Évolutions sociales, innovations et politiques

Évolutions sociales, innovations et politiques

Nouvelles questions et nouveaux enjeux pour la psychologie de la santé

Actes du Congrès de l'AFPSA, tome 2

Ouvrage coordonné par :

Anne-Marie Étienne et Isabelle Bragard

éditions des archives contemporaines

Copyright © 2015 Éditions des archives contemporaines

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrement, quelque système de stockage et de récupération d'information) des pages publiées dans le présent ouvrage faite sans autorisation écrite de l'éditeur, est interdite.

Éditions des archives contemporaines
41, rue Barrault
75013 Paris (France)
www.archivescontemporaines.com

Avertissement : Les textes publiés dans ce volume n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Pour faciliter la lecture, la mise en pages a été harmonisée, mais la spécificité de chacun, dans le système des titres, le choix de transcriptions et des abréviations, l'emploi de majuscules, la présentation des références bibliographiques, etc. a été le plus souvent conservée.

Introduction

Notre société est en constante évolution. La population tend à vieillir et la prévalence des maladies chroniques augmente. De nouvelles configurations apparaissent tant au niveau professionnel ainsi qu'au niveau social et familial. À cela s'ajoutent les constantes innovations médicales et technologiques au service de la prévention et des interventions en santé. Ces évolutions et innovations constituent des défis pour les psychologues de la santé qui se trouvent devant la nécessité de repenser leurs concepts et leurs méthodes d'intervention face à des patients de plus en plus informés sur les risques liés à leur santé. Enfin, en matière de politiques de santé, les systèmes de soins de santé sont l'objet de divers enjeux : Quelle(s) place(s) les professionnels de la santé physique et mentale occupent-ils dans un tel paysage ? Comment concilier toutes les innovations mises à la disposition des personnes pour gérer leur santé tout en leur permettant de conserver leur identité ? Face aux inégalités sociales croissantes en matière de santé, quelles pistes de solutions la psychologie de la santé peut-elle apporter pour accompagner une politique de soins en accord avec une évolution sociale constructive ? Comment s'appuyer sur une démarche davantage préventive que curative, en privilégiant une approche multidisciplinaire et en proposant des démarches de compréhension, voire d'ajustement ?

Ces questions actuelles ont conduit à l'organisation du 8^{e} congrès de l'AFPSA, qui a eu lieu à Liège en décembre 2014. Il visait plusieurs objectifs : concourir au développement des études, des recherches, des formations et des pratiques en psychologie de la santé, promouvoir la psychologie de la santé comme domaine de spécialisation de la psychologie, contribuer à l'information, sur ses buts et spécificités, du public, des chercheurs, des enseignants-chercheurs, des étudiants, des professionnels de santé, des institutions, des collectivités territoriales et de leurs tutelles, favoriser une approche pluridisciplinaire du domaine de la santé par la collaboration avec des représentants de disciplines et de professions voisines, ainsi qu'avec d'autres partenaires en Belgique, en France et à l'étranger.

Cet ouvrage vise à présenter un panel de communications illustrant les thématiques du congrès et la diversité des approches conceptuelles et méthodologiques qui constituent l'identité de la psychologie de la santé francophone. Il est organisé selon sept thématiques qui mettent en lumière les développements actuels de la recherche en psychologie de la santé francophone : « Enfant, famille et santé », « Psycho-oncologie »,

« Santé au travail », « Vieillissement et santé », « Maladies chroniques », « Risques en santé et éducation thérapeutique », et « Émotions et santé ».

Enfin, cet ouvrage n'aurait pas pu voir le jour sans les contributions de M^me^ Marie Préau, présidente de l'AFPSA, et M^mes^ Annalisa Casini, Carole Fantini, France Kittel, Justine Gaugue, Céline Stassart, Agnès Van Daele et Emmanuelle Zech, membres du comité de relecture.

Anne-Marie Étienne et Isabelle Bragard

Première partie

Enfant, famille et santé

Les enjeux de l'interruption médicale de grossesse et ses risques psychopathologiques pour l'enfant d'après

Mélissa Alexandre[1], Carmela Votino[2], Lisa De Noose[3], Teresa Cos[2], Justine Gaugue[4] et Jacques Jani[2]

[1] Boursière FRESH - FRS - FNRS, Service de psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FPSE), Université de Mons, Belgique.
Email : melissa.alexandre@umons.ac.be
[2] Service de gynécologie-obstétrique, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique
[3] Service du doyen, FPSE, UMONS, Belgique
[4] Chef du Service de psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent, FPSE, UMONS, Belgique

Mots-clés : deuil périnatal, interruption médicale de grossesse, diagnostic prénatal, relation mère / bébé, interactions précoces.

Introduction

Si les avancées dans le champ du diagnostic prénatal accroissent le nombre de malformations fœtales diagnostiquées et permettent de réaliser des interruptions médicales de grossesse (IMG) plus précocement, celles-ci demeurent des événements traumatiques qui confrontent les couples à une détresse psychique pouvant persister de nombreux mois (Korenromp *et al.*, 2005). Tandis que certains retrouvent une grande proportion d'attachement désorganisé parmi les enfants nés à la suite d'une perte périnatale, questionnant la qualité des premiers liens dyadiques (Heller & Zeanah, 1999 ; Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2001), cette étude explore les enjeux d'une IMG sur la relation précoce mère-bébé subséquent.

Méthode

Dix-sept mères âgées de 19 à 40 ans, vivant en couple et maîtrisant la langue française ont participé à cette étude pilote avec leur bébé de 6 à 7 mois : cinq mères sans antécédent de perte périnatale constituent le groupe témoin et douze mères ayant

vécu une IMG composent le groupe clinique, lequel est subdivisé en trois sous-groupes afin de rendre compte du terme de l'IMG : groupe clinique 1 (n = 4) : perte fœtale de 0 à 16 semaines d'aménorrhée (SA) ; groupe clinique 2 (n = 4) : perte fœtale de 17 à 27 SA ; groupe clinique 3 (n = 4) : perte fœtale de 28 SA et plus.

Après l'approbation du Comité d'éthique du CHU Brugmann, les participants ont été rencontrés au domicile pour investiguer d'une part les interactions précoces qui ont été évaluées sur base d'une situation de jeu libre de manière quantitative avec la Grille d'observation de Greenspan et Lieberman (1980) (GLOS) et de manière qualitative avec une analyse clinique ; d'autre part pour explorer le développement du bébé qui a été approché avec l'échelle révisée de développement psychomoteur de Brunet et Lézine (BL-R) (2001)et avec la Mallette projective première enfance (MPPE), explorant plutôt le développement psychoaffectif (Roman, 2004). Les résultats ont été mis en lien avec le terme de l'IMG et le niveau d'élaboration de la perte exploré avec un entretien semi-directif et l'échelle de deuil pré- et périnatal (De Tychey & Dollander, 2000).

Résultats

Alors que les scores globaux obtenus à l'échelle de deuil pré- et périnatal augmentent en fonction du terme de l'IMG, 2 sujets sur 12 dénient dans leur récit les émotions négatives liées à la perte de leur bébé, témoignant ainsi d'une incapacité à mentaliser cet événement peu importe le terme auquel il a eu lieu. La première a en effet connu une perte précoce à 14 SA ; la deuxième à 32 SA.

Aussi, les résultats quantitatifs issus de la GLOS, découlant des médianes obtenues par les différents groupes, tendent à montrer que plus la perte est tardive, plus l'enfant répond de manière non contingente à sa mère et moins il est capable d'exprimer ses émotions. D'un point de vue qualitatif, une altération des interactions au sein des dyades se marque également lorsque l'IMG atteint le terme de 20 SA : manque de réciprocité et d'expression des affects, peu de regards mutuels et de sourires. Les interactions prennent toutefois une forme dysfonctionnelle uniquement au sein des deux dyades pour lesquelles la mère n'a pas pu élaborer le deuil. Sur le plan comportemental, aucun échange ne peut s'établir entre la mère et le bébé. De plus, aucun partage affectif ne peut s'observer : les deux partenaires ne parviennent pas à se regarder et à éprouver du plaisir mutuellement. Aucune situation de jeu ne peut donc s'établir entre eux.

Enfin, la situation issue de la MPPE montre que la majorité des bébés peuvent s'intéresser à leur environnement extérieur tandis qu'aucun enfant n'a de retard psychomoteur global selon les résultats à la BL-R. Il n'en est pas de même pour les deux enfants dont la mère n'a pas pu résoudre le deuil de l'enfant perdu. Ceux-ci prennent peu appui sur autrui et/ou n'expriment pas les émotions de plaisir que suscite normalement une telle activité. Ces bébés paraissent ainsi adopter une attitude de retrait lorsqu'ils entrent en relation avec le monde extérieur.

Discussion-conclusion

La complémentarité des analyses quantitatives et qualitatives mettant en évidence, dans notre échantillon, une altération des interactions précoces entre la mère et le bébé subséquent à une IMG dont le terme a atteint 20 SA, cette recherche suggère finalement que la relation mère-bébé subséquent à une telle perte pourrait être perturbée. Ces résultats sont similaires à ceux de Turton, Badenhorst, Pawlby, White & Hughes (2009) qui observent, dans la relation mère-enfant âgé de 6 à 8 ans suivant un bébé mort-né, un plus faible engagement maternel et un climat émotionnel moins harmonieux. Le seuil de 20 SA est par ailleurs un moment-clé de la grossesse où la mère perçoit les premiers mouvements fœtaux. L'investissement maternel semble donc être un facteur de risque pour le développement de troubles relationnels avec l'enfant suivant (Shreffler, Greil & McQuillan, 2011). Le défaut de mentalisation de la perte, marqué par un déni des affects, semble néanmoins plus inquiétant. Dans ce cas, l'IMG pourrait entraver le développement de l'enfant suivant par le biais de dysharmonies relationnelles. Cela soutient les théorisations sur l'enfant de remplacement qui avancent que dans un contexte de deuil non élaboré, la perte peut gouverner les deux partenaires à leur insu (Porot, 1993). Hughes *et al.* (2001) démontrent aussi l'existence d'un lien entre un deuil non résolu et les comportements d'attachement désorganisé que présente l'enfant subséquent.

L'étude comporte des limites tant du côté de la fidélité (unique rencontre avec les participants, fiabilité inter-juges absente) que de la validité (impossibilité de généraliser les résultats), mais elle a permis de penser les bases d'une recherche doctorale subsidiée actuellement par le FNRS. Les résultats soulignent de plus l'importance d'une approche préventive et du travail en réseau, lesquels doivent être menés en continuité afin de relancer la dynamique psychique maternelle.

Références bibliographiques

Brunet, O., & Lézine, I. (2001). *Brunet-Lézine révisé : échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Issy-Les-Moulineaux : ECPA.

De Tychey, C., & Dollander, M. (2000). Présentation de l'échelle de deuil de Potvin, Lasker et Toedter : utilité en clinique pré- et périnatale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48 (4), 245-252.

Greenspan, S., & Lieberman, A. (1980). Infants, mothers and their interactions : a quantitative clinical approach to the developmental assessment. *In* S. Greenspan & G. Pollock, *The Course of Life* (vol. 1, pp. 271-310). Washington, DC : Government Printing Office.

Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (1999). Attachment disturbances in infants born to perinatal loss : a pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20 (2), 188-199.

Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G. A., & Fonagy, P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (6), 791-801.

Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., Van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M., Visser, G. H. A. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality : a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25 (3), 253-260 : `http://doi.org/10.1002/pd.1127/`

Porot, M. (1993). *L'enfant de remplacement*. Paris : Frison-Roche.

Roman, P. (2004). *La mallette projective première enfance*. Paris : ECPA.

Shreffler, K. M., Greil, A. L., & McQuillan, J. (2011). Pregnancy loss and distress among U.S. women. *Family Relations*, 60 (3), 342-355.

Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., & Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth : a case-control follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (12), 1451-1458 : http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02111.x.

Accéder à la parentalité par GPA : cas de familles homoparentales masculines

Marielle Bruyninckx, Mélanie Dutrieux,
Dimitri Cauchie et Élodie Brisard

Service de développement humain et traitement des données – Université de Mons
Emails : marielle.Bruyninckx@umons.ac.be – melanie.Dutrieux@umons.ac.be –
dimitri.Cauchie@umons.ac.be – elodie.Brisard@alumni.umons.ac.be

Mots-clés : évolutions sociales, familles et enfants, politiques.

Introduction

L'homoparentalité fait l'objet de nombreux questionnements et controverses. Auparavant, beaucoup d'hommes homosexuels préféraient renoncer à leur désir d'enfant. Ils sont actuellement de plus en plus nombreux à reconnaître et à réaliser ce souhait de paternité (Gratton, 2008). Pour mener à bien ce projet, plusieurs options sont à leur disposition : l'adoption, la coparentalité ou, la gestation pour autrui (GPA). L'adoption pour les couples de même sexe n'étant possible que dans certains pays et la coparentalité nécessitant de trouver un tiers partageant le projet, les couples gays se tournent de plus en plus vers la GPA (Gross, 2012b). Cependant, l'entrée dans la parentalité par ce procédé soulève un déséquilibre conséquent entre les parentés biologique et sociale : seul l'un des pères a un lien avec l'enfant (il appartiendra aux couples d'effectuer, pour autant que ce soit autorisé, les démarches [1] afin que le parent social puisse devenir également parent légal au travers de l'adoption (Cadoret, 2000).

Méthodologie

Afin de comprendre leur vécu subjectif, nous avons mené une recherche exploratoire auprès de pères gays ayant recouru à une mère porteuse. Nous leur avons soumis un questionnaire anamnestique et avons réalisé avec eux un récit d'histoire personnelle et

1. Depuis le 1er janvier 2015, la loi « présomption de maternité » reconnaît automatiquement la coparente (couples lesbiens) comme parent légal.

un entretien semi-directif. Par ces outils, dont nous présentons ici une brève synthèse des résultats, nous nous sommes intéressés à leur projet familial, à leurs motivations et réticences, nous avons investigué la question du choix du père biologique et les éventuelles implications de la différence de statut légal entre eux.

Notre échantillon est constitué de cinq couples homosexuels : trois vivent en union libre (deux en France et un en Suisse), un est marié (Belgique) et le dernier vit en cohabitation légale (Belgique). Trois couples sont composés d'un père biologique légal et d'un père social ; un couple d'un père biologique légal et d'un père légal (adoption de l'enfant commun) ; le dernier couple présente une situation croisée : chacun est le père social des enfants biologiques de son partenaire, désirés en commun. Ces hommes sont pour la plupart d'un milieu social élevé (9/10 ont fait études supérieures et ont un emploi correspondant). Trois couples ont eu recours à la GPA traditionnelle (la mère porteuse est la donneuse d'ovocytes, et donc mère génétique de l'enfant) ; les deux autres à la GPA gestationnelle (la mère porteuse n'est pas donneuse d'ovocytes, et donc pas mère génétique). Les premières ont été réalisées en Belgique (2) et au Canada (1), les autres aux États-Unis (1) et en Ukraine (1). Deux situations caractérisaient les attaches unissant les parents intentionnels et la mère porteuse (MP) : ils n'avaient aucun lien préalable entre eux (3/5), la MP faisait partie de la famille (1/5) ou était une amie proche du couple (1/5). Enfin, en ce qui concerne l'adoption, seul un père (belge) a adopté l'enfant biologique de son partenaire.

Principaux résultats

Les motivations principales pour recourir à la GPA sont, pour nos sujets, liées à la « *seule possibilité restante pour être père* » (9/10, en accord avec les résultats de Gross, 2012b), le fait d'éviter une éventuelle « *entrave maternelle* » (10/10), la seule manière d'« *être père à temps plein* » (10/10), d'« *être en même temps père et géniteur* » (6/10), de « *pouvoir vivre la grossesse et la naissance* » (5/10).

Bien qu'ils voient dans la GPA un moyen de fonder une famille, les sujets expriment également certaines craintes et réticences à son encontre : « *les complications médicales* » (8/10), « *les reproches de l'enfant* » (6/10), « *la rétractation de la MP après l'accouchement* » (6/10), « *l'éventuelle arnaque financière* » (4/10) ou encore « *la législation* » (4/10). Les complications médicales semblent être ce qui inquiète le plus les pères rencontrés (difficultés de conception, fausse couche, malformations ou handicap important de l'enfant). Les pères craignent également que l'absence d'une mère au quotidien leur soit un jour reproché par l'enfant.

Nous avons pu mettre en avant quatre facteurs contribuant au choix du père qui sera responsable de la parenté biologique : « *être ou non le porteur du projet* » (8/10), « *vouloir une descendance biologique* » (7/10), « *être déjà le père biologique d'un autre enfant* » (2/10 étaient parents d'un autre enfant issu d'une relation antérieure) et « *être plus paternant* » (1/10). Nombreux sont les pères (8/10) pour qui ce choix s'est fait naturellement, l'un d'eux portant le projet depuis de nombreux années, y étant le plus investi ou désirant vraiment être père contrairement à son conjoint qu'il a dû convaincre. Contrairement aux résultats de Gross (2012b), l'attribution possible de la paternité biologique au partenaire le moins impliqué ne s'est pas présentée parmi

les sujets. Nos constatations par rapport aux appellations des pères rejoignent celles de Gross (2012a) quant à la diversité des situations. Les partenaires d'un seul couple ont souhaité être appelés tous deux « *papa* » par leurs enfants. Les autres ne cherchent pas à se faire nommer de la même manière par l'enfant et témoignent de leur volonté que l'enfant nomme « *papa* » son père biologique et utilise un diminutif affectueux pour son père social. L'unicité de la paternité biologique semble primer dans leurs explications, ce qui peut sembler paradoxal avec leur souhait de se considérer pères de manière équivalente.

Conclusions

Toujours objets de polémiques, la paternité gay et la GPA souffrent de nombreux stéréotypes de genre considérant que les couples homosexuels n'ont pas les conditions requises pour élever un enfant ou encore que deux pères n'ont pas les compétences adéquates pour s'occuper d'un enfant sans mère, sans être accusés de pédophilie. Notre recherche confirme que le désir d'enfant est plus fort que les difficultés juridiques, économiques et psychologiques et qu'il est indispensable de faire évoluer les lois et les mentalités pour s'adapter aux nouvelles configurations familiales, pour protéger les individus impliqués et de réduire les risques subis (charge financière considérable, voire arnaques, recours à l'étranger, protection du parent social et de l'enfant en cas de problème, décès...). Il est d'ailleurs interpellant de constater que lors de notre recherche, seul un père a adopté l'enfant de son conjoint et que peu d'hommes réfléchissent à ce que cette absence de protection juridique pourrait engendrer. Enfin, certains auteurs tels que Flavigny (2002) ont souligné l'importance de la « scène primaire » pour les enfants, leur permettant de comprendre leurs origines, fondamentale pour la construction de l'identité personnelle. Ce schéma est quelque peu mis à mal dans la procréation médicalement assistée (PMA) puisqu'elle efface l'un des partenaires, ici la mère. Toutefois, aucun père de notre échantillon ne veut cacher à l'enfant ses origines et tous témoignent de leur volonté d'expliquer celles-ci à l'enfant (10/10). L'homoparentalité dans une situation de GPA est un sujet sur lequel nous n'avons encore que peu de recul et qui constitue pourtant un véritable défi pour les psychologues de la santé. En effet, s'il est important que la société s'adapte à cette évolution concernant de plus en plus d'enfants qu'il s'agit de considérer et protéger, il est essentiel que les intervenants psychosociaux puissent participer à la construction d'un meilleur bien-être pour ces familles d'un type nouveau.

Références bibliographiques

Cadoret, A. (2000). L'homoparentalité, construction d'une nouvelle figure familiale. *Anthropologie et Société*, 24 (3), 39-52. DOI : 10.7202/015670ar.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop D. S. (1983). *Family Assessment Device (FAD)* (questionnaire et manuel).

Flavigny, C. (2002). Le désir d'enfant des homosexuels. *Le Journal des psychologues*, 195, 26-28.

Gross, M. (2012a). *Choisir la paternité gay.* Toulouse : Érès.

Gross, M. (2012b). *Qu'est-ce que l'homoparentalité ?* Paris : Payot.

Gratton, E. (2008). *L'homoparentalité au masculin. Le désir d'enfant contre l'ordre social.* Paris : Presses universitaires de France.

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), programme de Barkley et qualité de vie des parents

Émilie Cappe[1], Marie-Caroline Rougé[1], Sofia Elkhatib[1], Marie-Claude Saiag[2] et Richard Delorme[2]

[1] Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS – EA 4057), Institut de psychologie, université Paris-Descartes – Sorbonne Paris-Cité, 71, avenue Édouard-Vaillant 92100 Boulogne-Billancourt, France. Email : emilie.cappe@parisdescartes.fr
[2] Hôpital Robert-Debré, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 48, boulevard Sérurier 75019 Paris, France

Mots-clés : TDAH, parents, qualité de vie, programme de Barkley.

Introduction

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) se manifeste par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, apparaissant avant 12 ans et perturbant le fonctionnement adaptatif et le développement de l'enfant (APA, 2013). Les enfants TDAH sont souvent intolérants à la frustration et ont des difficultés à se conformer aux règles de la vie sociale, familiale et scolaire. Ce trouble entraine souvent un stress parental (Schroeder & Kelley, 2009), une altération du sentiment de compétence parentale (Finzi-Dottan, Triwitz & Golubchik,2011), une perturbation des relations conjugales, familiales et amicales (Schermerhorn *et al.*, 2012) et des affects négatifs (Chronis *et al.*, 2003). Les réactions de l'entourage au fonctionnement de l'enfant jouent un rôle essentiel dans l'évolution du trouble (Massé, Verreault, Verret, 2011). Une prise en charge combinée, centrée sur l'enfant, les parents et les enseignants est donc recommandée (INSERM, 2009). Le programme développé par Barkley (1997), pour les parents d'enfants TDAH, vise à améliorer l'habileté parentale face aux comportements difficiles. Proposé en groupes fermés de 15 parents d'enfants âgés de 4 à 16 ans, l'objectif est d'aider les parents à mieux comprendre le fonctionnement de leur enfant, son handicap et ses répercussions, à utiliser des stratégies

éducatives adaptées et à échanger leurs ressources (Saiag, Bioulac & Bouvard, 2007). Il est organisé en 10 séances collectives de deux heures, abordant chacune une thématique spécifique. Si l'efficacité de tels programmes semble évidente en clinique, les preuves de leur effet restent partielles.

