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil*. PUQ.
- Neimeyer, R. A. et Thompson B. E. (2014). Meaning making and the art of grief therapy. Dans B. E. Thompson et R. A. Neimeyer (dir.), *Grief and the expressive arts: Practices for creating meaning* (p. 3-13). Routledge.
- Neria, Y. et Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87. <https://doi.org/10.1080/15325020490255322>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., Maciejewski, P. K. et Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed

- for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J. et Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Worthman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupper, D. J. et Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Romano, H. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatique: 10 contextes cliniques*. Dunod.
- Shear, K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. et Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. et Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>



MEMORIAM : MARC RICHELLE (BELGIQUE, 1930-2021)

Jacques Forget¹ et Céline Clément²

¹ Université du Québec à Montréal, ² Université de Strasbourg

Marc Richelle, un véritable pionnier de l'analyse expérimentale du comportement et du conditionnement opérant est décédé au mois de janvier dernier à l'âge de 91 ans.

Né en Belgique le 28 février 1930, Richelle obtient sa License en psychologie en 1955 sous la direction de Jean Piaget. Après un séjour au Laboratoire de B.F. Skinner à l'Université Harvard en 1958, il obtient son doctorat à l'Université de Liège. Cette double association Piaget/Skinner va expliquer une grande partie du cheminement intellectuel de Richelle : sa tentative de montrer la complémentarité d'une perspective skinnérienne du comportement verbal et d'une perspective cognitive et constructiviste du développement du langage de l'enfant n'est évidemment pas sa seule contribution à l'avancement de l'analyse du comportement, mais représente l'une des plus originales.

Toute sa carrière de chercheur va se dérouler à l'Université de Liège où il va devenir directeur du Laboratoire de psychologie expérimentale qu'il va créer au début des années 60. D'abord associé à la psychopharmacologie étudiée par l'intermédiaire de procédures de conditionnement opérant, le laboratoire va se transformer en Chaire de psychologie expérimentale dès 1965. Dès l'année suivante, Richelle publie le premier ouvrage, toutes langues confondues, dont le titre est *Conditionnement opérant* – il est vrai qu'en 1962, Ellen Reese avait publié un ouvrage intitulé *The analysis of Human Operant Behavior* et un second deux ans plus tard intitulé *Experiments in Operant Behavior*.

L'arrivée de plusieurs étudiants et étudiantes à Liège va permettre à la Chaire d'aborder une série de problématiques liées à plusieurs domaines tels l'analyse expérimentale du comportement et ses applications, la perception, la psychologie du temps, le conditionnement viscéral, le développement cognitif de l'enfant, la

déficience intellectuelle et la neuropsychologie pour ne nommer que certains d'entre eux. Impossible aussi de nommer tous ces psychologues ou psychiatres qui ont contribué à ces développements lors de leur séjour à Liège en tant qu'étudiants et étudiantes dirigés par Richelle : mentionnons Ovide Fontaine (thérapie comportementale), Bernard Xhenseval (pharmacologie comportementale), Ghislaine Dallemagne (tératologie comportementale), Helga Lejeune (estimation temporelle chez l'animal et l'humain), Françoise Macar (régulations temporelles acquises), Viviane Pouthas (apprentissage opérant chez le nourrisson), Jean-Luc Lambert (retard mental et adaptation familiale), Irène Delière (musique et expérience émotionnelle), Marcel Crahay (pédagogie), Joe Godefroid (motivation et conduites instinctives chez l'animal), Armando Machado (perception du temps chez l'animal et l'humain), et combien d'autres.

L'éclectisme de cette liste rend compte d'un intérêt jamais démenti pour la recherche fondamentale et ses potentielles applications, et vice-versa. Richelle dans une entrevue pour la revue *Operants* en 2016, rappelait qu'il n'avait jamais été très favorable à la distinction entre recherche fondamentale et appliquée. L'une se nourrissant de l'autre et réciproquement. C'est dans ce contexte qu'il fut un artisan avant l'heure de ce qu'il convient d'appeler depuis quelques années l'analyse transactionnelle du comportement, soit un intérêt non seulement pour les applications de l'analyse expérimentale du comportement, mais pour les retombées d'études appliquées sur le plan de certaines thématiques liées à la recherche fondamentale.