Méthode

L'objectif de cette étude est de réaliser un suivi de cohorte afin de 1) décrire une population de parents d'enfants TDAH en termes de processus transactionnels et d'issue adaptative ; 2) déterminer les prédicteurs de l'ajustement parental ; 3) et évaluer l'impact du programme de Barkley. Depuis septembre 2012, 98 parents ont été inclus dans l'étude : 67 parents ayant participé au programme de Barkley (groupe expérimental) et 31 n'ayant pas participé au programme (groupe contrôle dont l'enfant est suivi en ambulatoire dans le service). Trois temps d'évaluation sont réalisés pour tous les parents : 1) T0 à l'entrée dans l'étude (environ 15 jours avant le début du programme pour le groupe expérimental) ; 2) T1 à quatre mois (correspondant à la fin du programme) ; 3) et T2 à 10 mois. À T0, des informations socio-biographiques concernant l'enfant TDAH (âge, sexe, autonomie, loisirs, scolarité, etc.) et la situation familiale et personnelle des parents (profession, santé, revenus, besoins, etc.) sont recensées. À T0, T1 et T2 sont évalués : 1) la représentation parentale de la sévérité des comportements de l'enfant (échelle de Conners ; Dugas *et al.*, 1987) ; 2) les connaissances parentales sur le TDAH (Massé *et al.*, 2001) ; 3) le stress perçu (ALES) ; 4) le contrôle perçu (adaptation de la version française de la CLCS) ; 5) le soutien social perçu (adaptation du QSSP) ; 6) les stratégies de *coping* (adaptation de la version française de la WCC-R) ; 7) et la qualité de vie (échelle permettant d'évaluer l'importance des répercussions du trouble dans 7 domaines ; Cappe, Wolff, Bobet & Adrien, 2011). Seules les données issues du T0 sont présentées dans cette communication, et plus particulièrement les résultats des régressions multiples permettant de déterminer les prédicteurs de la qualité de vie des parents avant leur participation au programme. La méthode pas à pas a été utilisée (les prédicteurs sont ajoutés à l'équation un par un et sont exclus s'ils ne contribuent pas significativement à la régression).

Résultats

Les résultats montrent que les stratégies de *coping* centrées sur les émotions ($\beta = 0{,}55$) et les besoins exprimés par les parents ($\beta = 0{,}48$) expliquent 76 % de la variance du score global de qualité de vie. L'expérience perçue comme une menace et une perte ($\beta = 0{,}72$), l'âge du parent ($\beta = 0{,}52$), l'âge de l'enfant au moment du diagnostic ($\beta = 0{,}29$) et son âge lors de ses premières difficultés ($\beta = -0{,}26$) expliquent 68 % de la variance du score « activités quotidiennes ». Les stratégies de *coping* centrées sur les émotions ($\beta = 0{,}60$) expliquent 32 % de la variance du score « activités et relations professionnelles ». L'expérience perçue comme une menace et une perte ($\beta = 0{,}56$), l'indice des troubles des apprentissage ($\beta = 0{,}30$), l'âge de l'enfant lors de ses premières difficultés ($\beta = -0{,}36$) et l'âge du parent ($\beta = 0{,}32$) expliquent 65 % de la variance du score « activités et relations sociales ». L'indice d'hyperactivité ($\beta = 0{,}50$), les besoins parentaux ($\beta = 0{,}47$) et les connaissances parentales sur le TDAH ($\beta = 0{,}30$) expliquent 57 % de la variance du score « activités et relations familiales ».

L'expérience perçue comme une menace et une perte (β = 0,66), l'âge de l'enfant lors de ses premières difficultés (β = -0,36) expliquent 42 % de la variance du score « relations et activités avec l'enfant ». L'expérience perçue comme une menace et une perte (β = 0,80) explique 62 % de la variance du score « bien-être psychologique ». Enfin, l'expérience perçue comme un défi (β = -0,66) et les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social (β = -0,33) expliquent 42 % de la variance du score « épanouissement personnel ».

Conclusion

Ces résultats montrent qu'une perception négative de la situation, le *coping* centré sur les émotions et l'indice d'hyperactivité sont les prédicteurs les plus forts d'une mauvaise qualité de vie perçue par les parents. Au contraire, le fait de percevoir sa situation comme un défi et de rechercher du soutien social est prédicteur d'une meilleure qualité de vie. Ils confirment donc la nécessité de proposer aux parents des programmes tels que celui de Barkley, afin de les aider à modifier leur perception des comportements de leur enfant et leur fonctionnement.

Références bibliographiques

American psychiatric association (2013). *DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington DC, USA : American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (1997). *Defiant Children : a Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* (2nd edition). New York, NY : Guilford Publications.

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

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.

Dugas, M., Albert, E., Halfon, O., Nedey-Saiag, M. C. (1987). *L'hyperactivité chez l'enfant*. Paris : PUF.

Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2), 510-519.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2009). *Expertise opérationnelle. Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi*. Paris : INSERM.

Massé, L., Verreault, M., & Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDAH à la maison : programme pour aider les parents à mieux composer avec le TDAH de leur enfant au quotidien*. Montréal : Chenelière éducation.

Saiag, M. C., Bioulac, S., Bouvard, M. (2007). *Comment aider mon enfant hyperactive ?* Paris : Odile Jacob.

Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with or without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 227-235.

Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., *et al.* (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems : controls for genetic and environmental confounds. *Twin Research and Human Genetics*, 15 (6), 700-713.

Motivations et vécu de femmes engagées dans une expérience de GPA gestationnelle

Mélanie Dutrieux, Marielle Bruyninckx,
Dimitri Cauchie et Leïla Hammouda

Service de développement humain et traitement des données – Université de Mons
Emails : melanie.Dutrieux@umons.ac.be – marielle.Bruyninckx@umons.ac.be –
dimitri.cauchie@umons.ac.be – leïla.Hammouda@alumni.umons.ac.be

Mots-clés : familles et enfants, évolutions sociales, innovations.

Introduction

Grâce aux nouvelles technologies de procréation médicalement assistée (PMA), la gestation pour autrui (GPA) réapparaît sous une forme plus sophistiquée : la GPA gestationnelle (séparation fécondation / grossesse avec possibilité de recourir ou non à un don de gamètes – la porteuse étant ou non liée génétiquement à l'enfant) (Knoppers & Le Bris, 1993 ; Massager, 1997). La PMA ne semble plus heurter les consciences, la GPA est encore au centre de nombreux débats, avec des arguments favorables et défavorables (Melh, 2008 ; Defraigne, 2010), et la législation relative à cette technique est variable en fonction des pays : interdite en France, en Allemagne, en Italie, en Espagne et en Suisse ; autorisée aux Pays-Bas par le droit médical sous certaines conditions mais non reconnue par le droit civil ; pas interdite en Belgique et au Danemark mais sans statut réel, sans cadre juridique ; règles différentes d'un(e) Province / État à l'autre au Canada et aux États-Unis. Au-delà des aspects techniques et médicaux, la maternité de substitution comporte pourtant des aspects bioéthiques, juridiques et psycho-sociaux à prendre en compte.

Méthodologie

Nous avons mené une recherche exploratoire auprès sept mères porteuses résidant dans un pays n'interdisant pas la pratique de la GPA : Belgique (2/7) et Canada (5/7). Afin d'identifier les motivations de ces femmes et comprendre leur vécu par

rapport à cette expérience, nous avons soumis les sujets rencontrés à quatre outils : le questionnaire anamnestique, l'entretien semi-directif, l'Inventaire d'estime de soi de Coopermsith (1984) et le test de personnalité 16PF5 de Cattell (1995).

Toutes présentent une stabilité conjugale (5/7 sont mariées et 2/7 en concubinage) et familiale (entre deux et quatre enfants avant d'entamer les démarches pour devenir mères porteuses). Six ont un emploi stable mais toutes privilégient leur vie familiale à leur carrière professionnelle. Quatre femmes sur sept se définissent comme étant catholiques croyantes mais non pratiquantes, les autres sont athées). Ces femmes préfèrent ne pas être liées génétiquement à l'enfant. Toutes les mères porteuses canadiennes ont porté un enfant pour un couple étranger à leur entourage. Elles n'avaient donc aucun lien préalable avec les parents intentionnels stériles. À l'inverse, les sujets belges l'ont fait pour un proche, soit des membres de leur famille (1/7), soit des amis (1/7).

Principaux résultats

Les résultats les plus saillants au test 16PF5 de Cattell [1] tendent à montrer que les mères porteuses de notre étude seraient des femmes davantage imaginatives que terre-à-terre et plus orientées vers la conception d'un projet que vers sa réalisation (facteur M : 5 MP présentant une note sten > 7, dont 2 belges et 3 canadiennes). Elles seraient également plutôt méfiantes et suspicieuses (facteur L : 4 MP présentant une note sten > 7, dont 2 belges et 2 canadiennes), semblant difficilement faire confiance aux autres (2 MP canadiennes se montrant toutefois particulièrement chaleureux, attentifs et ouverts aux autres – facteur A). Certaines seraient en outre assez nerveuses (facteur Q4 : 3 MP présentant une note sten > 7, dont 2 belges et 1 canadienne), émotionnellement instables (facteur B : 3 MP présentant une note sten < 4, toutes canadiennes).

On peut également relever que les femmes rencontrées ne se montrent pas majoritairement anxieuses ou doutant d'elles-mêmes (toutefois, 2 MP, 1 belge et 1 canadienne, présentant une note sten > 7 – facteur O). Enfin, les MP ne se montrent pas particulièrement perfectionnistes et organisées (facteur Q3 : 1 MP canadienne présentant une note sten > 7) ni enclines au sentimentalisme (facteur F : 2 MP canadiennes seulement présentant des notes extrêmes, l'une basse, l'autre haute).

À l'Inventaire de Coopersmith (1984), les sujets présentent une bonne estime d'elles-mêmes (moyenne de 39.3 pour une note seuil de 33). Elles ont une estime d'elles-mêmes satisfaisante dans la plupart des sphères de leur vie, mis à part à l'échelle professionnelle (moyenne de 5.14). Les mères porteuses sembleraient donc ne pas croire en leurs compétences et en leurs capacités de réussite au sein de leur travail.

Les motivations de nos sujets pour être mères porteuses s'expliqueraient par l'envie de « *faire connaître la joie d'être parent* » (6/7), le « *plaisir et l'épanouissement pendant la grossesse* » (5/7), et, surtout, le désir de « *partager le bonheur d'être parents avec le couple stérile* » (7/7). Toutes ont apprécié cette expérience et se disent prêtes à

1. Nous présentons ici les résultats pour les facteurs pour lesquels au moins un sujet obtient une note sten extrême, soit basse (< 4), soit haute (> 7). Pour tous les autres facteurs, tous les sujets obtiennent des notes sten « moyennes » (comprises entre 4 et 7), ces traits de personnalité ne se démarquant donc pas particulièrement dans notre échantillon.

Tableau 1 – Synthèse des résultats au 16PF5 de Cattell (1995) (aux facteurs primaires pour lesquels des sujets obtiennent des notes sten extrêmes).

Facteurs	**Signification des notes basses**	S1 (Bel)	S2 (Bel)	S3 (Can)	S4 (Can)	S5 (Can)	S6 (Can)	S7 (Can)	**Signification des notes hautes**
A. Cordialité-chaleur	*Réservé, impersonnel, distant, détaché*	6	5	8	6	9	6	7	*Chaleureux, communicatif, attentif aux autres, ouvert*
B. Stabilité émotionnelle	*Réactif, émotionnellement changeant*	5	6	6	6	3	2	3	*Émotionnellement stable, capable de s'adapter, mature*
F. Sensibilité	*Esprit utilitaire, objectif, peu enclin au sentimentalisme*	6	5	6	4	6	8	2	*Sensible, sens esthétique, sentimental*
L. Vigilance	*Confiant, non soupçonneux, crédule*	8	9	6	8	8	6	5	*Vigilant, suspicieux, sceptique, méfiant*
M. Imagination-distraction	*Pratique, terre-à-terre, orienté vers la réalisation*	9	9	6	8	8	9	5	*Imaginatif, distrait, orienté vers la conception*
O. Inquiétude-appréhension	*Sûr de soi, serein, content de soi*	7	9	5	7	5	9	5	*Inquiet, doutant de soi, soucieux, anxieux*
Q3. Perfectionnisme	*Tolérant le désordre, peu exigeant, souple*	7	5	9	5	7	4	5	*Perfectionniste, organisé, autodiscipliné*
Q4. Tension	*Détendu, patient, paisible*	8	8	7	4	5	5	9	*Tendu, impatient, nerveux*

recommencer une GPA. Cependant, les deux mères porteuses belges ne sont prêtes à la revivre que pour le même couple. Quatre mères canadiennes ont été rémunérées, les belges (2/7) ont refusé toute compensation financière et une canadienne n'a pas souhaité aborder ce sujet. Nos résultats laissent aussi penser que les motivations de nos groupes de femmes ne sont pas identiques : les mères porteuses belges auraient plus tendance à pratiquer la GPA par empathie et par envie de partage plutôt que par désir de satisfaction personnelle ou encore pour des raisons financières. Il est cependant interpellant de constater que, dans notre recherche, seules les mères porteuses canadiennes ont été rémunérées et on s'interroge sur une éventuelle banalisation de l'aspect financier dans le contexte nord-américain. De plus, aucune des mères porteuses belges

n'envisage de porter un enfant pour une personne étrangère à son entourage, ce qui n'est pas le cas de nos sujets canadiens.

Toutes affirment avoir vécu leur grossesse avec un certain détachement et aucune n'auraient éprouvé de difficulté à remettre l'enfant aux parents intentionnels. Par ailleurs, la GPA engendrerait la création d'une relation durable entre la MP et le couple stérile (6/7).

Conclusion

La GPA est actuellement sujet de débats et de controverses. Ses partisans réclament le droit pour tous d'avoir un enfant ; ses opposants remettent en cause ce même droit pour des raisons éthiques et médicales. Ces femmes qui s'engagent dans cette expérience sont vues par certains comme des « matériels gestationnels » (Vespieren *in* Giraud, 1987) et, par d'autres, comme des « modèles de solidarité » (Terré, 1987). Notre recherche confirme qu'elles doivent faire face aux critiques de l'entourage mais surtout de la société et que, pour assumer leur choix, avoir une bonne estime d'elles-mêmes et une image positive est nécessaire. Les MP canadiennes apparaissent émotionnellement moins stables mais plus attentives aux autres et plus confiantes que leurs homologues belges, ces dernières se montrant davantage nerveuses, anxieuses et doutant d'elles-mêmes. Elles sont généralement imaginatives et plutôt tournées vers la conception d'un projet que vers sa réalisation et ce, peu importe le pays de résidence.

Certains auteurs, comme Terré (1987) soulignent comme motivation l'intention de créer une relation solide avec les parents intentionnels, non basée sur l'argent. Il semblerait qu'il en soit de même pour les mères porteuses de notre étude puisque la plupart ont des contacts réguliers avec l'enfant et ses parents. Bien que cinq d'entre-elles aient reçu une rémunération, aucune ne reconnaît avoir eu l'argent comme motivation principale : elles considèrent cette rétribution financière comme une reconnaissance du couple vis-à-vis de leur geste et des désagréments qu'il peut comporter. Nos constatations sur le vécu de la séparation avec le bébé rejoignent celles de Jadva (2003) : les mères porteuses ont tendance à adopter une attitude détachée vis-à-vis de l'enfant qu'elles portent, ce qui faciliterait certainement la séparation lors de l'accouchement et de la remise à ses parents.

La GPA, sous sa forme traditionnelle, est la plus ancienne et la plus naturelle des méthodes pour pallier à la stérilité. Sous sa forme gestationnelle, plus récente, elle fait l'objet de davantage d'attention de la part de la société et des professionnels. Pour mener à bien ce dessein d'enfant, les mères porteuses doivent montrer beaucoup de détermination et d'assurance pour affronter leurs critiques. Il est aussi important que les professionnels du milieu psychosocial s'occupent du bien-être de ces femmes mais également des parents intentionnels ainsi que des enfants nés dans ce contexte. En effet, le nombre d'études sur les familles issues de GPA est assez limité et on ne connaît donc encore que peu les conséquences pour ces enfants (Golombok, Murray, Jadva, Mac Callum & Lycett, 2004).

Références bibliographiques

Knoppers, B. M., & Le Bris, S. (1993). *Maternité de substitution*. Bruxelles : De Boeck.

Massager, N. (1997). *Les droits de l'enfant à naître*. Bruxelles : Bruylant.

Mehl, D. (2008). *Enfants du don*. Paris : Robert Laffont.

Defraigne, C. (2010). *Proposition de loi relative aux mères porteuses*. En ligne : `http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html\&COLL=S\&LEG=5\&NR=160\&VOLGNR=1\&LANG=fr`.

Cattell, R. B. (1995, traduction française : I. Gillet, Paris : Les Éditions du Centre de psychologie appliquée). *16 PF 5*, Illinois : The Institute for Personality and Ability Testing.

Coopersmith, S. (1984, traduction française : Paris : Les Éditions du Centre de psychologie appliquée). *Inventaire d'estime de soi*, Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

Giraud, F. (1987). *Mère porteuse et droits de l'enfant*, Paris : PubliSud.

Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., MacCallum, F., & Lycett, E. (2004). Families created through a surrogacy arrangement : parent-child relationships in the first year of life. *Developmental Psychology*, 40, 400-411. DOI : `10.1037/0012-1649.40.3.400`.

Terré, F. (1987). *L'enfant de l'esclave : génétique et droit*. Paris : Flammarion.

Jadva, V., Murray, C., Lycett, E., MacCallum, F., & Golombok, S. (2003). Surrogacy : the experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*, 18 (10), 2196-2204.

Le jeu vidéo avec l'enfant placé, nouvel outil pour le psychologue en protection de l'enfance

Émilie Duvillard[1] et Cyril Tarquinio[2]

[1] Laboratoire Epsam, Université de Lorraine, Association Jean-Martin Moye.
Email : emilieduvillard@hotmail.fr
[2] Laboratoire Epsam, professeur à l'Université de Lorraine

Mots-clés : méthodes d'intervention alternative, émotions, familles et enfants.

Introduction

Ces dernières années, de nombreuses publications sur l'attachement témoignent de l'intérêt que la théorie de Bowlby continue d'exercer dans le champ de l'enfance maltraité. La perspective évolutionniste de la théorie de l'attachement suit une logique simple : l'esprit est le produit de l'évolution biologique et se caractérise par la présence d'une intelligence stratégique qui, suite à la sélection naturelle, s'est révélé la plus fonctionnelle pour gérer les relations affectives et sociales (Attili, 2013). Bowlby déjà, attirait notre attention sur la composante cognitive de l'évolution de l'être humain en rappelant que les premières relations affectives influencent l'élaboration des informations. La compétence relationnelle et sociale est possible grâce à l'activation d'un certain nombre de systèmes : la mémoire, l'attention, la perception, le langage, la capacité à prendre en considération le point de vue de l'autre, la compréhension de la causalité, de la temporalité, de la spatialité, la possibilité d'attribuer à l'autre des états d'âme et, enfin la capacité de métacognition, c'est-à-dire savoir réfléchir sur ses propres idées. Tous ces systèmes tendent à améliorer la communication entre les individus car ils contribuent à rendre compréhensibles les signaux émis et les signaux reçus. Ainsi, lorsque les relations ont été carentielles ou teintées de violences, ou en l'absence de figures assurant la fonction parentale, le sujet se fera une idée déformée et donc préjudiciable de la réalité (Attili, 2013). À partir de ce référentiel théorique qu'est la perspective évolutionniste de la théorie de l'attachement et de nos obser-

vations professionnelles, nous avons cherché une intervention à visée thérapeutique mobilisant le système cognitif rendu déficitaire par les premières expériences affectives et à stimuler une régulation des émotions plus adéquate. Nous considérons que la psychothérapie est l'art de la relation qui mène à la réduction d'une souffrance, alors il y a lieu de faire une place à la réflexion sur les outils dont cet art dispose. Tel est l'objectif de cette étude, présenter un outil de médiation de la rencontre ainsi que les modèles théoriques auxquels il se réfère. À partir de trois notions essentielles qui sont la fonction développementaliste et vitale du jeu (Marinopoulos, 2012), la valeur du ludique (Genvo, 2008) chez l'enfant et la possibilité expérientielle de la simulation (Perron, 2011), nous avons fait le choix d'utiliser le jeu vidéo. Nous avons pensé le jeu vidéo comme étant l'outil idéal pour panser la relation avec l'enfant en manque et mal d'interaction.

Méthode

Les enfants présents dans les foyers de protection de l'enfance souffrent de carences multiples. L'échantillon de cette étude se compose de 7 enfants placés, partagés en 2 groupes. Il s'agissait de deux groupes fermés. Nous avons choisi des enfants âgés de 5 à 7 ans, la moyenne étant de 6,2 ans, tous francophones et vivant leur première séparation du milieu familiale (primo-placement). Notre critère d'inclusion principal était le maximum de problème externalisé évalué par le Profil socio-affectif (Lafrenière, Dubeau, Janosz & Capuano, 1990) et un type d'attachement diagnostiqué comme de type insecure (A, C, D) par entretien clinique. Notre critère d'exclusion principal était une déficience intellectuelle (QIT inférieur à 69) évalué par le WPPSI, ou WISC-IV, un attachement évalué comme secure. Notre intervention s'est déroulée dans un foyer d'accueil d'urgence de placement judiciaire. Elle a couvert trois mois, c'est-à-dire 11 séances de 45 minutes par groupe. Nous avons choisi un jeu vidéo d'action pour ses potentialités cognitives explicités par la littérature scientifique. C'est un jeu vidéo permettant un espace où le sujet peut se projeter sans crainte. La narration du jeu vidéo reste attachée à l'héritage familiale et ses représentations mais déjoue les défenses en focalisant l'attention sur un attachement choisi : l'ami. Nous avons analysé comment l'utilisation d'un jeu vidéo d'action en groupe restreint lors d'une prise en charge psychologique permettait-elle d'aider l'enfant ayant un modèle d'attachement de type insecure à se comprendre, à l'aider à réguler son état émotionnel et ses comportements sociaux et à comprendre les conduites et comportements des autres. Nous nous sommes basés sur les enregistrements audio, sur les observations des interactions dans le groupe relevé lors des séances, sur les résultats des échelles du Profil socio-affectif et sur les résultats de l'échelle verbale évalués par les échelles de Wechsler. Le profil socio-affectif de l'enfant comme outil permettant d'observer une amélioration concernant la régulation émotionnelle nous a permis de récolter les résultats de l'échelle globale d'adaptation générale et les résultats de l'échelle globale des problèmes extériorisés.

Résultats

Les résultats obtenus par les échelles du PSA et par le recueil des données enregistrées, nous ont permis de montrer qu'il est possible de développer la capacité de régulation

des affects et la capacité d'expression des sentiments chez l'enfant, d'une part grâce aux qualités de l'outil jeu vidéo et d'autre part, grâce à la narration apporté par le psychologue. La médiation jeu vidéo en groupe a permis de développer la pensée de l'enfant en produisant un apprentissage social des émotions (par le groupe, par la narration du psychologue) et en produisant des expériences sensorielles positive et soutenu par un groupe de pairs. Cet apprentissage, relevé par une augmentation des résultats aux échelles verbales en T2 et appuyé par l'ensemble des éléments observés, semble améliorer les interactions interpersonnels et les comportements des enfants. Nous avons observé que progresser dans le jeu nécessite diverses habilités cognitives. Nous avons démontré par la passation en T2 de l'échelle de Wechsler que la persévérance dans l'échec, la capacité attentionnelle et le raisonnement stratégique s'étaient développés. Les enregistrements audio et l'observation des comportements lors des séances, nous montrent que les enfants ont acquis une meilleure gestion émotionnelle et ont développé la relation à leurs pairs afin de collaborer.

Discussion-conclusion

L'utilisation du jeu vidéo comme médiation s'adressant à des enfants placés est bien différent d'une partie de jeu entre amis.Cette spécificité concerne le cadre dans lequel il joue, le type de rapport qui s'instaure entre les enfants et la narration du psychologue. La perspective évolutionniste rend compte de l'entrelacement entre les expériences relationnelles précoces, le développement cognitif et la construction de l'environnement social. La médiation jeu vidéo offre une plus-value dans la clinique de l'enfant maltraité et placé en maison d'enfants. Elle permet de travailler les compétences cognitives de l'enfant et l'amener progressivement à comprendre ses états internes et ceux des autres. En effet, si nous stimulons les capacités cognitives liées au processus d'élaboration des informations par l'utilisation d'une médiation jeu vidéo d'action, et que nous accompagnons les émotions en valorisant leur verbalisation, en apportant du réconfort en situation de stress, l'enfant pourrait transformer son rapport à lui-même et son rapport à l'autre. Par la richesse des potentialités du jeu vidéo utilisé dans une visée thérapeutique, nous pourrions promouvoir sa possibilité multiple (ludique, réflexif, éducatif, relationnelle et de remédiation cognitive) dans un tout presque global de médiation dans la clinique de l'enfant troublé dans son attachement.

Références bibliographiques

Attili, G. (2013). *Attachement et théorie de l'esprit. Une perspective évolutionniste. Psychothérapie créative.* Paris : Fabert.

Genvo, S. (dir.). (2008). *Le game design de jeux vidéo : approche de l'expression vidéoludique.* Paris : L'Harmattan.

Lafreniere, P.J., Dubeau, D., Janosz, M., & Capuano, F. (1990). Profils Socio-affectifs des enfants d'âge préscolaire. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 19 (1), 23-41.

Marinopoulos, S. (2012). *Jouer pour grandir. Temps d'arrêt.* Bruxelles : Fabert.

Perron, B. (2011). *Jeu vidéo et émotions. Le game design de jeux vidéo.* Paris : Harmattan.

Repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse en population francophone : un enjeu majeur pour la santé maternelle et fœtale

Justine Gaugue[1], Isabelle Varescon[2] et Jacqueline Wendland[2]

[1] UMONS, Service de psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent, Belgique
[2] Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité, LPPS EA 4057, Institut universitaire de psychologie Paris-Descartes, France

Mots-clés : alcool, grossesse, prévention, dépistage, psychopathologie.

Introduction

L'alcool ne peut être considéré comme une substance anodine en période prénatale. Depuis Lemoine (1968, cité par Lemoine, 2003) et Jones et Smith (1973), ses effets sur l'enfant à naître ont été mis en évidence au travers de la description du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des effets neuro-développementaux liés aux alcoolisations prénatales. Dès lors, il apparaît essentiel de repérer de telles consommations et d'explorer les déterminants psycho-sociaux pouvant y être associés.

Méthode

Nous posons la question de l'existence de facteurs de risque psychopathologiques et psychosociaux pour les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse. L'impact de différentes variables telles que la dépression (EPDS, Cox *et al.*, 1987), l'anxiété (STAI-Y, Spielberger, 1983), la détresse psychopathologique (GHQ-12, Goldberg, 1972 ; 1978), le soutien social (SSQ6, Sarason, 1983), le coping (brief COPE, Carver, 1997), la consommation et la dépendance au tabac (test de Fagerström, 1991), la consommation d'autres substances psychoactives (outil construit pour la recherche) et la consommation d'alcool (T-ACE, Sokol *et al.*, 1989) a été évalué au moyen d'auto-questionnaires. Notons que le T-ACE avait été traduit et utilisé en version française

pour la première fois lors d'une recherche préliminaire dans une population comparable (Varescon, Gaugue & Wendland, 2007).

126 femmes enceintes françaises tout venant, âgées de 18 à 45 ans, ont ainsi été recrutées dans deux maternités du Nord de la France, à l'occasion de consultations prénatales de routine. Elles étaient approchées en salle d'attente au moyen d'un formulaire d'information et de consentement. Un fascicule reprenant l'ensemble des auto-questionnaires proposés était distribué, rempli par les femmes puis remis sous enveloppe scellée à l'attention du chercheur. Du point de vue éthique, les données recueillies étaient traitées de manière confidentielle et indépendamment du dossier médical de suivi de la grossesse. Un feuillet d'information proposait enfin aux participantes les coordonnées de professionnels susceptibles de leur fournir une aide clinique si besoin.

Résultats

Parmi les 126 femmes enceintes interrogées, 43 femmes (34,1 %) pouvaient être considérées comme probables consommatrices d'alcool, c'est-à-dire ayant rencontré au moins une fois la substance en prénatal. Aucune caractéristique socio-démographique ne permettait de différencier les deux sous-groupes de femmes en fonction de leur consommation. Une association forte entre la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, ainsi que l'utilisation de substances psychoactives, en particulier de médicaments psychotropes, apparaît au premier plan. En revanche, il n'a pu être mis en évidence de résultat significatif concernant la dépression, l'anxiété et le soutien social. Les antécédents psychopathologiques, nombreux, ainsi que les stratégies de coping employées semblent quant à eux spécifiques. Ainsi, les probables consommatrices d'alcool utilisent significativement plus que les autres la planification, et moins l'acceptation et le désengagement comportemental.

Ces résultats suggèrent une vulnérabilité spécifique des probables consommatrices d'alcool. On peut dès lors se demander si les consommations associées d'alcool, de psychotropes et de tabac ne pourraient pas être envisagées comme un moyen de pallier à des stratégies de coping peu efficaces pendant la grossesse. Face au caractère incontrôlable de la grossesse et de ses aléas, comme face à tout évènement incontrôlable (Chabrol & Callahan, 2004), les stratégies d'adaptation centrées sur le problème perdent alors de leur efficacité, et ne peuvent aider le sujet à réduire les tensions ressenties. De même, l'importance des antécédents psychopathologiques repérés pourrait être mise en lien avec l'usage de psychotropes, à visée anxiolytique et antidépressive.

Discussion-conclusion

Ces résultats soulignent l'importance de poursuivre le repérage précis des consommations d'alcool en prénatal. Chiodo *et al.* (2014) suggèrent de questionner le score seuil du T-ACE, afin d'affiner le repérage des consommations régulières en choisissant d'appliquer un cut-off plus élevé. De même, une des maternités impliquées dans la recherche a choisi de poursuivre l'évaluation de la consommation d'alcool des patientes via le T-ACE, montrant ainsi l'efficacité plus importante d'une telle évaluation structurée par rapport au jugement clinique de l'obstétricien (Fline-Barthès *et al.*, 2014).

Remarquons alors que les acteurs de terrain, à l'instar des chercheurs en psychologie, se préoccupent de ces questions de santé maternelle et infantile. Ainsi, notre service travaille à ce jour en collaboration avec un groupe de professionnels, organisés autour de la Coordination Assuétudes Hainaut-Occidental, sur la question des alcoolisations prénatales. La question du dépistage et du ressenti des professionnels est notamment évoquée. Qui sont sur ce territoire les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse ? Les marqueurs de vulnérabilité et de risque sont-ils les mêmes que dans d'autres populations francophones ? Comment accueillir les femmes enceintes, aborder et accompagner ces problématiques de consommation ? Autant d'enjeux essentiels qui animeront longtemps, nous l'espérons, nos pratiques de recherche et de clinique, en s'influençant mutuellement.

Références bibliographiques

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long : consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.

Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.

Chiodo, L. M., Delaney-Black, V., Sokol, R. J., Janisse, J., Pardo, Y., Hannigan, J. H. (2014). Increased cut-point of the TACER-3 screen reduces false positives without losing sensitivity in predicting risk alcohol drinking in pregnancy. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 38 (5), 1401-1408.

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression : development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Fline-Barthes, M.-H., Vandendriessche, D., Gaugue, J., Urso, L., Therby, D., Subtil, D. (2014). Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* (en ligne).

Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire* (Mandsley Monograph, 21). Oxford : Oxford University Press.

Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor : NFER-NELSON.

Jones, K. L., Smith, D. W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 301, 999-1001.

Lemoine, P. (2003). Historique des embryo-fœtopathies alcooliques. *Journal of FAS International*, 1 (3), 1-4.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J. W. (1989). The T-ACE questions : practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 160 (4), 863-868.

Varescon, I., Gaugue, J., Wendland, J. (2007). Alcool et grossesse : première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcoologie et addictologie*, 29 (3), 221-226.

Anxiété et dépression chez l'enfant parentifié : mieux identifier pour mieux intervenir

Stéphanie Haxhe et Salvatore D'Amore

Université de Liège, Belgique. Email : shaxhe@ulg.ac.be

Mots-clés : processus familial, parentification, anxiété, dépression.

Introduction

Au cours des dernières années, la famille a connu d'importantes mutations. Dans ce paysage varié, on remarque que les enfants ont quelquefois un rôle de soutien de leurs parents ; ils apportent une aide logistique et/ou affective, particulièrement dans les moments de transition et de crise. Sur base de ces considérations, le concept de parentification a été de plus en plus utilisé, désignant une multitude de situations, de la plus transitoire et dynamique, décrite comme une formidable source de maturation pour l'enfant, à la plus destructrice et pathogène.

L'objectif de la recherche était d'étudier le processus de parentification afin d'en préciser la nature et les contextes d'émergence, avec les questions de recherche suivantes :

— Quels sont les facteurs activateurs de parentification, internes et externes à l'organisation familiale ?
— Comment distinguer la parentification et d'autres configurations auxquelles elle est fréquemment amalgamée (la parentalisation notamment) ?
— Qu'en est-il de la fratrie ? La position d'aînée est-elle plus à risque de parentification, comme le décrit l'ensemble de la littérature, ou doit-on se pencher sur l'organisation fraternelle, de façon plus complexe ?

Méthode

Notre recherche doctorale s'est basée sur un échantillon de familles cliniques (tirées de notre pratique de thérapeute de famille) et non-cliniques (6 familles toutes-venantes).

Les instruments utilisés sont les suivants : entretiens semi-structurés (individu, fratrie, couple parental, famille), récit de vie (De Gaulejac & Legrand, 2008), vidéo-enregistrement, Parentification Scale (Mika, Bergner & Baum, 1987), Tâche familiale, test de Szondi (Déri, 1949). L'analyse qualitative (Chabrier, Ionescu & Duruz, 2006) a été réalisée par combinaison d'une analyse de contenu thématique (Bardin, 2007) et d'une analyse des tests.

Résultats

L'analyse des études de cas ainsi que des tests a montré une récurrence thématique de facteurs d'activation du processus de parentification autour de trois axes principaux :

- La sensibilité de l'enfant : sensibilité aux besoins des parents et de la famille, capacité d'adaptation.
- La demande / attente du parent : le parent « parentifiant » a des carences affectives (deuil précoce, négligence) dans la relation à ses propres parents. Dès lors, il se tourne vers son enfant pour obtenir de lui ce qu'il n'a pas reçu de son/ses parent(s).
- Le contexte factuel, psychologique, transgénérationnel et environnemental : contexte lié à la perte, à divers niveaux de système (perte d'un parent, perte d'un conjoint, perte d'autonomie, perte d'un pays suite à la migration).

La combinaison de ces facteurs fait le lit de l'émergence d'une parentification.

La position ordinale d'aîné n'est pas plus à risque de parentification. Les études de cas montrent que lorsqu'un processus de parentification a pris place, les cadets sont tout autant susceptibles d'être parentifiés que les aînés. En outre, dans la majorité des situations, plusieurs enfants sont parentifiés sous des formes et avec des responsabilités différentes et spécifiques.

Sur base des mêmes analyses, nous avons également pu définir six critères permettant de discriminer la parentification d'autres processus comme la parentalisation, à savoir : *les besoins de l'enfant*, *la demande du parent*, *le type de responsabilité demandée*, *l'adéquation aux compétences de l'enfant*, *la perception de l'enfant par le parent* et *la reconnaissance ou non des dons de l'enfant.*

Discussion

La distinction entre parentification et parentalisation est particulièrement importante, car il est tout différent pour un enfant *d'être* un parent pour son parent en prenant soin de lui et en mettant ses propres besoins entre parenthèses, que de *jouer* un rôle parental et d'aider un parent pour certaines tâches de la vie quotidienne.

Ainsi :

> La parentification désigne la situation dans laquelle l'enfant devient le parent de son parent. Elle implique une responsabilité relationnelle qui dépasse les compétences de l'enfant. Afin de remplir cette responsabilité, l'enfant doit renoncer à ses propres besoins pour s'orienter vers ceux de

> son parent, de sorte que c'est l'enfant qui s'adapte à son parent, davantage que l'inverse [1].

La responsabilité relationnelle qui incombe à l'enfant parentifié est lourde à porter. Lorsque l'enfant a le sentiment que le bonheur voire même la vie de son parent dépend de lui et de ses soins à son égard, *l'anxiété* engendrée peut être forte. Par exemple, l'enfant d'un parent suicidaire, alcoolique ou gravement anorexique donnera la priorité aux besoins de son parent et sera dans l'angoisse de manquer un signe ou de ne pas être à la hauteur de la tâche.

De même, l'enfant parentifié se développant autour des besoins de son / ses parent(s), il se confronte tôt ou tard au vide intérieur. Ayant dû très tôt écarter toute une gamme d'émotions qui ne pouvaient pas être prises en charge, le vrai Soi ne peut pas communiquer, ce qui induit un intense vécu de solitude. À l'âge adulte, cet enfant parentifié ne sait pas ce qu'il désire et aime, tant ses propres besoins n'ont pas été pris en considération. Des *sentiments dépressifs*, d'auto-dépréciation et de culpabilité peuvent également naître chez l'enfant / l'adolescent / l'adulte parentifié de l'écart entre l'idéal du Moi (exigences) et la réalité des accomplissements. Le risque suicidaire n'est alors pas à négliger.

Références

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1984). *Invisible Loyalties*. New York : Harper & Row.

Chabrier, L. (2006). *Psychologie clinique*. Paris : Hachette Supérieur.

De Gaulejac, V., & Legrand, M. (éds.) (2008). *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*. Paris : Érès.

Deri, S. (1998). *Introduction au test de Szondi*. Bruxelles : De Boeck Université.

Harrus-Révidi, G. (2004). *Parents immatures et enfants-adultes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Haxhe, S. (2010). *Étude du processus constitutif de la parentification*. Thèse de doctorat, Université de Liège, Liège, Belgique.

Haxhe, S. (2013). *L'enfant parentifié et sa famille*. Toulouse : Érès Relations.

Jurkovic, G. (1997). *Lost Childhoods. The Plight of the Parentified Child*. New York : Routledge.

Le Goff, J. F. (1999). *L'enfant, parent de ses parents. Parentification et thérapie familiale*. Paris : L'Harmattan.

Mika, P., Bergner, R., & Baum, M. (1987). The development of a scale for the assessment of parentification. *Family Therapy*, 14 (3), 229-235.

Miller, A. (1996). *L'avenir du drame de l'enfant doué*. Paris : Presses universitaires de France.

1. Haxhe, S. (2013), p. 96.

Évaluation des croyances dans le domaine du maternage : la Mesure de l'Idéologie du Maternage Intensif (MIMI)

Deborah Loyal[1], Nicole Rascle[1] et Anne-Laure Sutter-Dallay[2]

[1] Laboratoire Psychologie Santé et Qualité de Vie (EA4339), Université de Bordeaux.
[2] Laboratoire U657 INSERM, Bordeaux. Email : deborah.loyal@u-bordeaux.fr

Mots-clés : Idéologie du maternage intensif, maternité, mères.

Introduction

De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que les valeurs et normes liées à la maternité sont socialement construites (Damant, Chartre & Lapierre, 2012) et pourraient influencer l'ajustement des mères, notamment dans la période postpartum (Milgrom, 2001). Une sociologue américaine, Hays (1996) a proposé le concept d'Idéologie du maternage intensif (IMI) pour désigner le discours contemporain aux États-Unis concernant la maternité. Un outil en langue anglo-saxonne, l'Intensive Parenting Attitude Questionnaire ou IPAQ (Liss *et al.*, 2013) permet d'évaluer l'IMI en 5 dimensions : essentialisme (les mères sont plus compétentes que les pères), épanouissement (être parent est très épanouissant), défi (être parent est très difficile), puerocentrisme (il faut se centrer sur les rythmes et besoins de l'enfant) et stimulation (il faut stimuler les enfants). Nous nous proposons ici d'adapter cet outil au contexte français.

Méthode

Une traduction des 25 items originaux de l'IPAQ et 27 items créés sur la base d'entretiens semi-directifs (mères d'enfant de moins de 5 ans et femmes enceintes ; N = 22) ont été soumis, sur internet, à une population de mères d'enfants d'âge préscolaire et de femmes enceintes (N = 411). Ces données ont fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire. Un nouvel outil, la Mesure de l'Idéologie du maternage intensif (MIMI), a ainsi été obtenu. La MIMI a ensuite été proposée à une population de mères

d'enfants d'âge préscolaire et de femmes enceintes (N = 249) et à une population de femmes sans enfant (N = 231). Ces données ont fait l'objet d'analyses factorielles confirmatoires, de comparaisons de moyennes et de corrélations.

Résultats

La MIMI est composée de 21 items dont 8 sont issus des entretiens semi-directifs. Cet outil présente une structure factorielle satisfaisante expliquant 59.75 % de la variance en 6 facteurs : Essentialisme (7 items, 23.40 % de la variance), Épanouissement (5 items, 12.32 % de la variance), Puerocentrisme (2 items, 7.04 % de la variance), Défi (2 items, 6.23 % de la variance), Sacrifice (3 items, 5.59 % de la variance) et Stimulation (2 items, 5.18 % de la variance). Les saturations sont comprises entre .43 et .85. Les consistances internes des dimensions varient de .83 à .61. Par ailleurs, les différentes dimensions sont modérément corrélées entre elles (.17-.37, p <. 01) à l'exception de la stimulation qui est non liée à l'essentialisme et au sacrifice.

Les analyses factorielles confirmatoires sont satisfaisantes dans la population de mères d'enfants d'âge préscolaire et de femmes enceintes (X^2/df = 2.52 ; GFI = .967 ; AGFI = .957 ; RMR = .087 ; NFI = .937) et dans la population de femmes sans enfant (X^2/df = 3.31 ; GFI = .961 ; AGFI = .948 ; RMR = .104 ; NFI = .907). Les saturations factorielles sont généralement satisfaisantes aussi bien chez les mères et femmes enceintes (.49-.84) que chez les femmes sans enfant (.42-.81 sauf 2 valeurs à .34 et .25). Chez les mères et femmes enceintes, les consistances internes sont globalement satisfaisantes (.60-.81) sauf pour le facteur stimulation (.56) qui devrait donc être considéré avec prudence. Chez les femmes sans enfant les consistances internes sont insuffisantes concernant les facteurs défi, sacrifice et stimulation (< .48) mais satisfaisantes pour les facteurs essentialisme, épanouissement et puerocentrisme (.72-.76). L'usage de cet outil chez les femmes sans enfant devrait donc être limité à ces trois dimensions. Pour finir, les différentes dimensions sont corrélées entre elles aussi bien chez les mères et femmes enceintes (.32-.57, p < .05 ou p < .01) que chez les femmes sans enfant (.21-.70, p <. 05 ou p <. 01) sauf pour le facteur stimulation qui est non lié à l'essentialisme et au sacrifice.

Les dimensions de la MIMI (sauf la stimulation) sont plus endossées par les mères et femmes enceintes que par les femmes sans enfant. L'ensemble des dimensions de la MIMI (sauf la stimulation) sont également plus endossées par les mères et femmes enceintes qui se déclarent au foyer que par celles qui travaillent. Par ailleurs, le niveau d'éducation chez les mères et les femmes enceintes est lié négativement (-.14 à -.34, p < .01 ou p < .05) aux dimensions de la MIMI (sauf la stimulation). C'est également valable chez les femmes sans enfant concernant l'essentialisme et l'épanouissement (r_s = -.14 et -.15, p < .05).