Au-delà de ses recherches en collaboration, les contributions de Richelle au développement du béhaviorisme se sont aussi manifestées par ses traductions de quelques ouvrages de Skinner, par ses textes originaux dans des périodiques et des ouvrages de langue anglaise et par son intérêt pour les sciences humaines en général.

Une contribution trop peu connue réside dans une lecture critique de *Syntactic Structure* du psycholinguiste américain Noam Chomsky, défenseur d'une grammaire générative issue de mécanismes innés. Ce que lui-même qualifie de relecture, à l'aune de ses connaissances majeures quant aux contenus des écrits de Skinner le conduit à conclure à une argumentation « spécieuse », voir à des « malhonnêtetés intellectuelles » de Chomsky, prêtant à Skinner des idées qu'il n'avait pas – confondant, entre autres, une conception béhavioriste de type S-R du langage proposée au cours des années 20 par le linguiste Leonard Bloomfield et l'analyse pragmatique et fonctionnelle de Skinner. Au-delà de cette critique, Richelle propose avec Marie-Louise Moreau, qu'il crédite de l'essentiel du travail *L'acquisition du langage*, un ouvrage particulièrement innovant pour l'époque articulant les connaissances en psychologie de l'apprentissage et en psychologie du développement.

Sur le plan de son intérêt pour les sciences humaines, son ouvrage *Défense des sciences humaines. Vers une désokalisation?* publié en 1998 à la suite de ce qui est convenu d'appeler l'affaire Sokal est un incontournable pour élargir le débat sciences exactes/sciences humaines - les physiciens Alan Sokal et Jean Bricmont avaient déboulonné les impostures intellectuelles de psychanalystes et postmodernistes tels Lacan, Guattari, Kristeva et Irigaray lorsque ces derniers abusaient d'analogies issues des mathématiques et de la physique quantique pour justifier leurs thèses totalement alambiquées. Non pas que Richelle défendait la validité de ces textes. Au contraire. Cependant, il est parvenu à démontrer que certains physiciens et biologistes, dont certains prix Nobel, pouvaient manifester les mêmes travers et les mêmes raccourcis intellectuels lorsqu'ils abordent des questions de psychologie. Richelle donne plusieurs exemples, dont celui du physicien britannique Brian David Josephson, prix Nobel pour ses travaux sur les propriétés des supercourants qui affirmait aussi que l'esprit est antérieur à l'espace et possède le pouvoir d'engendrer la réalité objective et la réalité subjective, que la théorie de la mémoire de l'eau de Jacques Benveniste est valide tout comme la théorie du « champ morphique » du biochimiste Rupert Sheldrake qui affirme qu'il revient à ce phénomène et non à l'ADN d'être le support du vivant; ou encore le physicien Richard Mattuck qui défend une théorie quantique de l'interaction entre la conscience et la matière, dont certains éléments proviennent de la parapsychologie. Excellents arguments pour les chercheurs en sciences humaines qui font quelques fois l'objet de petites railleries provenant des « vrais » scientifiques. La question lui a certainement tenu à cœur puisque son dernier ouvrage, publié en 2017, s'intitule *Sciences humaines. N'y a-t-il que des imposteurs?*

Si Richelle a obtenu le statut de professeur émérite et s'il fut membre de l'Académie royale de Belgique, la reconnaissance de ses contributions a largement dépassé les frontières belges : membre de l'Académie royale des

Sciences morales et politiques de Madrid et de l'Académie des Sciences de Lisbonne, il a obtenu au cours de sa carrière un doctorat *honoris causa* des universités de Lille, Genève, Coimbra, Lerida et Lisbonne.

Pendant plus de 40 ans, Richelle a été probablement le représentant et le contributeur le plus important du béhaviorisme dans le monde francophone. Et ceux qui l'ont connu de près ont toujours souligné son ouverture aux autres et son respect pour leur propre cheminement intellectuel. Et pour ceux qui l'ont connu à travers ses écrits, il a été un véritable *operandum*.