Discussion-conclusion

Nos résultats concernant l'adhésion plus forte des mères et femmes enceintes à l'IMI peuvent être rapprochés de ceux de Katz-Wise, Priess & Hyde (2010) montrant des positions plus traditionnalistes quant aux rapports hommes / femmes chez les parents par rapport aux personnes sans enfant. Par ailleurs, nos résultats indiquant que les

femmes au foyer adhèrent également plus à l'IMI sont cohérents avec ceux de Liss *et al.* (2013) et peuvent être compris de deux façons (non mutuellement exclusives) : soit les femmes adhérant à l'IMI choisissent plus d'être au foyer, soit le statut de femme au foyer favorise l'adhésion à l'IMI. Pour finir, le fait que les femmes ayant un plus faible niveau d'éducation adhèrent plus à l'IMI est cohérent avec la littérature concernant l'idéologie de genre (Davis & Greenstein, 2009).

La MIMI semble être un outil novateur qui permet d'évaluer l'adhésion à l'IMI en contexte français. L'utilisation de la MIMI dans une démarche longitudinale pourrait permettre de mieux comprendre l'ajustement des mères, voire des pères et des couples, dans la période postpartum mais également au-delà.

Références bibliographiques

Damant, D., Chartre, M.-E., & Lapierre, S. (2012). L'institution de la maternité. *In* S. Lapierre et D. Damant (éds.), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (pp. 5-17). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Davis, S.N., & Greenstein, T.N. (2009). Gender Ideology : Components, Predictors, and Consequences. *Annual Review of Sociology*, 35 (1), 87-105.

Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Londres : Yale University Press.

Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46 (1), 18-28.

Liss, M., Schiffrin, H. H., Mackintosh, V. M., Miles-McLean, H., & Erchull, M. J. (2013). Development and validation of a quantitative measure of intensive parenting attitudes. *Journal of Child & Family Studies*, 22 (5), 621-636.

Milgrom, J. (2001). Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Devenir*, 13 (3), 27-50.

Ajustement dans la dyade conjugale, attachement adulte et qualité de vie pendant la grossesse

Rita Luz[1-2*], Astrid George[1], Rachel Vieux[2-3-4] et Elisabeth Spitz[1]

[1] Université de Lorraine, EA4360 APEMAC – EPSaM
[2] Centre hospitalier régional universitaire de Nancy, Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
[3] Centre hospitalier régional universitaire de Nancy, Département de néonatalogie
[4] Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC – École de santé publique, Faculté de médecine
* Auteur correspondant : rita.luz@univ-lorraine.fr

Mots-clés : attachement adulte, dyade conjugale, périnatalité, qualité de vie.

Introduction

La transition vers la parentalité est une période formative qui implique la reconstruction des schémas psycho-affectifs sur trois axes complémentaires : personnel, conjugal et de la famille (Canavarro, 2001). Le suivi biomédical de la grossesse et les processus psychosociaux associés à la « crise » développementale constituent des facteurs de stress dans la mesure où ils impliquent des efforts d'adaptation pour les individus et pour les couples pendant la période périnatale.

La littérature rapporte le style d'attachement adulte comme une des principales dimensions d'ajustement, à la fois individuel et conjugal, pendant la période périnatale (*e.g.* Möller *et al.*, 2006 ; Conde *et al.*, 2011).

Par contre, peu d'études sont consacrées à l'exploration des liens entre l'attachement adulte, l'ajustement conjugal et la qualité de vie des futurs parents. Dans cet objectif, nous avons envisagé, dans un premier temps, d'étudier l'impact des dimensions de l'attachement adulte sur la qualité de vie et, dans un deuxième temps, d'examiner le rôle médiateur des dimensions de l'ajustement dans la dyade conjugale entre attachement et qualité de vie.

Méthodologie

Participants

Quarante-sept couples hétérosexuels (94 participants), ayant une grossesse simple et spontanée ont été recrutés dans les cours de préparation à la naissance d'une maternité régionale universitaire (niveau III). Tous les couples ont complété un cahier de questionnaires pendant le troisième trimestre de grossesse. L'âge moyen des participants est 31 ans (σ = 4,99) et 80,8 % des couples vivent ensemble depuis plus de 3 ans. La majorité des femmes enceintes (78,3 %) sont primipares, 85,1 % ont fait des études supérieures et 83 % ont une activité professionnelle. Concernant les futurs pères, 75,6 % des participants attendent leur premier enfant, 71,7 % ont des études supérieures et 93,5 % ont une activité professionnelle.

Cette étude a obtenu l'avis favorable des instances réglementaires (CPP – Comité de protection des personnes Est-III, n° 2011-A01442-39 (n° CPP 11.12.06) et CNIL – Commission nationale informatique et libertés, DR-2012-149).

Mesures

Les participants ont rempli la version francophone des questionnaires DAS (Dyadic Adjustment Scale – Spanier, 1976), WHOQOL-Bref (WHO, 1991) et ECR (Experiences in Close Relationships ; Adult Attachment – Brennan, Clark et Shaver, 1998).

Analyse statistique

Le traitement statistique des données a été effectué avec SPSS 20.0. Les effets de médiation ont été testés avec des modèles de régression linéaire.

Résultats

Les deux dimensions de l'attachement adulte (évitement de la proximité et anxiété face à l'abandon) sont corrélées significativement et négativement à la qualité de vie psychologique. Par contre, seule l'anxiété face à l'abandon est significativement et négativement corrélée à la dimension physique de la qualité de vie. Dans notre étude, l'ajustement dyadique des futurs parents est significativement associé aux quatre dimensions de la qualité de vie.

Deux des dimensions de l'ajustement dyadique ont un effet médiateur entre l'attachement adulte et la qualité de vie psychologique. Ainsi la fréquence des activités communes (cohésion dyadique) et le degré d'accord entre les partenaires (consensus dyadique) sont des médiateurs de la relation entre l'évitement de la proximité et la qualité de vie psychologique des futurs parents. Pour la dimension « Cohésion », la médiation est partielle, et pour la dimension « Consensus », la médiation est complète.

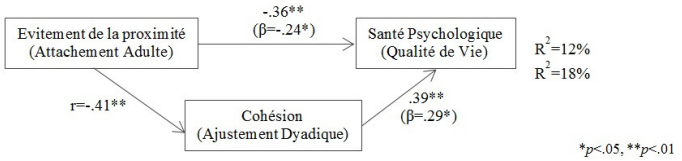


Figure 1 – Effet de médiation de la cohésion dyadique entre l'attachement adulte et la qualité de vie psychologique.

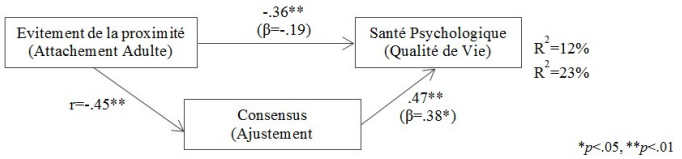


Figure 2 – Effet de médiation du consensus dyadique entre l'attachement adulte et la qualité de vie psychologique.

Discussion

Nos résultats ont montré que les parents ayant un attachement insécure présentent une plus faible qualité de vie physique et psychologique pendant la période prénatale. Les analyses réalisées ont aussi montré que, en accord avec la littérature (Möller *et al.*, 2006), l'attachement insécure prédit un plus faible ajustement dyadique pendant la transition vers la parentalité. En particulier, les résultats ont mis en exergue que la cohésion et le consensus sont les dimensions plus importantes de la relation conjugale pour la qualité de vie psychologique des futurs parents dans le sens où elles fonctionnent en tant que médiateurs de l'impact de l'attachement insécure sur la qualité de vie.

Conclusion et perspectives

Compte tenu de l'impact des facteurs relationnels et affectifs sur la qualité de vie pendant la période périnatale, nous pouvons souligner l'importance d'une approche dyadique lors de l'apport de soins psychologiques.

Une telle approche peut permettre 1) d'identifier les couples à risque, que ce dernier soit dû, par exemple, à une diminution de l'ajustement conjugale, à la présence de difficultés de communication ou à une augmentation des interactions conflictuelles ; et 2) de proposer une intervention psychologique précoce focalisée sur les styles communicationnels et relationnels. Cette démarche peut aider à prévenir des difficultés psychologiques majeures dans le couple et ainsi pour la famille en développement.

Il est alors important que la prise en charge périnatale inclue la perspective dyadique dans la mesure où le fonctionnement et l'ajustement dans le couple pendant la grossesse constitue un facteur important pour le bien-être et qualité de vie des futurs parents.

Références bibliographiques

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment : an integrative overview. *In* J. A. Simpson & W. S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York : Guilford Press.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. *In* M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra : Quarteto Editora.

Conde, A., Figueiredo, B., & Bifulco, A. (2011). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attachment & Human Development*, 13, 271-291.

Möller, K., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2006). Romantic attachment, parenthood and marital satisfaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 233-240.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28.

Deuxième partie

Psycho-oncologie

Construction de la représentation sociale de la vaccination contre le HPV en France

Charlotte Bauquier* et Marie Préau

Université Lyon-2, Laboratoire GRePS (EA 4163), 5, avenue Pierre-Mendès-France 69500 Bron
* Auteur correspondant : charlotte.bauquier@univ-lyon2.fr

Mots-clés : vaccination contre le papillomavirus humain, risque, représentations sociales, jeunes femmes.

Introduction

En France, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est promue comme un moyen de prévention du cancer du col de l'utérus, en complément au frotti-cervico utérin. Ce vaccin est recommandé chez les adolescentes âgées de 11 à 14 ans et proposé en rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans. Il s'avère que depuis la commercialisation du vaccin en 2007, seulement un tiers des jeunes filles se font vacciner chaque année (Institut national du cancer [INCa], 2013). C'est à partir de ce constat que nous avons décidé de mener une étude exploratoire afin d'investiguer les représentations sociales (Moscovici, 2004) du vaccin contre le HPV. Notre objectif principal était d'explorer les liens entre la perception des risques et la construction psychosociale du vaccin contre le HPV chez les jeunes filles. Nous souhaitions aussi explorer leurs opinions quant au choix français de vacciner uniquement les filles. En effet, l'infection HPV – sexuellement transmissible – étant associée au développement d'autres formes de cancers touchant aussi bien les femmes que les hommes (Monsonégo, 2006, 2011) – certains pays, tels que les États-Unis ou la Grande-Bretagne, ont fait le choix de vacciner l'ensemble de la population (Newman *et al.*, 2013).

Méthode

La méthodologie de recueil de données par focus groups nous est apparue comme étant particulièrement appropriée pour appréhender les représentations sociales car elle met l'accent sur la communication et les interactions sociales (Markovà, 2004).

Tableau 1 – Construction de la grille d'entretien.

Supports	**Objectifs**
Mots et expressions après l'inducteur : « vaccination »	**Connaissances et croyances sur la vaccination** (vaccins connus, définition de la vaccination, risques, bénéfices)
Plaquette INCa : « Prévention du cancer du col de l'utérus »	**Connaissances et croyances sur la vaccination contre le HPV** (connaissance ou non de vaccin, de l'infection, avantages / risques ; facteurs de transmissions, dépistage FCU)
« Avec qui selon vous peut-on discuter de la vaccination contre le HPV ? »	**Information et prise de décision** (parent[s], ami[e]s, médecin, etc., école, planning familial, praticien, etc.)
Article de journal : « Faut-il vacciner les garçons contre le papillomavirus humain ? »	**Vaccination universelle** (protection du vaccin contre d'autres formes de cancers [féminins et/ou masculins], enjeux pour les deux sexes)

Deux types d'analyse – thématique (Bardin, 2007) et des interactions (Kitzinger, 2004) – ont été menées sur l'ensemble du corpus.

Onze jeunes filles – âgées de 17 à 23 ans – ont participé à 3 focus groups. Un tiers d'entre elles ont été vaccinées, en moyenne à l'âge de 16-25 ans. Une participante a été vaccinée par une gynécologue. Les 3 autres l'ont été par leur médecin généraliste, chez qui elles étaient accompagnées par leur mère.

Résultats

Connaissances et perception des risques

Le vaccin contre le HPV n'a pas été investi de la même façon dans les 3 focus groups. En effet, le second focus group aborde le sujet plus tôt et plus longtemps que les deux autres (40 % du temps versus 11 %). Une des participantes du focus group II ayant été diagnostiquée pour une infection HPV, ayant entraîné chez elle la crainte de développer un cancer du col utérin, nous faisons l'hypothèse que c'est ce facteur « expérientiel » qui impacte de façon significative cette différence d'investissement lors de notre premier support. En ce qui concerne l'ensemble du corpus, nous avons noté deux occurrences fréquentes en lien avec le *vaccin HPV* : *la grippe* (saisonnière et/ou épidémique) et la *pilule contraceptive*, chacun ayant fait l'objet de fortes controverses médiatiques en France (Bajos *et al.*, 2013 ; Peretti-Watel *et al.*, 2013). Si l'analogie avec la grippe apparaît comme prévisible, ce n'est pas le cas de l'analogie avec la pilule contraceptive. Ce résultat peut cependant s'expliquer par le fait que le vaccin protège contre une IST, ce qui a souvent entraîné des digressions sur les façons de se prémunir et de gérer les risques liées à la sexualité au sein de nos focus groups.

Les sources d'informations

On observe que la mère est la source d'informations la plus souvent citée par les adolescentes et la personne la plus influente en ce qui concerne la prise de décision de la vaccination, avant même le médecin généraliste. Notons aussi que l'école et les messages de santé publique sont souvent mentionnés par les participantes : les informations sur le vaccin semblent être accessibles aux adolescentes. Cependant, la méfiance accrue des parents envers les institutions sanitaires, reportée par certaines participantes, est un facteur déterminant qui tendrait à expliquer les faibles taux de couverture vaccinale observés malgré la bonne disponibilité des informations.

La vaccination spécifique et la gestion des risques liés à la sexualité

Les participantes perçoivent la gestion des risques liés à la sexualité comme une problématique presque exclusivement féminine. La promotion spécifique du vaccin contre l'infection HPV, qui peut pourtant aussi bien infecter les femmes que les hommes, renforce ce sentiment.

Discussion-conclusion

C'est principalement sous l'angle du risque que nos participantes abordent les différents thèmes de la conversation : risque des effets secondaires du vaccin, risque de regret anticipé mais aussi et surtout moralisation du risque (Douglas, 1994) sur le plan de la prévention du cancer du col utérin et des IST. Notons que toutes les participantes avaient déjà entendu parler du vaccin mais sous des noms différents (contre le cancer du col de l'utérus ou contre le papillomavirus). Enfin, nous observons que malgré une forte critique de la vaccination de masse – qui est cohérente avec la responsabilisation et l'autonomisation croissante des individus notamment en matière de santé (Peretti-Watel & Moatti, 2009) – c'est plutôt la promotion de la vaccination de l'ensemble de la population qui est plébiscitée par les participantes.

Références bibliographiques

Bajos *et al.* (2013). Analyse des effets de la polémique de décembre 2012 sur les pilules en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (4), 5230-5231.

Bardin, L. (2007). *L'analyse thématique de contenu.* Paris : Presses universitaires de France.

Douglas, M. (1994). *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory.* London : Routledge.

Institut national du cancer (octobre 2013). Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Consulté le 3 février 2014 : `http://www.e-cancer.fr/publications/75-prevention/735-prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus`.

Kitzinger, J. (2004). Le sable dans l'huître : analyser des discussions de focus group. *Bulletin de psychologie*, 3 (57), 299-307.

Monsonégo, J. (2006). Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination anti-papillomavirus. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 34, 189-201.

Monsonégo, J. (2011). EUROGIN 2010 : feuille de route pour la prévention du cancer du col de l'utérus. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 39, 462-467.

Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public* (3e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

Markovà, I. (2004). Langage et communication en psychologie sociale : dialoguer dans les focus groups. *Bulletin de psychologie*, 3 (57), 231-236.

Newman, P., Logie, C., Doukas, N., *et al.* (2013). HPV vaccine acceptability among men : a systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 89, 568-574.

Peretti-Watel, P., Verger, P., Raude, J., Constant, A., Gautier, A., Jestin, C., & Beck, F. (2013). Dramatic change in public attitudes towards vaccination during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in France. *Eurosurveillance*, 18 (4), 1-8.

Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention*. Paris : Seuil.

Qualité de vie et changements psychologiques pendant et après les traitements d'un cancer du sein ou d'un mélanome

Angélique Bonnaud-Antignac[1-2*], Marianne Bourdon[1], Philippe Tessier[1], Véronique Sébille[1], Myriam Blanchin[1], François Dravet[2] et Gaëlle Quéreux[3]

[1] EA 4275 Biostatistique, recherche clinique et mesures subjectives en santé, Université de Nantes
[2] Institut de cancérologie de l'Ouest
[3] Unité de cancéro-dermatologie, Centre hospitalier universitaire de Nantes
* Auteur correspondant : angelique.bonnaud@univ-nantes.fr

Mots-clés : mélanome, cancer du sein, qualité de vie, bien-être, développement post-traumatique.

Introduction

Le diagnostic du cancer transforme le quotidien et impacte la Qualité de vie (QDV) à court et à long terme. Au cours de ces différents temps, les dimensions de la QDV (Brown, King, Butow, Dunn & Coates, 2000), du Bien-être subjectif (BES : Hebert, Zdaniuk, Schulz & Scheier, 2009) et du Développement post-traumatique (DPT : Danhauer *et al.*, 2013) de patients atteints de cancer peuvent fluctuer en fonction des patients et des étapes de la maladie. Pour déterminer si ces variables évolueront différemment selon le type de cancer, nous nous sommes intéressés à deux types de cancer impliquant des traitements différents : au cancer du sein déjà très étudié scientifiquement et bien connu du grand public et au mélanome qui l'est beaucoup moins. Il s'agira tout d'abord de comparer les changements au cours du temps de la QDV, du BES et du DPT chez des patients atteints d'un mélanome ou d'un cancer du sein, puis, plutôt que d'étudier l'effet de traitements très différents, de mettre en évidence les variables sociodémographiques impliquées dans les changements au cours du temps et spécifiques au cancer du sein et au mélanome.

Méthode

Notre étude longitudinale a été approuvée par un Comité d'éthique, puis conduite dans le département d'onco-dermatologie du Centre hospitalier de Nantes pour les patients atteints d'un mélanome ($n = 78$) et à l'Institut de cancérologie de l'Ouest pour les patientes atteintes d'un cancer du sein ($n = 215$). Les patients avaient une tumeur à un stade I ou II. Après avoir donné leur consentement, ils ont complété des questionnaires d'autoévaluation dans le mois qui a suivi le diagnostic (T1), puis 6 (T2), 12 (T3) et 24 mois (T4) plus tard. Le questionnaire comprenait des questions sociodémographiques, le BES (SWLS : Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), le DPT (PTGI : Tedeschi & Calhoun, 1996) et la QDV (QLC-C30 : Aaronson *et al.*, 1993). Chaque dimension a fait l'objet d'une analyse par modèle linéaire mixte.

Résultats

Pour les deux cancers, la QDV diminue dans les mois suivant le diagnostic : les six premiers mois, la santé globale diminue de -7.35 points ($p < .001$) pour le cancer du sein et de -8.42 points ($p < .001$) pour le mélanome. Puis, la QDV remonte au cours du temps. Toutefois, elle augmente plus tôt pour le cancer du sein que pour le mélanome : la santé globale augmente de 6.64 points, $p < .001$ entre 6 et 12 mois pour le cancer du sein ; de 6.65 points, $p = .002$ entre 12 et 24 mois pour le mélanome. L'âge est prédicteur d'une meilleure QDV, puisqu'il est associé par exemple à un meilleur fonctionnement émotionnel (0.29 points, $p = .045$) pour les plus âgés atteints d'un cancer du sein ; à une meilleure santé globale (0.38 points, $p = .009$) pour les plus âgés atteints d'un mélanome. *A contrario*, être en couple (*versus* « ne pas être en couple ») est associé à une diminution du fonctionnement social (-5.79 points, $p = .044$) et de rôle (-6.89 points, $p = .031$) pour le cancer du sein ; à une moins bonne santé globale (-8.96 points, $p = .045$) et à un moins bon fonctionnement physique (-7.7 points, $p = .049$) par exemple pour le mélanome. On constate par ailleurs que le BES est supérieur chez les patients atteints d'un mélanome que chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (-5.09 points ; $p = .002$ pour le cancer du sein comparativement au mélanome) et qu'un niveau de vie élevé prédit le BES des deux cancers (3.66 points, $p = .024$ pour le mélanome et 4.01 points, $p = .007$ pour le cancer du sein). Pour finir, le DPT croît pour les deux cancers au cours du temps (1.72 points, $p < .001$), mais est supérieur pour le cancer du sein (-7.78 points, $p = .003$ pour le mélanome comparativement au cancer du sein).

Discussion

Selon de précédentes études, les patientes atteintes d'un cancer du sein recevraient plus d'empathie que les patients atteints de mélanome (Engel, Schlesinger-Raab, Emeny, Hölzel & Schubert-Fritschle, 2014), ce qui pourrait expliquer pourquoi la QDV remonte plus précocement dans le temps pour le cancer du sein dans notre étude. L'âge positivement lié à la QDV permet de supposer que cette variable a permis un meilleur ajustement psychologique (Compas *et al.*, 1999), tandis que l'influence négative du couple pourrait s'expliquer par une dégradation de l'image corporelle et des problèmes sexuels pour le cancer du sein (Avis, Crawford & Manuel, 2004 ; Fobair *et al.*, 2006),

par une banalisation de la tumeur par le partenaire du fait de traitements moins lourds pour le mélanome. Cette possible banalisation du mélanome pourrait aussi expliquer pourquoi ce sont les patients qui en souffrent qui se déclarent les plus heureux. Enfin, au regard des hypothèses venant d'être soulevées et des scores de DPT, on peut se demander si le diagnostic du cancer du sein est davantage vécu comme un cancer de gravité comparativement au diagnostic du mélanome. Ces résultats nous conduisent à inciter les psychologues cliniciens à réfléchir à une prise en charge spécifique d'après le type de cancer dont souffrent les patients.

Références bibliographiques

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.

Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13 (5), 295-308.

Brown, J. E., King, M. T., Butow, P. N., Dunn, S. M., & Coates, A. S. (2000). Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in late stage melanoma patients : an application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 9 (1), 75-85.

Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer : age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54 (3), 195-203.

Danhauer, S. C., Cas, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*, 22 (12), 2676-2683.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Emeny, R., Hölzel, D., & Schubert-Fritschle, G. (2014). Quality of life in women with localised breast cancer or malignant melanoma two years after initial treatment : a comparison. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21 (3), 478-486.

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15 (7), 579-594.

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (6), 537-545.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The post-traumatic growth inventory : measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.

Étude pilote auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein : apport des méthodes alternatives

Isabelle Bragard[1-2*], Anne-Marie Étienne[1], M.-E. Faymonville[3], Philippe Coucke[4], Martine Devos[5], Éric Lifrange[6], Hélène Schroeder[2], Aurélie Wagener[7] et Guy Jerusalem[2]

[1] Unité de psychologie de la santé, Université de Liège
[2] Service d'oncologie médicale
[3] Service d'algologie et des soins palliatifs
[4] Service de radiothérapie
[5] Service d'hématologie
[6] Service de sénologie, CHU Sart-Tilman, Liège
[7] Unité de psychologie comportementale et cognitive, Université de Liège
* Auteur correspondant : isabelle.bragard@ulg.ac.be

Mots-clés : maladies chroniques, interventions classiques, interventions alternatives, bien-être.

Introduction

Le diagnostic de cancer du sein et ses traitements ont des effets secondaires importants sur le plan psychologique : 10 à 50 % des patientes présentent des niveaux élevés de détresse émotionnelle (Chochinov, 2001). Des interventions psychologiques de groupe, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), permettent de diminuer cette détresse (Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006). À côté de ces interventions psychologiques « classiques », de plus en plus de femmes atteintes d'un cancer du sein se tournent vers d'autres alternatives (Targ & Levine, 2002), comme le yoga et l'hypnose, dont l'impact positif sur la détresse commence à être démontré (Cramer *et al.*, 2015 ; Smith & Pukall, 2009). Tenant compte de la littérature et de la demande des patientes, notre étude avait deux objectifs : 1) mesurer l'intérêt des patientes atteintes d'un cancer du sein à participer à un groupe thérapeutique au

choix parmi TCC, yoga et hypnose ; et 2) évaluer et comparer les bénéfices des trois groupes.

Méthode

L'étude était proposée à toute patiente ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique au CHU de Liège jusqu'à 18 mois après le diagnostic, quel que soit le type de traitement prévu. Elles avaient le choix de participer gratuitement à l'un des trois groupes : TCC, yoga ou hypnose. Elles complétaient des questionnaires avant (T0) et après le groupe (T1). Chaque groupe comprenait 6 séances d'1h30 à 2h, espacées d'une semaine pour le yoga et TCC et de deux semaines pour l'hypnose. Le groupe « TCC » enseignait plusieurs méthodes (ex. relaxation) visant à mieux vivre avec les émotions liées au cancer (ex. peur de la récidive) (Savard, 2010). Le groupe « auto-hypnose » enseignait des stratégies pour prendre soin de soi et une séance d'auto-hypnose de 15 minutes à chaque séance (Faymonville, Bejenke & Hansen, 2010). Le groupe « yoga » enseignait des postures de Hatha-yoga, des techniques de respiration et de méditation issues d'un programme adapté au cancer du sein à Montréal (Lanctôt *et al.*, 2010). L'intérêt de participer à l'un des trois groupes était mesuré par la proportion de patientes éligibles acceptant de participer. Les questionnaires complétés portaient sur les données sociodémographiques et médicales, la détresse émotionnelle (Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), la qualité de vie (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30 [Aaronson *et al.*, 1993]), l'adaptation au cancer (Mental Adjustment to Cancer Scale [Cayrou *et al.*, 2001]), et les bénéfices généraux attendus / obtenus.

Résultats

Sur 348 patientes éligibles, 108 ont été incluses en 1.5 an (31 %). Les données disponibles portent actuellement sur 80 patientes au T0 et 60 au T1 : auto-hypnose (n = 42), yoga (n = 13), TCC (n = 5). Étant donné le faible nombre de participantes au groupe TCC, l'analyse a porté sur les groupes auto-hypnose et yoga. L'âge moyen était de 53 ans (SD = 9.8). Le niveau moyen de la détresse était de 13.8 (SD = 5.8). Dans les deux groupes (hypnose et yoga), l'effet du temps était significatif pour plusieurs variables : la détresse émotionnelle ($F(1,54)$ = 27.3 ; $p < .001$) et l'ajustement mental négatif au cancer ($F(1,54)$ = 7.5 ; p = .008) ont diminué et la qualité de vie s'est améliorée au niveau du fonctionnement émotionnel ($F(1,54)$ = 20.7 ; p < .001) et social ($F(1,54)$ = 6.1 ; p = .016) entre T0 et T1. Par contre, les interactions groupe x temps n'étaient pas significatives pour ces variables. Concernant les bénéfices généraux, l'effet global du temps ($F(9,45)$ = 9.4 ; p = .003) et les interactions groupe x temps étaient significatifs ($F(9,45)$ = 9.9 ; p = .003) : les bénéfices attendus (ex. compréhension de la maladie) des participantes des deux groupes au T0 ne sont pas complètement réalisés au T1, et c'est davantage le cas dans le groupe yoga. Les diminutions étaient de plus d'un point pour le yoga et de moins d'un point pour l'hypnose (Likert de 1 à 5).

Conclusion

L'étude a montré qu'un tiers des patientes éligibles souhaitent participer à un des groupes, ce qui peut paraître faible. Cependant, le niveau moyen de détresse dans l'échantillon permet de faire l'hypothèse que nous avons atteint les patientes présentant potentiellement un trouble de l'adaptation (Derogatis, 1983). Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer le succès de l'hypnose comme la notoriété de la formatrice en hypnose ou la plus grande disponibilité de cours de yoga (hors hôpital) ou d'un suivi psychologique individuel (dans l'hôpital) comparativement à l'hypnose. Ensuite, les groupes (yoga, auto-hypnose) ne sont pas différents en terme d'efficacité quant à leur impact positif au niveau psychologique, mais le sont au niveau des bénéfices obtenus. Ces bénéfices attendus qui ne sont pas complètement réalisés, le sont encore moins dans le groupe yoga. Il semble que le contenu du groupe yoga (peu orienté vers la compréhension de la maladie, la communication ou l'information) ne permettait pas d'atteindre les objectifs des participantes au départ. Néanmoins, nous devons rester prudents étant donné le nombre limité de patientes dans le groupe yoga et l'absence de groupe contrôle. En conclusion, cette étude suggère que ces groupes (en particulier l'auto-hypnose) pourraient être proposés aux patientes de façon systématique, car elles sont nombreuses à souhaiter y participer et qu'elles en tirent un bénéfice psychologique. À l'avenir, les participantes devraient être mieux informées de ce qu'elles peuvent obtenir d'un groupe plutôt qu'un autre.

Références bibliographiques

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., De Haes, J. C. (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. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365-376.

Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., Dolbeault, S., Desclaux, B., Viala, A. L., & Roge, B. (2001). Validation d'une version française de la MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale). *Psychologie et psychométrie*, 22, 29-58.

Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet. Oncology*, 2 (8), 499-505 : http://doi.org/10.1016/S1470-2045(01)00456-9.

Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., Langhorst, J., Kummel, S., & Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in breast cancer care : a systematic review of randomized controlled trials. *Integrative Cancer Therapies*, 14 (1), 5-15 : http://doi.org/10.1177/1534735414550035.

Derogatis, L. R. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 249 (6), 751 : http://doi.org/10.1001/jama.1983.03330300035030.

Faymonville, M. E., Bejenke, C., & Hansen, E. (2010). Hypnotic techniques. *In Handbook of Communication in Anesthesia and Critical Care* (Oxford University Press, pp. 249-261). Oxford : Allan M. Cyna.

Lanctôt, D., Dupuis, G., Anestin, A., Bali, M., Dubé, P., & Martin, G. (2010). Impact of the yoga bali method on quality of life and depressive symptoms among women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 19 (suppl.2), 139.

Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors : meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36 (1), 13-34.

Savard, J. (2010). *Faire face au cancer avec la pensée réaliste*. Montréal : Flammarion.

Smith, K. B., & Pukall, C. F. (2009). An evidence-based review of yoga as a complementary intervention for patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 18 (5), 465-475 : http://doi.org/10.1002/pon.1411.

Targ, E. F., & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer : a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 24 (4), 238-248.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.

Cancer du rectum et stomie temporaire : étude longitudinale et exploratoire de l'image du corps

Stéphane Faury[1], Bruno Quintard[2] et Éric Rullier[3]

[1] Doctorante, Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie (EA 4139).
Email : Stephane.faury@u-bordeaux.fr
[2] Professeur, Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie (EA 4139)
[3] Professeur, chirurgien et chef de service de chirurgie viscérale et de transplantation hépatique, CHU Saint-André

Mots-clés : cancer du rectum, stomie temporaire, image du corps, qualité de vie, bien-être.

Introduction

En 2012, et en France, le cancer du rectum représentait environ 30 % des 42 152 cas des cancers colo-rectaux soit 12 600 cas. Deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et troisième chez l'homme, il est traité principalement par la chirurgie d'exérèse. Une des complications post-opératoires la plus fréquemment observée est la fistule [1] dont le risque est diminué par la création d'une stomie temporaire [2] (Laurent, Bretagnol & Rullier, 2003). La stomie représente une mutilation corporelle qui, dans une société où le paraître a plus d'importance que l'être, apparaît comme une blessure narcissique dont les conséquences sur le plan psychologique ne sont pas négligeables : altération de l'image du corps (Bullen *et al.*, 2012 ; Neuman *et al.*, 2011), altération de la qualité de vie (Bullen *et al.*, 2012) et augmentation de la détresse émotionnelle (Bullen *et al.*, 2012 ; Sharpe, Patel & Clarke, 2011). À ce jour, la plupart des études ont été réalisées auprès de patients atteints d'un cancer colo-rectal avec stomie définitive (Bullen *et al.*, 2012 ; Sharpe *et al.*, 2011). C'est pourquoi, nous avons souhaité étudier l'impact d'une stomie temporaire sur l'image du corps, la qualité de vie et la détresse émotionnelle.

1. Communication anormale entre deux cavités.
2. Continuité artificielle d'un organe creux à la peau.

Nous avons également exploré les liens corrélationnels entre ces différentes variables et cherché à savoir si le soutien social perçu et l'optimisme pouvaient constituer des facteurs protecteurs de l'image du corps.

Méthode

Durant les mois de mars et avril 2013, les personnes ayant un cancer du rectum (primitif) traité par exérèse rectale avec stomie temporaire (primitive) sans antécédent psychiatrique, parlant et lisant sans difficulté le français (pour des raisons de compréhension des consignes) ont été sollicitées pour participer à cette étude. Sept participants (6 hommes et 1 femme) ont participé à l'étude. L'âge moyen de notre échantillon est de 68 ans. Tous les participants ont eu une radio/chimiothérapie néo-adjuvante et aucun ne présentait de métastases. L'ensemble des participants ont complété un protocole de recherche (tableau 1) à T0 la veille de la création de la stomie temporaire et à T1 un mois après la création de la stomie temporaire.

Tableau 1 – Liste des variables et des outils de mesure des variables.

Variable mesurées	**Outils utilisés**
Satisfaction corporelle	Questionnaire d'image du corps (Bruchon-Schweitzer, 1987)
Qualité de vie	Quality of Life Questionnaire-Core 30 (Aaronson *et al.*, 1993)
Détresse émotionnelle	Hospital Anxiety and Depression Scale (Lépine, Godchau, Brun & Lempérière, 1985)
Soutien social perçu	Social Support Questionnaire-6 (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003)
Optimisme	Life Orientation Test-Revised (Trottier, Mageau, Trudel & Halliwell, 2008)

Résultats

Toutes les personnes sollicitées ont accepté de participer à cette étude, le taux de participation est donc de 100 %. La création d'une stomie temporaire est associée à une altération de la satisfaction corporelle (t (6) = 4.18, p = .006) et de la fonction physique (sous-échelle de la qualité de vie) (t (6) = 3.548, p = .012). De plus, la moyenne de l'anxiété a tendance (t (6) = 2, p = .092) à être supérieure avant la création de la stomie (M = 6.57) qu'après (M = 4.57). La satisfaction corporelle et la fonction physique sont corrélées positivement entre elles à T0 (r = .687, p = .028) et à T1 (r = .809, p = .028). De plus, à T1, la satisfaction corporelle est corrélée positivement avec l'état général (sous échelle de la qualité de vie) (r = .766, p = .044). À T1 uniquement, la satisfaction du soutien social perçu est corrélée positivement avec la satisfaction corporelle (r = .779, p = .039). En revanche, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la satisfaction corporelle et l'optimisme à T0 (r = .304, p = .394) et à T1 (r = .303, p = .508).

Discussion-conclusion

En accord avec Bullen *et al.* (2012) et Neuman *et al.* (2011), la création d'une stomie temporaire altère la satisfaction corporelle et un des aspects de la qualité de vie (domaine physique). En revanche, elle n'entraîne pas de variation de la détresse émotionnelle, résultat allant à l'encontre des études de Bullen *et al.* (2012) et Sharpe *et al.* (2011) menées auprès de patients ayant une stomie définitive, ce qui peut, par ailleurs, expliquer cette différence. Pour finir, concernant les facteurs protecteurs, seule la satisfaction du soutien social perçu semble être associée à la satisfaction corporelle. Il convient désormais de contre-valider ces premiers résultats sur une population plus importante. À terme, cette recherche permettra de mieux comprendre le vécu psychosocial des personnes atteintes du cancer du rectum et porteuses d'une stomie temporaire, afin de proposer un accompagnement pluridisciplinaire adapté à leurs besoins. Outre les répercussions de la stomie temporaire sur la satisfaction corporelle, il serait intéressant d'étudier l'impact de l'opération chirurgicale en elle-même sur l'image du corps et d'un point de vue temporel, l'impact de la stomie temporaire après son retrait.

Références bibliographiques

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., *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. *Journal of the National Cancer Institute*, 85 (5), 365-376.

Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body image : the body image questionnaire. *Perceptual & Motor Skills*, 65 (3), 887-892.

Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Gelie, F., Fortier, C., Sifakis, Y., & Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie française*, 48 (3), 41-53.

Bullen, T., Sharpe, L., Lawsin, C., Patel, D., Clarke, S., & Bokey, L. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 459-463.

Laurent, C., Bretagnol, F., & Rullier., E. (2003). Nouveauté dans le traitement chirurgical des cancers du rectum. *Hépato-gastro*, 10 (5), 339-345.

Lépine, J.-P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques*, 143 (2), 175–189.

Neuman, H. B., Patil, S., Fuzesi, S., Wong, W. D., Weiser, M. R., Guillem, J. G., Paty, P.B., Nash, G., & Temple, L. K. (2011). Impact of a temporary stoma on the quality of life of rectal cancer patients undergoing treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 18 (5), 1397-1403.

Sharpe, L., Patel, D., & Clarke, S. (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 395-402.

Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40 (4), 238-243.

Programme de revalidation multidisciplinaire post-cancer du sein : analyse des bénéfices éventuels sur la fonction physique et la qualité de vie

Anne-France Leclerc[1], Marguerite Foidart-Dessalle[1], Philippe Coucke[2], Martine Devos[3], Thierry Bury[4], Dorian Deflandre[4], Jean-Michel Crielaard[1] et Didier Maquet[1]

[1] CHU de Liège et ULg, Service de médecine physique. Email : af.leclerc@ulg.ac.be
[2] CHU de Liège et ULg, Service médical de radiothérapie
[3] CHU de Liège, Service d'hématologie clinique
[4] ULg, Département des sciences de la motricité

Mots-clés : cancer du sein, revalidation multidisciplinaire, qualité de vie, fonction physique.

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment rencontré chez la femme (Curado, 2011), affectant 8 femmes sur 100. Malgré une incidence grandissante, le dépistage précoce et l'amélioration des traitements ont permis une diminution du taux de mortalité (Thomson, Brewster, Dewar & Twelves, 2004). La maladie ainsi que ses traitements restent toutefois à l'origine de nombreux effets secondaires, précoces mais également tardifs, nécessitant une prise en charge (Schmitz, Courneya, Matthews, Demark-Wahnefried, Galvao, Pinto *et al.*, 2010 ; Shapiro & Recht, 2001). Diverses études démontrent les bienfaits d'une prise en charge physique (McNelly, Campbell, Rowe, Klassen, Mackey & Courneya, 2006), cependant celle-ci semble rarement multidisciplinaire. Cette étude apprécie les bénéfices, tant sur le plan physique que psychologique, d'un programme de revalidation multidisciplinaire chez des patientes ayant bénéficié d'un traitement chirurgical et de thérapies adjuvantes pour un cancer du sein.

Méthode

Cent-vingt-deux patientes ont été recrutées au sein du Centre hospitalier universitaire de Liège. Les principaux critères d'inclusion étaient la présence d'un carcinome primaire du sein ayant nécessité un acte chirurgical ainsi qu'un délai de minimum trois semaines et maximum un an après la fin de la radiothérapie et/ou chimiothérapie adjuvante. Sur base du volontariat, les participantes ont été réparties en deux groupes, un groupe contrôle (n = 61) et un groupe traité (n = 61). Toutes ont été soumises à des évaluations et ce, au stade initial et au terme de trois mois. Celles-ci comprenaient une évaluation des capacités fonctionnelles (test d'effort maximal sur bicyclette ergométrique avec prise des paramètres cardiaques et respiratoires, test de marche via le « Six Minutes Walk Test » et test de souplesse *via* le « Sit and Reach »), des mesures anthropométriques et de composition corporelle (indice de masse corporelle et pourcentage de graisse corporelle via la mesure des plis cutanés) et divers questionnaires relatifs à la qualité de vie, l'anxiété, la dépression et différentes fonctions et autres symptômes liés au cancer : EORTC QLQ-C30 (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez *et al.*, 1993), EQ-5D (Rabin & De Charro, 2001), STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1983) et HADS (Zigmond & Snaith, 1983). Le groupe contrôle n'a bénéficié d'aucune prise en charge contrairement au groupe traité qui a participé à une revalidation multidisciplinaire de trois mois comprenant un entraînement physique supervisé alliant entraînements aérobie, en endurance musculaire et activités variées (1h30 3x/sem.) et diverses sessions psycho-éducatives axées sur la gestion du stress, les aspects psychosociaux, les troubles du sommeil, la diététique, l'activité physique et la sexualité (2h 1x/sem.) (Courneya, 2003).

Les analyses statistiques ont consisté en un test t de Student pour moyennes non appariées (ou test de Kruskal-Wallis) pour la comparaison d'une variable continue entre les deux groupes et en un test t de Student pour moyennes appariées (ou test des rangs signés de Wilcoxon) pour la comparaison de l'évolution d'une variable continue entre le stade initial et le terme des trois mois à l'intérieur d'un même groupe.

Résultats

L'étude a initialement inclus 122 patientes dont 101 ont accompli le protocole jusqu'à son terme. Les abandons (11 au sein du groupe traité et 10 au sein du groupe contrôle) s'expliquent majoritairement par la reprise du travail et le manque de temps ; aucun n'est dû à une intolérance au programme. À l'entrée dans l'étude, l'âge moyen de l'ensemble des participantes était de 54 ± 10 ans, leur BMI moyen était de 26 ± 5 kg/m^2 et le délai moyen depuis la fin des traitements adjuvants était de 6 ± 2 mois. Les deux groupes étaient appariés en terme de données biométriques et les résultats initiaux montraient que l'ensemble des données fonctionnelles et de qualité de vie et ce, au sein des deux groupes apparaissaient inférieures aux normes d'une population féminine saine de même âge moyen. Au terme des trois mois, les résultats démontrent les bienfaits de la prise en charge multidisciplinaire tant sur le plan physique, que sur le plan psychologique.Par l'intermédiaire des évaluations fonctionnelles, nous observons notamment, au sein du groupe traité, une amélioration significative de la puissance maximale aérobie ($p < 0{,}0001$), de la consommation maximale d'oxygène ($p < 0{,}0001$),

de la distance de marche parcourue en six minutes ($p < 0{,}0001$) et de la souplesse ($p < 0{,}0001$). Au sein du groupe contrôle, aucune amélioration n'est constatée et de plus, une augmentation significative de l'indice de masse corporelle ($p = 0{,}032$) et du pourcentage de graisse corporelle ($p = 0{,}034$) est observée alors qu'au sein du groupe traité, ces paramètres se stabilisent.Les questionnaires indiquent une amélioration significative de l'état de santé (qualité de vie) ($p < 0{,}0001$), du rôle fonctionnel ($p = 0{,}031$), de l'état émotionnel ($p < 0{,}0001$) et des fonctions physiques ($p = 0{,}005$), cognitives ($p = 0{,}003$) et sociales ($p = 0{,}002$) et ce, uniquement au sein du groupe traité. Ce groupe présente également une régression des symptômes de fatigue ($p < 0{,}0001$), d'insomnie ($p < 0{,}0001$), de douleur ($p = 0{,}002$), de dyspnée ($p = 0{,}009$), de perte d'appétit ($p = 0{,}04$), d'anxiété ($p < 0{,}0001$) et de dépression ($p < 0{,}0001$) par opposition au groupe contrôle.

Discussion-conclusion

Cette étude démontre dans le cadre d'une évaluation exhaustive la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein suite à la détérioration des données au stade initial. Ensuite, les résultats obtenus au terme des trois mois révèlent que les effets indésirables du cancer et de ses traitements persistent au sein du groupe contrôle contrairement au groupe traité présentant une amélioration fonctionnelle et une réduction de la majorité des symptômes. Ainsi, ces résultats démontrent la faisabilité et les bienfaits d'une telle revalidation multidisciplinaire, comprenant un entraînement physique et diverses séances psychoéducatives, chez les femmes au terme de leurs traitements pour le cancer du sein.

Lors de prochaines études, il serait toutefois pertinent d'évaluer l'influence des caractéristiques de départ des patientes (capacités physiques / psychologiques, type de traitements, délai de fin de traitements, statut professionnel, etc.) sur le choix de participation ou non au programme et sur les bénéfices obtenus.

Références bibliographiques

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. *J Natl Cancer Inst*, 85 (5), 365-376.

Courneya, K. S. (2003). Exercise in cancer survivors : an overview of research. *Med Sci Sports Exerc*, 35 (11), 1846-1852.

Curado, M. P. (2011). Breast cancer in the world : incidence and mortality. *Salud Publica Mex*, 53 (3), 372-384.

McNelly, M. L., Campbell, K. L., Rowe, B. H., Klassen, T. P., Mackey, J. R., & Courneya K. S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors : a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 175 (1), 34-41.

Rabin, R., & De Charro, F (2001). EQ-5D : a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*, 33 (5), 337-343.

Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvao, D. A., Pinto, B. M., *et al.* (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*, 42 (7), 1409-1426.

Shapiro, C. L., & Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *N Engl J Med*, 344 (26), 1997-2008.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. C., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Thomson, C. S., Brewster, D. H., Dewar, J. A., & Twelves, C. J. (2004). Improvements in survival for women with breast cancer in Scotland between 1987 and 1993 : impact of earlier diagnosis and changes in treatment. *Eur J Cancer*, 40 (5), 743-753.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67 (6), 361-370.

Partage social des émotions chez les femmes atteintes de cancer du sein à destination de leurs enfants

Myriam Pannard[1] et Marie Préau[2]

[1] Université Lyon-2, GRePS. Email : myriam.pannard@univ-lyon2.fr
[2] Professeure en psychologie sociale, Université Lyon-2, GRePS

Mots-clés : partage social des émotions, parenté, cancer du sein, communication.

Introduction

En 2012, 49 000 femmes se sont vues diagnostiquer un cancer du sein. Parmi elles, 20 % avaient 50 ans ou moins et 10 % avaient 40 ans ou moins. Cette population présente des problématiques particulières liées à son âge et celle de la présence possible d'enfants jeunes. Par ailleurs, il est reconnu que l'annonce d'un cancer à un patient est complexe pour les médecins. Cependant, s'il est difficile pour les médecins d'annoncer un cancer, à quel point est-il plus difficile encore pour les parents de faire part de leur propre cancer à leurs enfants ?

Cancer et partage social des émotions

Le partage social des émotions (PSE) est défini comme « une description d'un événement émotionnel dans un langage socialement partagé par la personne qui l'a vécu envers une autre » (Rimé, 2009, p. 65, traduction libre). Il s'agit d'un phénomène majeur puisque 90 à 96 % des épisodes émotionnels seraient partagés (Rimé, Philippot, Boca & Mesquita, 1992). Le PSE a pour conséquence attendue le renforcement des liens existants entre individus déjà proches (Rimé, 2009). Pourtant, le PSE et le choix de révéler son cancer peuvent être affectés par des contraintes sociales (Lepore & Revenson, 2007). Les patients atteints de cancer expriment souvent un fort sentiment de

culpabilité, un désir de protéger leurs proches (Yoo, Aviv, Levin, Ewin & Au, 2010) et un partage social des émotions déficitaire (Rimé, 2014).

Objectifs et méthodologie

Cette étude a pour objectif d'investiguer la perception de la communication mère-enfant autour du cancer du sein maternel : un partage social des émotions existe-t-il entre une mère et ses enfants en cas de cancer du sein maternel ? Comment est-ce que les femmes structurent et pensent la communication mère-enfant autour du cancer du sein au moment du diagnostic, pendant voire après les traitements ?

Afin de répondre à cet objectif, nous avons mené une recherche exploratoire basée sur huit entretiens semi-structurés avec des femmes ayant été atteintes de cancer du sein alors qu'elles avaient au moins un enfant de 3 à 18 ans. Les entretiens se sont centrés sur quatre thématiques majeures : l'entrée dans la maladie, les informations transmises concernant la maladie, la communication autour des émotions et la prise en charge individuelle et familiale. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

Principaux résultats

Les résultats se sont organisés autour de quatre thématiques principales. La première renvoie à l'expérience de la maladie. L'entrée dans la maladie est un événement bouleversant auquel fait suite la mise en place du travail de patient où l'emploi du temps des patientes est rythmé par l'enchaînement des traitements et rendez-vous médicaux. La communication mère-enfant débute par la question de l'annonce et le choix de parler ou non de son cancer à ses enfants. Si pour certaines il était évident de transmettre le diagnostic à ses enfants, pour d'autres, cette décision a été très compliqué et l'annonce n'a eu lieu que plusieurs mois après le diagnostic. Les informations transmises sont principalement factuelles et liées à la maladie et aux traitements. La communication autour des émotions se centre sur les émotions positives, amplifiées, au détriment des émotions négatives dissimulées dans la mesure du possible. Les modalités de communication sont largement dépendantes de l'âge de l'enfant mais aussi de son sexe, les filles étaient considérées comme plus intéressées et promptes à la discussion. Si la mère porte la majeure partie de la communication, d'autres partenaires peuvent avoir un rôle à jouer, notamment le conjoint et les autres adultes de la famille mais aussi du milieu scolaire fréquenté par les enfants. Alors que le conjoint peut réellement prendre part à la prise de décision et à la communication, les autres adultes, notamment les enseignants, ont pour rôle principal d'interpeller les parents en cas de comportement de l'enfant inhabituel qui pourrait être lié à la situation à la maison. La prise en charge de ses familles est souvent considérée comme insuffisante et inadéquate, les participantes estiment que leur rôle de mère et plus largement leur rôle de femme ne sont pas pris en compte par le système de soin et en particulier les médecins. Pourtant les mères expriment un fort besoin de soutien social notamment lors des traitements à la fois pour elle et pour leurs enfants. Enfin la dernière thématique abordée renvoie au fait d'être mère et atteinte d'un cancer. Les participantes rapportent un vécu de la maladie teinté de culpabilité face au fardeau imposé à leurs enfants. Elles sont lar-

gement impliquées dans la gestion des émotions des autres membres de leur famille, en cherchant à les rassurer au détriment de leurs besoins de partager leurs émotions. Enfin la relation mère-fille s'accompagnerait d'enjeux spécifiques notamment associés à la mutilation du corps féminin provoqué par la chirurgie, mais aussi à la peur d'une mutation génétique qui provoquerait un cancer du sein chez la fille à son tour.

Discussion

La communication mère-enfant est perçue comme cruciale. Elle passe par une capitalisation des émotions et événements positifs (Langston, 1994) et une minimisation voire une dissimulation des éléments pouvant générer tristesse et anxiété. Elle laisse également une place importante à la communication non-verbale. La communication vise à trouver un équilibre entre la volonté de protéger les enfants et celle d'encourager le dialogue familial. Cependant, si la communication est souvent générée par les parents, les enfants ont également leur rôle à jouer. Considérés par les mères comme des « éponges à émotions » capables de percevoir le climat émotionnel familial, les enfants démontrent souvent une volonté de se placer comme partenaire et d'éviter la dissimulation d'informations, y compris négatives. Cette recherche a permis d'envisager des liens entre partage social des émotions, régulation émotionnelle et qualité de vie. La régulation émotionnelle correspond à l'ensemble de processus conscients et/ou inconscients par lesquels les émotions sont régulées (Gross, 2007) et auquel participe le PSE (Duprez, 2013). La communication mère-enfant permettrait la gestion de la culpabilité maternelle face au cancer et ainsi participerait au maintien de la qualité de vie des mères durant les traitements. En ce sens, il semble essentiel de pallier à la prise en charge familiale perçue comme insuffisante et d'orienter les parents dans la recherche de leur propre équilibre entre dialogue familial et protection des enfants.

Bibliographie

Duprez, C. (2013). *Rôle du partage social des émotions dans la régulation émotionnelles.* Université Lille-Nord de France (Lille-3), Lille.

Gross, J. J. (2007). Emotion regulation : conceptual foundations. *In Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York : The Guilford Press.

Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events : expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1112-1125.

Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclorure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass*, 1 (1), 313-333.

Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion : theory and empirical review. *Emotion Review*, 1 (1), 60-85.

Rimé, B. (11 janvier 2014). Le partage social des émotions dans la maladie. *In Savoirs et activités du malade au service de soi en vie.* Paris : EHESS.

Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long-lasting cognitive and social consequences of emotion : social sharing and rumination. *European Review of Social Psychology*, 3, 225-258.

Yoo, G. J., Aviv, C., Levin, E. G., Ewin, C., & Au, A. (2010). Emotion work : disclosing cancer. *Support Care Cancer*, 18 (2), 205-215.

Les adolescents en rémission complète d'une hémopathie maligne

Florence Sordes-Ader*, Virginie Buttin-Longueville et Jean-Luc Sudres

Laboratoire Octogone Cerpp, Toulouse – Le Mirail
* Auteur correspondant : sordes@univ-tlse2.fr

Mots-clés : maladie chronique, adolescents, rémission.

Introduction

L'hémopathie maligne est une maladie asymptomatique, diffuse dans l'ensemble de l'organisme (Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens, leucémies, myélomes), avec une incidence élevée dans les cancers pédiatriques (40 %) (Kalifa, Oberlin, Hartmann *et al.*, 2008).

La rémission s'inscrit dans les phases de la maladie et indique l'étape franchie après la journée de bilan de fin de traitements par l'absence de cellules malignes détectables. Une surveillance médicale s'installe alors, compte tenu des risques de récidive, tous les 3 mois la première année, une fois par an pendant une durée d'au moins 5 ans. L'adolescent est à même de reprendre la vie active, sportive, sociale avec une scolarité normale, dans une cellule familiale. Cependant, si l'adolescent sait que son corps n'est plus envahi par des cellules malignes, la vulnérabilité, l'affaiblissement physique, les empreintes de la maladie sur le corps (cicatrices, alopécie, perte de poids) font référence à l'image d'un corps encore malade (Oppenheim, 1996, 2006). Ainsi, l'adolescent a des attributs de personne saine (absence de cellules malignes et de traitements, reprise d'une vie sociale et professionnelle), associés à des attributs d'individu malade (risque de récidive, présence de séquelles iatrogènes, surveillance médicale et statut social ALD). Ceci peut l'amener à une frustration à l'arrêt des traitements de ne pouvoir se déclarer guéri, de ne pas pouvoir marquer la fin de l'histoire du cancer (Ménoret, 1999 ; Pucheu, 2004).

Face à cette ambiguïté sociale du statut d'être en rémission, nous nous sommes posés la question de la perception par l'adolescent de ce stade de la maladie, nous amenant

à parler de leurs représentations. En effet, quelles sont les théories naïves des adolescents à propos de leur rémission, dans la recherche de sens, dans l'identification, la description, l'interprétation, celles-ci fournissant un cadre conceptuel permettant de comprendre le contexte et de s'y adapter (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980 ; Leventhal, Brooks-Gun & Kamerman, 1997).

Méthodologie

Cette recherche [1] longitudinale, à la fois quantitative et qualitative (dont nous ne présenterons que des résultats qualitatifs) a été réalisée sur trois centres hospitaliers (Toulouse, Montpellier, Bordeaux). Sous l'autorité du médecin de l'adolescent, le chercheur a interviewé 38 adolescents atteints d'hémopathie maligne (leucémie aigüe, lymphome) en rémission complète, âgés de 12 à 18 ans, à trois temps différents : T1, le jour de l'annonce de la rémission ; T2, 3 mois plus tard ; T3, 6 mois plus tard. Afin de recueillir du contenu représentationnel, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs, ciblant 3 thématiques : représentations, pensées, croyances et images de leur cancer, de leur état de santé, de leur état actuel de rémission, sur les trois temps, afin de comprendre l'évolution de leurs perceptions.

Résultats

Parmi les 53 adolescents éligibles sur les trois centres, 77,55 % ont accepté de participer au T1, 22,45 % ayant refusé (refus de l'adolescent et/ou du parent). Au T2, 71,05 % ont continué leur participation, 50 % au T3. Cette perte est due au refus de l'adolescent de participer ou à une récidive. Sur les trois temps, la moyenne d'âge est de 14 ans, avec un nombre plus important de garçons (en moyenne 58 %), un taux plus important de leucémie aigüe (55 %) et de lymphome (31 %) et un taux de participation équivalent entre les hôpitaux de Toulouse et de Bordeaux (37 % pour chacun).

Les résultats issus à la fois d'une analyse de contenu, mais aussi de l'analyse de similitudes par l'intermédiaire du logiciel IRaMuTeQ (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires, 0.6 alpha 3 © 2008-2013), montre la complexité de ces représentations. Les corpus (relevé, catégorisation et codage des thèmes, calculs de pourcentage sur leur fréquence d'apparition) issus des représentations à propos de leur santé montrent que les adolescents se perçoivent plus malade (13 %) qu'en rémission (2 %) au temps T1, considérant leur état de santé en T3, plus en rémission (30 %) que malade (15 %). Les thèmes de vulnérabilité, fatigue et séquelles restent constants dans le temps, alors que les traces, la baisse de performances diminuent avec le temps. Notons les représentations positives, à la fois constantes dans le temps et en évolution, marquant la perception d'être guéri, d'être en bonne forme.

1. La recherche a été déclarée à Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et a été soumise à l'avis préalable du Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB, 2009) n° 2 de Toulouse et des Délégations interrégionales à la recherche clinique des centres hospitaliers inclus. Nous avons respecté la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988, dite loi Huriet-Sérusclat qui opère une distinction franche entre soin et une activité de recherche sur la base de différences de finalités entre ces deux activités.

À propos de la maladie, les adolescents se représentent négativement leur maladie au T1 : atteinte corporelle, contrainte, maladie chronique, menace, sentiments de perte, combat, impuissance, injustice, avec une diminution dans le temps. À noter des représentations de maladie bénéfique (52 %) et positive (52 %) au T1.

La représentation de la rémission évolue. Celle-ci est associée à moins de représentations négatives, en termes de difficultés, d'inconnue, de continuité de maladie. Elle est par contre synonyme de réassurance : réassurance par les visites qu'ils ont à faire, associée à l'état de bonne santé, et ceci en augmentation tout au long des temps de recherche. Cependant, le vécu de la rémission semble assez confus pour l'adolescent ; celui-ci parle d'anxiété vis-à-vis de la rechute mais aussi de guérison, de reprise de vie.

Discussion-conclusion

La rémission évoque médicalement, théoriquement un entre-deux, entre maladie et santé sans ne pouvoir prononcer le terme de guérison. Il en ressort bien souvent une confusion entre rémission et guérison. Cette recherche, à l'issue de la phase de maladie, nous montre que l'adolescent a une triple tâche à gérer : « digérer » l'expérience passée de maladie, faire face aux exigences de la situation de rémission et tenter de se projeter dans un avenir incertain de guérison qu'il doit construire malgré d'éventuels handicaps ou pertes. Cela nous amène à constater la complexité de cette période de rémission, demandant une grande adaptation qui devient d'autant plus difficile lorsque l'individu se situe dans la période de l'adolescence. Une attention particulière devrait alors être portée sur cette période post-traitement, permettant à l'adolescent d'obtenir un cadre plus sécurisant.

Références bibliographiques

Kalifa, C., Oberlin, O., Pein, F., Hartmann, O., & Lemerle, J. (2008). *Cancers de l'enfant.* Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *In* S. Rachman (ed), *Contributions to Medical Psychology.* Oxford : Pergamon Press.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. *et al.*, (1997). Illness representations : theoretical foundations. *In* K. H. Petrie & J. A. Weinman (eds), *Perception of Health and Illness.* Harwood Academic Publishers.

Ménoret, M. (1999). *Les temps du cancer.* Paris : CNRS Sociologie.

Oppenheim, D. (1996). *L'enfant et le cancer : la traversée d'un exil.* Paris : Bayard / Païdos.

Oppenheim, D. (2006). Les adolescents traités pour un cancer et le sentiment d'enfermement. *Adolescence*, 24 (2), 347-360.

Pucheu, S. (2004). Guérison et cancer. *Revue francophone de psycho-oncologie* (organe officiel Française de psycho-oncologue Springer), 3 (2).

L'enfant atteint de leucémie : vécu émotionnel, adaptation et ajustement dyadique mère / enfant au moment de l'annonce de la maladie

Jennifer Toussaint[1] et Justine Gaugue[2]

[1] Psychologue clinicienne, assistante doctorante, Service de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, FPSE, Université de Mons. Email : jennifer.toussaint@umons.ac.be
[2] Docteur en psychologie, chef de service et chargée de cours, Service de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, FPSE, Université de Mons

Mots-clés : oncologie pédiatrique, détresse psychologique, stratégies adaptatives, ajustement dyadique.

Introduction

Lorsque le cancer touche l'enfant, il entrave le bon déroulement de son développement psychique et physique. Les parents, également affectés par l'annonce de la maladie, vivent un moment de sidération (Lambotte, De Coster & De Gheest, 2007). Cette annonce va déclencher des défenses psychologiques chez le patient et ses proches afin d'atténuer l'inconfort émotionnel qu'elle engendre et ainsi permettre au patient de se confronter à une réalité difficile à vivre (Razavi, Delvaux & Farvacques, 2008). L'objectif de cette étude est d'une part d'évaluer le fonctionnement psychique, la détresse psychologique, les stratégies adaptatives et la qualité de vie chez un enfant atteint de leucémie ainsi que chez sa mère au moment de l'annonce du cancer. D'autre part, nous souhaitons observer le lien entre l'ajustement de la mère et son enfant.

Méthode

L'échantillon comporte 10 dyades mère / enfant dont les enfants sont âgés de 6 à 14 ans (2 filles et 8 garçons). La batterie d'outils proposée comporte pour les enfants : l'échelle d'intensité émotionnelle et d'anxiété de l'enfant (RCAMS), l'échelle de dépression

(CDI ou CDRS en fonction de leur âge), l'échelle évaluant les stratégies pour faire face en douleur pédiatrique (PPCI-F), l'auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6 à 12 ans (KidiQOL) et le dessin du bonhomme. Pour les mères : l'échelle d'anxiété et de dépression (HADS), l'Inventaire de coping pour situation stressante (CISS), et le Coping Health Inventory for Parents (CHIP). Enfin, un entretien semi-structuré, réalisé par nos soins, est également effectué afin d'obtenir l'anamnèse de la famille, l'histoire de la maladie et le vécu de chacun des membres de la dyade.

Résultats

Lors de l'annonce du diagnostic quatre enfants sur dix présentent un trouble anxieux et deux sur les dix manifestent des affects dépressifs. Concernant les stratégies de coping pour face faire à la douleur, deux enfants âgés de 6 ans n'utilisent que le support social c'est-à-dire qu'ils recourent essentiellement au soutien d'un proche pour soulager leurs maux. Un jeune adolescent n'utilise aucune stratégie et contient toute sa souffrance tant physique que psychique. Les autres enfants font preuve d'une certaine souplesse. Pour ce qui est de la qualité de vie, les résultats obtenus au KidiQOL mettent en évidence une qualité de vie satisfaisante pour l'ensemble des enfants. Enfin, l'image du corps est altérée chez tous les enfants même de manière mineure dès l'apparition de l'alopécie. En ce qui concerne les mères, ces dernières présentent toutes une symptomatologie anxieuse au cours des semaines qui suivent l'annonce du diagnostic. Les affects dépressifs sont, quant à eux, présents chez trois mères. Deux mères présentent à l'échelle HADS une suspicion dépressive mais l'entretien confirme la présence d'affects dépressifs réactionnels à l'annonce du cancer. La troisième est, quant à elle, sous médication et était déjà traitée pour dépression avant l'annonce du cancer. D'après les résultats obtenus au CISS, les mères utilisent de manière générale l'ensemble des stratégies adaptatives avec beaucoup de souplesse. Deux mères ont toutefois recours de façon importante aux stratégies de coping orientées vers les émotions. Au CHIP, les dix mères obtiennent toutes des scores se situant dans la norme et ont recours de manière équivalente aux trois patterns de coping qui sont : le maintien de la cohésion familiale, la coopération et définition optimiste de la situation ; le renforcement de l'estime de soi, du soutien social et de la stabilité psychologique ; la compréhension de la situation médicale. Notons enfin, qu'aucune concordance n'est retrouvée au sein des dyades concernant le trouble anxio-dépressif. Par contre, un lien existe entre les stratégies adaptatives utilisées par la mère et l'enfant. En effet, la souplesse au niveau des modalités adaptatives se retrouve au sein de huit dyades. Les deux autres utilisent des défenses plus rigides en raison d'une inhibition importante et d'un évitement massif des affects.

Discussion-conclusion

Comme énoncé précédemment, aucune concordance n'est retrouvée au sein des dyades concernant les troubles anxio-dépressifs. En effet, un trouble anxieux et/ou dépressif vécu par la mère ne semble pas être corrélé à un même état chez l'enfant. Lors de l'annonce de la maladie, les parents sont généralement les premiers informés et deviennent rapidement des soignants pour leur enfant. Ils doivent non seulement faire face à l'annonce du cancer mais aussi accepter les changements qu'elle induit chez

l'enfant et au sein de la dynamique familiale. Plusieurs études de (*e.g.* Mereuta & Craciun, 2009) ont mis en évidence que l'état émotionnel de l'enfant n'était pas uniquement influencé par leur état de santé mais aussi par la manière dont les parents réagissent. Nous constatons que chaque mère a une vision positive de son enfant et croit en sa guérison. De plus, les enfants ayant été bien informés de leur état de santé présentent moins de détresse émotionnelle, ce qui rejoint les observations de Fonseca (2011). Aussi, les enfants déclarent tous avoir une bonne qualité de vie malgré une image du corps impactée dès l'apparition de l'alopécie et la prise ou perte de poids. Ce constat diffère des données issues de la littérature (*e.g.* Bradley, Eilertsen Jozefiak, Rannestad, Indredavik & Vik, 2012) mais peut s'expliquer par un court laps de temps entre l'annonce du cancer et le moment de l'évaluation. Enfin, nous constatons une concordance entre les stratégies adaptatives utilisées par la mère et l'enfant. Chacun pouvant s'adapter adéquatement à l'annonce du cancer. Comme mentionné, les scores obtenus au CHIP mettent en évidence que les mères utilisent toutes des stratégies de coping favorisant l'adaptation à la maladie. Ces données sont similaires à celles de Goldbeck (2001) qui identifie que l'utilisation de manière équivalente des trois patterns de coping définis par McCubbin *et al.* (1983) favorise l'adaptation des mères à la maladie de l'enfant. Ces premiers résultats permettent une meilleure compréhension de ce temps de l'annonce.

Références bibliographiques

Bradley Eilertsen, M. E., Jozefiak, T., Rannestad, T., Indredavik, M. S., & Vik, T. (2012). Quality of life in children and adolescents surviving cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 185-193.

Fonseca, M. (2011). *Qualité de vie chez les enfants atteints de cancer : impact des perceptions de la maladie des enfants et des parents sur la qualité de vie.* Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université de Metz Paul-Verlaine, Metz, France.

Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer : gender effects, dissimilarity within couples and quality of life. *Psycho-Oncology*, 10, 325-335. DOI : 10.1002/pon.530.

Lambotte, I., De Coster, L., & De Gheest, F. (2007). Le traumatisme de la mort annoncée : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 38, 99-115. DOI : 10.3917/ctf.038.0099.

McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Patterson, J. M., Cauble, A. E., Wilson, L. R., & Warwick, W. (1983). CHIP. Coping Health Inventory for Parents : an assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child, *Journal of Marriage and Family*, 45 (2), 359-370.

Mereuta, O. C., & Craciun, C. (2009). Parents' illness perceptions, maladaptive behaviors, and their influence on the emotional distress of the child. A pilot study on a Romanian pediatric cancer group. *Cognition, Brain, Behavior*, 13 (2), 207-219.

Razavi, D., Delvaux, N., & Farvacques, C. (2008). Adaptation psychologique : concepts et problématique. *In* D. Razavi & N. Delvaux (éds), *Précis de psycho-oncologie de l'adulte* (pp. 87-121). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Apport des profils de croyances en santé sur le dépistage du cancer colorectal

Fanny Vallet[1*], Élodie Guillaume[2], Olivier Dejardin[2], Lydia Guittet[2], Célia Berchi[2], Guy Launoy[2] et Véronique Christophe[1-2*]

[1] UMR CNRS 9193 SCA-Lab Sciences cognitives et affectives, Université Lille-3, Villeneuve-d'Ascq
[2] U1086 INSERM-UCBN, « Cancers & préventions », Caen
* Auteurs correspondants : : veronique.christophe@univ-lille3.fr – fanny.vallet@gmail.com

Mots-clés : dépistage du cancer colorectal, croyances en santé, k-means.

Introduction

Il existe un dépistage du cancer colorectal (CCR) systématique et organisé en France permettant de détecter précocement un CCR et débuter au plus tôt les traitements. Toutefois, la participation actuelle à ce dépistage reste faible (« La situation du cancer en France en 2012 », 2012). Or, les croyances en santé (*e.g.* coût perçu, efficacité perçue) ont été identifiées comme des facteurs influençant la participation au dépistage du CCR (*e.g.* Kiviniemi, 2011) et pouvant servir de base à la création d'interventions (Rawl, Menon, Burness & Breslau, 2012). Cependant, les profils ou combinaisons de croyances (*e.g.* une personne qui pense que le dépistage est peu efficace mais peu coûteux vs. que le dépistage est efficace mais coûteux), sont peu pris en compte alors même qu'ils auraient un intérêt pour mieux cibler les interventions. L'identification de profils de croyances concernant le dépistage du CCR a été peu étudiée et les études existantes (BeLue, Menon, Kinney & Szalacha, 2011) ont été menées aux États-Unis, où le dépistage est organisé différemment qu'en France, et sur des populations spécifiques de personnes Afro-Américaines pour lesquelles la participation est particulièrement faible. La présente étude qui s'est déroulée en France sur une population tout-venant avait pour buts (i) d'identifier les profils de croyances, et de tester les différences entre ces profils sur (ii) l'évaluation de la santé, (iii) des caractéristiques sociodémographiques et (iv) le dépistage effectif.

Méthode

Les données de cette étude proviennent de 574 personnes du groupe témoin d'un protocole de recherche interventionnelle (PRADO) concernant des personnes ciblées par le dépistage du CCR. Le questionnaire comportait des mesures de croyances concernant le dépistage (*i.e.* modèle adapté de la théorie de la motivation à la protection, Rogers, 1983 : perception de la sévérité, vulnérabilité, facilité, coût, efficacité), l'évaluation de la santé, des données sociodémographiques et le dépistage effectif. Des analyses de k-means ont été utilisées pour identifier des clusters (maximisant la variabilité inter clusters et minimisant la variabilité intra clusters), interprétés en terme de profils de croyances.

Résultats

(i) La solution retenue (Basagaña, Barrera-Gömez, Benet, Antö, & Garcia-Aymerich, 2013) se composait de deux clusters (figure 1) : Cluster 1 : très favorable sur l'évaluation du dépistage ($N = 330$) ; Cluster 2 : moyennement favorable sur l'évaluation du dépistage ($N = 244$).

(ii) Les clusters se différenciaient sur l'évaluation de la santé où les personnes du Cluster 1 pensaient davantage que la santé est importante ($M = 4.67$) que les personnes du Cluster 2 ($M = 4.44$; $t = 4.01$, $p < .001$) et reportaient avoir une meilleure expérience du milieu médical ($M = 3.70$) que les personnes du Cluster 2 ($M = 3.50$; $t = 3.26$, $p < .001$). Les personnes du Cluster 2 reportaient davantage manquer de temps pour prendre soin de leur santé ($M = 2.28$) que les personnes du Cluster 1 ($M = 1.97$; $t = 2.97$, $p = .003$).

(iii) Concernant les caractéristiques sociodémographiques, l'âge, le genre et le niveau d'étude n'étaient pas différents entre les deux clusters. Seule une différence tendancielle entre les deux clusters a été obtenue sur l'indice de déprivation sociale (du lieu d'habitation de la personne) où les personnes du Cluster 1 étaient moins déprivées ($M = -0.166$) que les personnes du Cluster 2 ($M = 0.216$; $t = -1.84$, $p = .066$).

(iv) Les clusters de croyances se différenciaient également sur le dépistage effectif qui était plus important pour les personnes du Cluster 1 (80.47 %) que pour les personnes du Cluster 2 (56.70 % ; $OR = 0.32$, $p < .001$).

Discussion-conclusion

Les analyses en clusters sur les croyances en santé ont permis d'identifier deux profils se différenciant essentiellement sur la perception du dépistage (facilité perçue, coût perçu et efficacité perçue) plutôt que sur la dimension de menace (sévérité, vulnérabilité). Ces profils se différenciant sur l'évaluation de la santé, cela soutient leur validité. Toutefois, nous notons que les caractéristiques sociodémographiques ne permettent pas de différencier les personnes sur leur profil de croyance. Enfin, les résultats ont montré que les profils de croyance ont permis de rendre compte des comportements de dépistage effectif. Ainsi, les personnes les plus favorables au dépistage sont celles ayant la participation au dépistage la plus élevée. Les résultats de cette étude suggèrent donc que les interventions devraient se focaliser davantage sur l'évaluation

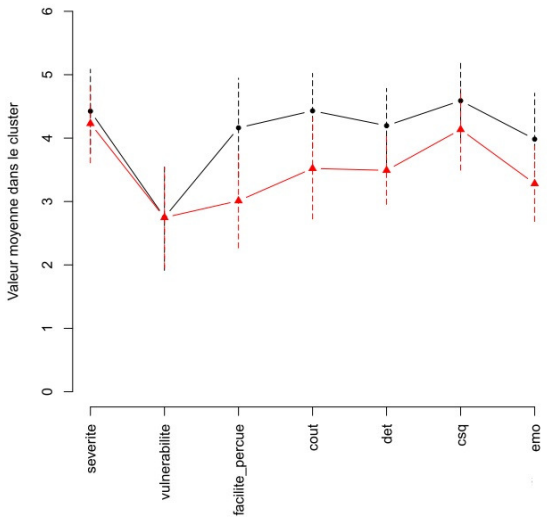


FIGURE 1 – Valeur moyenne des croyances dans le Cluster 1 (en haut) et le Cluster 2 (en bas).
det = efficacité du dépistage pour détecter un CCR, csq = efficacité du dépistage pour prévenir les conséquences du CCR, emo = efficacité du dépistage pour réduire les émotions négatives (pour rassurer).

du dépistage c'est-à-dire sur les perceptions de facilité, coût et efficacité. Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires d'une part pour répliquer ces résultats et d'autre part pour définir comment cibler davantage les personnes qui n'ont pas répondu au questionnaire et pour lesquelles il n'est donc pas possible d'établir des profils de croyances.

Remerciements

Nous remercions le Cancéropôle Nord-Ouest.

Références bibliographiques

Basagaña, X., Barrera-Gömez, J., Benet, M., Antö, J. M., & Garcia-Aymerich, J. (2013). A framework for multiple imputation in cluster analysis. *American Journal of Epidemiology*, 177, 718-725.

BeLue, R., Menon, U., Kinney, A. Y., & Szalacha, L. A. (2011). Psychosocial risk profiles among Black male veterans administration patients non-adherent with colorectal cancer screening. *Psycho-Oncology*, 20 (11), 1151-1160.

Kiviniemi, M. T. B. (2011). Individual-level factors in colorectal cancer screening : a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. *Psycho-Oncology*, 20 (10), 1023-1033.

La situation du cancer en France en 2012 (décembre 2012). Collection État des lieux et des connaissances, édité par l'Insitut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt. Retrouvé à partir de : `http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/629-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012`.

Rawl, S. M., Menon, U., Burness, A., & Breslau, E. S. (2012). Interventions to promote colorectal cancer screening : an integrative review. *Nursing Outlook*, 60 (4), 172-181. DOI : `10.1016/j.outlook.2011.11.003`.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change : a revised theory of protection motivation. *In* Cacioppo, B. L., & Petty L. L. (eds.), *Social Psychophysiology : a Source Book* (pp. 153-176). London : Guildford Press.

Troisième partie

Santé au travail

Gestion du stress professionnel : sensibilisation aux processus psychologiques et outils de gestion associés

Béatrice Brouette[1], Céline Stassart[2], Marie Dethier[3], Isabelle Bragard[2] et Anne-Marie Étienne[2]

[1] Université de Liège, FPLSE, Psychologie de la santé. Email : beatrice.brouette@ulg.ac.be
[2] ULg, Psychologie de la santé
[3] ULg, Psychologie comportementale et cognitive

Mots-clés : stress professionnel, burnout, prévention primaire.

Introduction

À l'heure où la notion de risques psycho-sociaux est intégrée dans la législation, ces risques doivent d'autant mieux être pris en charge par l'employeur. Le stress, problématique de santé générant des tableaux cliniques de burnout de plus en plus nombreux, fait l'objet de demandes grandissantes auprès des cabinets de psychothérapeutes. La prévention du stress nécessite de « conscientiser » les travailleurs à cette problématique qui peut être considérée tant sous l'angle collectif qu'individuel. D'un point de vue clinique, les programmes de gestion du stress en groupe d'inspiration TCC ne sont pas nouveaux ; ils visent à la réduction des symptômes liés au stress en offrant la possibilité aux travailleurs de découvrir des outils « implémentables » du moins en principe, dans le quotidien au travail.

L'objectif de cette étude, au-delà de la mesure par questionnaires des bénéfices du programme, est d'affiner et de cerner les processus psychologiques impactés par ce type de programme.

Méthode

L'échantillon comprend 23 membres du personnel provenant de l'Université de Liège, toutes catégories professionnelles confondues s'inscrivant librement à la formation (moyenne d'âge : 41 ans ; écart-type de +/- 9) ; 18 femmes / 5 hommes).

Sur base des programmes classiques de gestion du stress d'inspiration TCC (Murphy, 1996), le programme a été construit sur 5 séances d'1h15 consacrées aux techniques de relaxation et cinq autres séances plus théoriques axées sur la prise de connaissance des processus en jeu dans le stress et des outils qui en sont dérivés : mise au point de la définition du concept et intérêt de distinguer le déclencheur de la réponse (Selye, 1956) ; présentation du modèle de Karasek (1990) pour identifier les facteurs extrinsèques à la personne renvoyant à l'évaluation des variables de contexte et du modèle de Lazarus (1991) permettant de spécifier l'importance des processus d'évaluation cognitive, le degré d'évaluation de la menace, l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité ; intervention sur les comportements par le biais d'une séance sur la gestion du temps mettant le focus sur la procrastination et le perfectionnisme ; réflexion sur la qualité de vie permettant d'insister sur le rôle des attentes et de l'inévitable écart entre l'idéal et la réalité ; enfin un moment est accordé à la réflexion sur la « work-life balance » avec une prise de conscience de l'impact des technologies de l'information sur les frontières de plus en plus floues. Les séances pratiques de relaxation alternent avec les séances plus théoriques. Une séance de feed-back individuel est proposée en fin de module ; cette séance vise à faire le point sur les données métriques et sur les bénéfices retirés du suivi.

Avant et après l'intervention, les participants complètent différents questionnaires psychologiques : l'Oldenberg Burnout Inventory (OLBI ; Demerouti & Bakker, 2008), qui mesure le burnout au travers de l'évaluation de l'état de fatigue lié au travail et au travers de l'engagement dans les tâches ; le Stress professionnel positif négatif (SPPN ; Barbier & Hansez, 2008) mesurant l'*eustress* (stress à valence positive) ou le *distress* (stress à valence négative) face à la situation de travail ainsi que le Solution Focused Inventory (SFI ; Grant *et al.*, 2012, traduit par Étienne, 2012) mesurant le positionnement « orienté solution » face aux problèmes.

Résultats

Le test des rangs de Wilcoxon indique une différence significative ($p = 0{,}00057$) dans le sens d'une diminution du stress négatif qui d'élevé au départ devient moyen entre le temps 1 et le temps 2 : ($N = 21$) $u = 26{,}524$ (+/- 5,492), et $u^2 = 23{,}571$ (+/- 5,249) suggérant un effet bénéfique du programme.

Discussion

Au-delà des données statistiques, les entrevues de feed-back individuel consécutives à ces groupes confirment l'intérêt de conceptualiser ce type de programme sous forme de modèle « processuel ». Ainsi, transposant le modèle de Kinderman (2005) au stress professionnel, celui-ci peut être élaboré via la médiation d'une série de processus psychologiques dont les évaluations cognitives, les attentes, le perfectionnisme, processus

eux-mêmes influencés par des facteurs biologiques (vulnérabilité et sensibilité au stress et à l'anxiété) et par des facteurs sociaux (le type d'emploi et ses caractéristiques) et circonstanciels (variables de l'environnement). Notre programme avant tout informatif, favorise la motivation et l'intention de changement grâce à la compréhension des mécanismes en jeux dans le stress ; il induit chez les participants une autre perception du stress, une meilleure compréhension des mécanismes et processus contribuant au maintien ou au renforcement du stress.

Cependant, l'implémentation de changement sur le plan du comportement nécessiterait une phase d'intervention complémentaire sous forme collective ou individuelle. Le dispositif individuel idéal est la psychothérapie qui favorise la spécification émotionnelle et la possibilité de mener un travail approfondi sur les processus psychologiques. Au delà de l'approche individuelle par le biais des processus intra-personnels liés au stress, les organisations ont la responsabilité collective de viser à une approche managériale tenant compte du débordement cognitif des travailleurs exerçant des fonctions intellectuelles (Zacklad, 2000). L'approche du stress au travail et du burnout nécessite la combinaison des approches clinique et organisationnelle, la responsabilité de la souffrance n'incombant pas qu'à l'Individu ou à l'Organisation.

Références bibliographiques

Barbier, M., & Hansez, I. (2008). Le questionnaire de Stress Professionnel Positif et Négatif : validation interne. *In* Pettersen, N., Boudrias, J. S., Savoie, A. (éds.). *Entre tradition et innovation, comment transformons-nous l'univers du travail ? Actes du 15e Congrès de psychologie du travail et des organisations de langue française.*

Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory : a good alternative to measure burnout and engagement. *In* Halbesleben, J. R. B. (ed.), *Stress and burnout in health care*. Nova Science Publishers.

Grant, A. M., Cavanagh, M. J., Kleitman, S., Spence, G., Lakota, M., & Yu, N. (2012). Development and validation of the solution-focused inventory. *The Journal of Positive Psychology*, 7 (4), 334-348.

Karasek, R. (1990). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organisational Behaviour*, 11, 171-185.

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Rev Psychiat*, 13, 206-217.

Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. *Journal of Social Behavior an Personality*, 6, 1-13

Murphy, I. R. (1996). Stress management in work settings : a critical review of health effects. *AmJ Health Promot*, 11, 112-135.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York : McGraw-Hill.

Zacklad, M. (2000). La théorie des Transactions intellectuelles : une approche gestionnaire et cognitive pour le traitement du COS. *Intellectica*, 1 (30), 195-222.

Épuisement professionnel d'éducateurs et d'accompagnants intervenant auprès de personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme

Émilie Cappe[1], Marie-Caroline Rougé[1] et Émilie Boujut[1-2]

[1] Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS – EA 4057), Institut de psychologie, université Paris-Descartes – Sorbonne Paris-Cité, 71, avenue Édouard-Vaillant 92100 Boulogne-Billancourt, France. Email : emilie.cappe@parisdescartes.fr
[2] ESPE de l'académie de Versailles, Université de Cergy-Pontoise, 5, rue Pasteur, 78100 Saint-Germain-en-Laye

Mots-clés : épuisement professionnel, éducateurs, accompagnants, trouble du spectre de l'autisme.

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se caractérise par des atteintes du développement cognitif, un déficit persistant dans la communication et l'interaction sociale, ainsi que par des comportements, intérêts et activités restreints et répétitifs (APA, 2013). Les personnes qui travaillent auprès d'enfants TSA présentent un niveau de stress élevé (Ruble, Toland, Birdwhistell, McGrew & Usher, 2011). Néanmoins, peu d'études se sont intéressées au *burnout* de ces professionnels. Le *burnout* se caractérise par un épuisement émotionnel (fatigue, froideur, incapacité à récupérer) qui peut entraîner un détachement (attitudes négatives, cyniques et méprisantes, relation dépersonnalisée) et réduire le sentiment d'accomplissement personnel (Maslach & Leiter, 1997/2011). Des relations négatives ont été montrées auprès de populations variées (infirmiers, enseignants, médecins) entre *burnout* et sentiment d'auto-efficacité (Schwarzer & Hallum, 2008). Des relations positives entre *burnout et* stress perçu (Schwarzer & Hallum, 2008) ou *coping* centré sur les émotions sont aussi connues (Gibbons, 2010).

Méthode

Cette étude exploratoire a pour objectif d'étudier les antécédents psychosociaux et les processus transactionnels pouvant influencer le *burnout* de professionnels de l'éducation spécialisée travaillant auprès d'individus TSA. Quatre-vingt-deux professionnels ont participé à l'étude : 22 éducateurs spécialisés et 18 moniteurs-éducateurs, 23 accompagnants diplômés d'un Master de psychologie et 19 en cours de formation. Le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) est un cadre théorique approprié à l'étude de cette situation professionnelle stressante spécifique et peu étudiée. Des analyses de variance ont été effectuées afin d'évaluer les différences intergroupes, ainsi que des régressions linéaires multiples pour évaluer l'effet prédicteur des antécédents psychosociaux et des processus transactionnels sur le *burnout*.

Tableau 1 – Variables mesurées.

Antécédents psychosociaux	Socio-biographiques	Âge, sexe, niveau d'étude, formation
	Empathie cognitive / émotionnelle	Empathy Quotient (EQ)
	Sentiment d'auto-efficacité	General Self-Efficacy Scale (GSE)
Processus transactionnels (consignes situationnelles, spécifiques au travail auprès d'individus TSA)	Stress perçu	Appraisal of Life Events Scale (ALES)
	Soutien social perçu	Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP)
	Stratégies de coping	Ways of Coping Checklist - Revised (WCC-R)
Issue adaptative	*Burnout*	Maslach Burnout Inventory (MBI)

Résultats

Tout d'abord, 43,9 % des participants présentent un épuisement émotionnel modéré à élevé, 20,7 % un niveau de dépersonnalisation modéré à élevé, et 45,1 % un sentiment d'accomplissement personnel modéré à réduit. Seule la différence de moyennes au sous-score dépersonnalisation du MBI entre les moniteur-éducateurs (M = 4,6 et ET = 4,5) et les accompagnants diplômés (M = 1,5 et ET = 5,4) est significative ($F_{(3,82)}$ = 3,23, $p < 0{,}05$, Eta^2 = 0,11). La matrice de corrélations réalisée sur l'ensemble de l'échantillon indique tout d'abord pour la dimension épuisement émotionnel des corrélations significatives positives avec cette expérience professionnelle perçue comme une menace et une perte (r = 0,43) et les stratégies de *coping* centrées sur les émotions (r = 0,38), et une corrélation significative et négative avec cette expérience professionnelle auprès de personnes TSA perçue comme un défi (r = -0,23). De plus, les résultats montrent pour la dimension dépersonnalisation des corrélations signifi-

catives positives avec l'expérience professionnelle perçue comme une menace et une perte (r =0,44) et les stratégies de *coping* centrées les émotions ($r = 0{,}30$). Enfin, pour la dimension accomplissement personnel, des corrélations significatives positives sont retrouvées avec le sentiment d'auto-efficacité ($r = 0{,}45$), l'expérience professionnelle perçue comme un défi ($r = 0{,}47$) et les stratégies de *coping* centrées sur le problème ($r = 0{,}34$). L'analyse de régressions linéaires multiples révèle que les variables étudiées expliquent 25 % de la variance de l'épuisement émotionnel ($F_{(3,82)} = 9{,}91$, $p < 0{,}001$) et celles qui y contribuent de façon significative sont l'expérience perçue comme une menace et une perte ($\beta = 0{,}32$, $p < 0{,}01$) et les stratégies de *coping* centrées sur les émotions ($\beta = 0{,}28$, $p < 0{,}01$). Pour la dépersonnalisation, le modèle explique 21 % de la variance ($F_{(3,82)} = 11{,}77$, $p < 0{,}001$) et l'expérience professionnelle perçue comme une menace et une perte y contribue significativement ($\beta = 0{,}39$, $p < 0{,}001$). Enfin, concernant l'accomplissement personnel, le modèle explique 33 % de la variance ($F_{(3,82)} = 14{,}10$, $p < 0{,}001$) et les variables qui y contribuent significativement sont l'auto-efficacité ($\beta = 0{,}32$, $p < 0{,}01$) et l'expérience professionnelle perçue comme un défi ($\beta = 0{,}33$, $p < 0{,}01$).

Conclusion

Les résultats confirment la difficulté du travail éducatif auprès d'individus TSA et montrent que plus les professionnels perçoivent la situation comme une menace et une perte, et plus ils utilisent des stratégies de *coping* centrées sur les émotions, plus ils sont à risque d'éprouver de l'épuisement émotionnel et du détachement. Au contraire, plus ils perçoivent la situation comme un défi, et plus ils présentent un sentiment d'auto-efficacité élevé, moins ils sont à risque de présenter un sentiment d'échec concernant leur accomplissement personnel. Ainsi, la façon dont les éducateurs et les accompagnants perçoivent leur situation professionnelle et leurs compétences apparaît comme une variable décisive dans l'explication du *burnout*.

Références bibliographiques

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington DC : American Psychiatric Association.

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

Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1299-1309.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2011). *Burnout. Le syndrome d'épuisement professionnel* (trad. V. Gourdon). Paris : Les Arènes. [Ouvrage original publié en 1997 sous le titre *The Truth about Burnout. How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It.* San Francisco, CA : Jossey-Bass.]

Ruble, L. A., Toland, M. D., Birdwhistell, J., McGrew, J. H., Usher, E. L. (2011). Preliminary investigation of the sources of self-efficacy among teachers of students with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26, 67-74.

Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout : mediation analyses. *Applied Psychology : an International Review*, 57, 152-171.

Demande émotionnelle, dissonance émotionnelle et burnout : l'effet modérateur de l'expressivité émotionnelle

Pascale Chapaux-Morelli et Lionel Dagot

LAPPS – Laboratoire parisien de psychologie sociale.
Emails : pasc.cm@virgilio.it – lionel.dagot@iedparis8.net

Mots-clés : demande émotionnelle, dissonance émotionnelle, burnout, expressivité émotionnelle.

Introduction

Le travail émotionnel est désormais un sujet d'étude répandu, souvent envisagé en relation avec la dissonance émotionnelle, le stress, et le burnout. Mais, si les caractéristiques personnelles des individus en relation avec les situations de stress au travail ont suscité quelques recherches, l'expressivité des émotions que nous avons insérée ici a jusqu'à présent été peu investiguée et, bien que les effets de la dissonance émotionnelle aient fait l'objet de nombreuses études, son lien avec l'expressivité des émotions en tant que contexte aux échanges sur le lieu de travail, éventuelle « ressource » au travail émotionnel et antagoniste possible à l'apparition du burnout, n'a pas encore été approfondi. Notre étude a donc pour objectif majeur de déterminer dans quelle mesure ce facteur peut avoir une incidence sur les demandes et leurs conséquences, dans le cadre professionnel. Comme suggéré par d'autres auteurs (Iltaf & Gulzar, 2013), nous avons distingué les émotions positives, négatives et la force impulsive, grâce à la participation de 400 employés de 7 pays, dont la plupart sont en contact avec des usagers dans leur emploi. Outre l'hypothèse de relation directe entre demande émotionnelle et dissonance, l'hypothèse majeure est celle d'un effet de modération de l'expressivité des émotions sur la relation entre ces deux variables, de même que sur la relation entre la dissonance émotionnelle et le burnout. Le cadre théorique est celui

du Job Demand-Resources Model qui est parmi les modèles de premier plan concernant le stress au travail, et part du principe que le bien-être et la santé du travailleur dépendent de l'équilibre entre les paramètres positifs (les ressources) et négatifs (les demandes) qui caractérisent son contexte de travail.

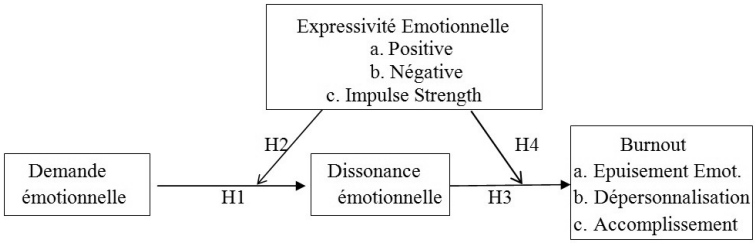


Figure 1 – Modèle de recherche – variable contrôle : individualisme.

Méthodologie

POPULATION : 400 participants, dans 6 pays (France, Italie, Maroc, Chine, Ukraine, Russie, USA), dont 356 en contact avec des usagers dans leur travail. La moyenne d'âge est de 38 ans ; l'ancienneté moyenne, de 13,9 ans. Les participants ont répondu à un questionnaire en ligne dans leur langue maternelle. MESURES : *Demande émotionnelle* : Échelle de Bakker, Demerouti, and Schaufeli (2003). *Dissonance émotionnelle* : Échelle de dissonance émotionnelle de Zapf *et al.* (1999). *Expressivité* : Emotional Expressivity Questionnaire, par Gross et John (1997), à 3 dimensions : Expressivité Positive, Expressivité Négative, Impulse Strength. *Burnout* : Versions du Maslach Burnout Inventory validées dans les langues des pays étudiés (voir Bibliographie). L'alpha de Cronbach est de .84 pour l'épuisement émotionnel, .74 pour la dépersonnalisation, et .75 pour l'accomplissement.

Résultats

Statistiques descriptives

L'expressivité des émotions positives est corrélée négativement et significativement avec le burnout, r étant négatif dans la relation avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais positif dans la relation avec l'accomplissement personnel. Par ailleurs, la demande émotionnelle est corrélée positivement avec la dissonance émotionnelle, avec l'expressivité des émotions, et avec le burnout, mais non avec l'accomplissement. La dissonance émotionnelle est corrélée négativement avec l'expressivité négative, et corrélée positivement avec l'Impulse Strength, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais pas avec l'accomplissement personnel, ce qui confirme les résultats d'auteurs, comme Dagot (2014). Les trois dimensions de l'expressivité des émotions sont corrélées positivement entre elles, ce qui confirme les résultats obtenus par Gross et John (1997).

Tableau 1 – Moyennes, écarts-types, et corrélations (n = 400).

	M	*SD*	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Demande émotionnelle	3.46	.82	-	-	-	-	-	-	-	-
2.Dissonance émotionnelle	3.45	.92	.53**	-	-	-	-	-	-	-
3.Expressivité positive	3.90	.73	.14**	-.02	-	-	-	-	-	-
4.Expressivité négative	3.00	.56	.12**	-.12*	.47**	-	-	-	-	-
5.Impulse Strength	3.58	.75	.25**	.10	.50**	.44**	-	-	-	-
6.Épuisement émotionnel	2.65	.85	.39**	.36**	-.13*	.03	.12*	-	-	-
7.Dépersonnalisation	2.16	.86	.24**	.31**	-.16*	-.04	.04	.59**	-	-
8.Accomplissement perso.	3.73	.64	.05	.02	.23**	-.08	.01	-.23**	-.19**	-
9.Individualisme	-	-	.16*	.02	-.03	.14*	.12*	-.07	-.18**	-.24**

Résultats des régressions hiérarchiques

L'effet direct de la demande émotionnelle sur la dissonance émotionnelle (H1) est vérifié ($ß = .53$, $p < .05$), et le niveau de dissonance émotionnelle induit par la demande émotionnelle (H2b) est plus faible lorsque l'expressivité négative est élevée ($ß = .15$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .02$, $p < .05$). L'effet direct de la dissonance émotionnelle sur l'épuisement émotionnel (H3a) ($ß = .33$, $p < .01$) et la dépersonnalisation (H3b) ($ß = .32$, $p < .01$) est vérifié. Concernant les effets d'interaction sur le burnout qui nous intéressent particulièrement, l'effet d'interaction entre la dissonance émotionnelle et l'expressivité émotionnelle est vérifié sur l'épuisement émotionnel (H4a) et sur la dépersonnalisation (H4b). Par exemple, quand la dissonance est élevée, une faible expressivité négative permet de ressentir un épuisement émotionnel moindre. ($ß = .15$, $p < .05$, $\Delta R^2 = .02$, $p < .05$).

Conclusion

Les résultats confirment en grande partie nos hypothèses. La demande émotionnelle détermine significativement la dissonance émotionnelle, et cet effet est modéré par l'expressivité négative. Par ailleurs, l'effet de la dissonance sur le burnout est modéré par l'expressivité positive, négative, et par l'Impulse Strength, concernant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Pour autant, le contexte de demande et dissonance émotionnelles fortes reste déterminant. Les limites et les perspectives de cette étude résident tout d'abord dans la pertinence éventuelle de situer la distinction

au niveau des émotions discrètes, et non au niveau plus général du type d'émotion : le fait de considérer les émotions positives et négatives pourrait être un filtre d'observation à maille trop large. Par exemple, parmi les émotions négatives, la colère et le dégoût n'ont pas le même statut expressif. Par ailleurs, de futures recherches pourraient investiguer plus avant l'effet de la variable "Individualisme".

Références bibliographiques

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Dual processes at work in a call centre : an application of the job demands-resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 393-417.

Dagot, L., & Perié, O. (2014). Le burnout et la dissonance émotionnelle dans l'activité de care en centre d'appel. *Le Travail humain*, 2 (27).

Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings : facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings and behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (2), 443-448.

Hu, Q., & Schaufeli, W. B. (2009). The factorial validity of the Maslach burnout inventory-student survey in China. *Psychologist*, 105, 394-408.

Iltaf, H., & Gulzar, A. (2013). Impact of expressivity and impulse strength on burnout and turnover intentions : mediating role of deep acting. *Journal of Business and Management*, 7 (4), 62-67.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI : Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.

Sirigatti, S., & Stefanile, S. (1993). *MBI : Maslach Burnout Inventory* (adattamento italiano). Firenze : Giunti Organizzazioni Speciali.

Vodopyanova, N. E., Starchenkova, E. S., & Nasledov, A. D. (2013). *The standardized Questionnaire "Professional burnout" for Specialists of Socionomic Professions*. Vestnik St. Petersburg University, 4, 17-27.

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress : the concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.

La santé psychologique au travail chez des enseignants du secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Geoffroy Douillié*, Sébastien Henrard et Agnès Van Daele

Service de psychologie du travail, Université de Mons, 18, place du Parc, 7000 Mons, Belgique
* Auteur correspondant : geoffroy.douillie@umons.ac.be

Mots-clés : santé psychologique au travail, bien-être, détresse, climat organisationnel, enseignants.

Introduction

L'enseignement renvoie à une profession à risques en ce qui concerne la santé psychologique au travail (SPT). Ces risques se manifestent par une proportion non négligeable d'enseignants en état de stress élevé, de burnout, d'abandon précoce du métier... (Hansez, Bertrand, De Keyser & Pérée, 2005 ; Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006 ; Houlfort & Sauvé, 2010). Ces risques sont fréquemment mis en relation avec les conditions de travail dans l'enseignement et leur perception par les enseignants. Il convient de souligner que jusqu'à présent, la SPT des enseignants a surtout été étudiée à travers des indicateurs captant le pôle négatif. Ceci a notamment servi à révéler « le mal-être des enseignants » (Baie, 2008 ; Benhenda, 2012). Or, dans une perspective de prévention, étudier le pôle positif (le bien-être) ainsi que ses déterminants se révèle tout à fait pertinent. Notre recherche s'inscrit dans cette perspective. Elle s'appuie sur le modèle élaboré par l'équipe de Brunet et Savoie de l'université de Montréal, qui envisage la SPT comme un construit bidimensionnel comprenant une dimension positive (le bien-être psychologique au travail) et une dimension négative (la détresse psychologique au travail) (Brunet, Savoie & Boudrias, 2009 ; Gilbert, 2009 ; Gilbert, Dagenais-Desmarais & Savoie, 2011). Dans ce modèle, la SPT est également conçue comme un système dynamique incluant des ressources personnelles et organisationnelles ainsi que des variables modératrices et médiatrices, sur lesquelles il est possible d'agir. En s'appuyant sur ce modèle, notre recherche vise à appréhender l'état de

santé psychologique au travail d'enseignants du secondaire en Fédération Wallonie Bruxelles. Elle vise aussi à relier cet état avec différentes variables individuelles (âge, sexe, diplôme, intention d'exercer jusqu'à la retraite...) et situationnelles (école, réseau, type d'enseignement, climat organisationnel...).

Méthode

Afin d'atteindre les objectifs de la recherche, nous avons construit un questionnaire comprenant six parties. Deux parties sont constituées de questions fermées visant à recueillir chez les répondants des informations liées à leur travail et à des caractéristiques personnelles. Deux autres parties sont constituées des échelles de mesure des manifestations du bien-être psychologique au travail et de la détresse psychologique au travail, permettant de mesurer les deux dimensions de la SPT (Gilbert *et al.*, 2011). Une autre partie est constituée de 17 items mesurant le climat organisationnel, qui sont issus de l'échelle de Roy (1989, cité par Gilbert *et al.*, 2011). Enfin, une dernière partie renvoie à une question ouverte relative au vécu de situations problématiques en termes de bien-être au travail. 621 enseignants du secondaire ont répondu sur base volontaire au questionnaire. Leur âge moyen est de 41,30 ans (σ = 11,09 ans) et leur expérience moyenne est 14,78 ans (σ = 11,01 ans). Ils sont issus de 40 écoles différentes en Fédération Wallonie Bruxelles. Ils enseignent dans les trois réseaux et aux trois types (général, technique et professionnel). Il s'agit très majoritairement de femmes (65 %).

Principaux résultats

État de santé psychologique des enseignants

En réduisant chacune des deux dimensions de la SPT à une variable à deux niveaux (un niveau haut et un niveau bas), il est possible de caractériser 4 types d'état de SPT : bonne santé, santé paradoxale, santé aliénée et mauvaise santé (Savoie, 2010). En suivant cette approche, nous observons que la majorité des enseignants interrogés (56 %) ne présente pas un état de bonne santé psychologique au travail (*cf.* tableau 1).

Tableau 1 – Répartition des répondants par type d'état de santé psychologique au travail.

Dimensions expérientielles de la SPT	Détresse basse	Détresse haute	Total
Bien-être haut	44.3 % (santé bonne)	10.8 % (santé paradoxale)	55.1 %
Bien-être bas	15.9 % (santé aliénée)	29 % (santé mauvaise)	44.9 %
Total	60.2 %	39.8 %	

Lien entre SPT et climat organisationnel

Les résultats montrent un lien significatif entre la SPT et le climat organisationnel. En effet, plus le climat organisationnel est perçu positivement, plus le bien-être psychologique au travail est élevé ($r = 0.516$; $p < 0.01$). Plus le climat organisationnel est perçu négativement, plus la détresse psychologique au travail est élevée ($r = -0.531$; $p < .01$). Lorsqu'on compare le climat organisationnel perçu chez les enseignants selon les quatre types d'état de SPT, on constate des différences significatives ($F = 43{,}14$; $p < .01$). Les tests post-hoc montrent que ces différences concernent toutes les comparaisons de groupes 2 à 2, à l'exception de la comparaison « paradoxale vs aliénée ». Ce sont les enseignants en « bonne santé » qui sont caractérisés par le score moyen de climat organisationnel perçu le plus élevé et les enseignants en « mauvaise santé », par le score le plus faible.

SPT et autres variables

La variable diplôme a un effet significatif à la fois sur le bien-être ($F = 2.351$; $p = .05$) et sur la détresse ($F = 2.229$; $p = .04$). Les porteurs d'un diplôme autre que pédagogique présentent plus de bien-être et moins de détresse, et les enseignants n'ayant pas de diplôme ont moins de bien-être et plus de détresse. Enfin, les enseignants qui n'ont pas l'intention d'exercer jusqu'à la retraite ont un niveau significativement plus élevé de détresse ($t = 3.995$; $p < .001$).

Discussion-conclusion

Nos résultats vont dans le sens de ceux déjà obtenus dans d'autres recherches (Brunet & Nelson, 2010 ; Desrumaux, Boudrias, Ntsame-Sima & Hatier, 2012). Ainsi, les résultats relèvent qu'une proportion non négligeable d'enseignants ne présente pas un état de bonne SPT (bien-être haut et détresse basse). De plus, ils confirment le lien entre la SPT et le climat organisationnel. Améliorer le climat de travail au sein des écoles serait donc une piste d'action importante en matière de SPT des enseignants. D'autres pistes sont à rechercher au niveau de la formation puisque les résultats montrent aussi un effet du diplôme. Il conviendrait en particulier d'approfondir l'analyse d'un résultat a priori surprenant : ce sont les enseignants qui ont un diplôme autre que pédagogique qui présentent le plus de bien-être. Enfin, nos résultats suggèrent que pour retenir plus longtemps les enseignants au travail, il est important de ne pas négliger la promotion de leur bien-être au travail (ou tout au moins la prévention de leur détresse). Cette recherche présente plusieurs limites et il convient de rester prudent par rapport à la portée des résultats obtenus. La principale limite réside dans l'échantillon occasionnel. Ceci pourrait entraîner notamment une surreprésentation des enseignants en état de mal-être.

Références bibliographiques

Baie, F. (2008). Le malaise des enseignants dans le secondaire : un iceberg provoqué par des tensions humaines ? *Étude UFAPEC*, 18 (8).

Benhenda, A. (2012). Existe-t-il un « malaise enseignant » ? *Regards croisés sur l'économie*, 12, 259-262.

Brunet, L., Savoie, A., & Boudrias, J.-S. (2009). La santé psychologique au travail : au-delà de la notion du stress. *Revue InDirect*, 16, 65-75.

Brunet, L., & Nelson, K. (2010). Le rôle du climat organisationnel dans la satisfaction et la santé psychologique des enseignants. *XVI^{e} congrès de l'Association international de psychologie du travail de langue française (AIPTLF)*. Lille.

Desrumaux, P., Boudrias, J.-S., Ntsame-Sima, M., & Hatier, D. (2012). Prédire la santé psychologique au travail (bien-être et détresse) chez les enseignants : une comparaison entre la France et le Québec. *VII^{e} congrès de l'AFPSA sur « Individus, familles et société »*. Lille.

Gilbert, M.-H. (2009). *La santé psychologique au travail : conceptualisation, instrumentation et facteurs organisationnels de développement.* Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal.

Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61, 195-203.

Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43 (6), 495-513.

Hansez, I., Bertrand, F., De Keyser, V., & Pérée, F. (2005). Fin de carrière des enseignants : vers une explication du stress et des retraites prématurées. *Le Travail humain*, 68, 193-223.

Houlfort, N., & Sauvé, F. (2010). *Santé psychologique des enseignants de la Fédération autonome de l'enseignement.* Montréal : École nationale d'administration publique.

Savoie, A. (2010). Surenchère de la non-santé psychologique au travail. *Le Journal des psychologues*, 283, 31-34.

Sénéchal, C., Boudrias, J.-S., Brunet, L., & Savoie, A. (2008). L'épuisement professionnel des enseignants en début de carrière. *Psychologie du travail et des organisations*, 14 (4), 311-320.

Expliquer « l'inexplicable » : les aides soignants confrontés à la prise en charge des personnes cérébro-lésées graves

Magali Huet[1], Lionel Dany[1-2] et Thémis Apostolidis[1]

[1] Université Aix-Marseille, LPS EA 849, 13621, Aix-en-Provence, France
[2] APHM, Timone, Service d'oncologie médicale, 13385, Marseille, France
Emails : magali.huet@etu.univ-amu.fr – lionel.dany@univ-amu.fr – themistoklis.apostolidis@univ-amu.fr

Mot-clés : soignants et proches aidants, maladie chronique, communication, travail.

Introduction

Après un traumatisme crânien, certains troubles touchent les fonctions cognitives, les aspects pragmatiques du langage et le comportement (*e.g.* apathie, agressivité) (Azouvi, 2009). L'ambiguïté et à la complexité des troubles, ainsi que leur invisibilité (McClure, 2011), confrontent les soignants à un manque d'information (Han, Klein & Arora, 2011). Cette situation d'incertitude interroge l'adéquation des soins aux besoins de la personne cérébro-lésée (PCL). Ainsi, les soignants doivent donner du sens quand la connaissance fait défaut à partir des construits psychosociaux (représentations, croyances). Ceux-ci visent l'explication de l'inexplicable, et la maîtrise des comportements des PCL et des situations de soins.

La relation thérapeutique peut effectivement être appréhendée à travers un travail de contextualisation (Morin & Apostolidis, 2002) qui implique de prendre en compte le rôle des croyances et représentations qui donne sens et forme à cette relation. Dans cette perspective, le modèle de la « situation thérapeutique » (Dany, Dudoit, Salas & Duffaud, 2014) met l'accent sur le rôle de certains pré-construits psychosociaux sur le déroulement de la relation thérapeutique. L'étude des Représentations sociales (RS) de la PCL élaborées par les soignants peut permettre d'accéder aux « logiques » qui président aux pratiques professionnelles. En effet, les RS constituent « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003,

p. 53). Or, dans un contexte d'incertitude inhérent à un manque d'information, ces connaissances sociales peuvent permettre d'identifier les événements étranges, de leur attribuer du sens, de les maîtriser et de guider les interactions et les pratiques de soin (Jodelet, 2003).

L'objectif de notre étude était de décrire le contenu des RS de la PCL chez des Aides soignantes (AS) et Aides médico-psychologique (AMP) travaillant auprès de PCL, d'expliciter leur rôle dans la gestion de l'incertitude et l'appréhension des comportements des PCL, enfin, de les articuler avec les pratiques de soin.

Méthode

Notre étude constitue la première phase de diagnostic psycho-social d'une recherche action qui se réalise dans le cadre d'une collaboration scientifique avec un établissement d'hébergement de long séjour du sud-est de la France, accueillant 109 PCL graves. Un guide d'entretien de recherche a été construit explorant le travail des AS et AMP, puis leurs représentations de la PCL. Nous avons réalisé 23 entretiens (14 AS, 9 AMP) qui ont chacun fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Bardin, 1977).

Résultats

Les représentations sociales de la personne cérébro-lésée

Les soignants décrivent la PCL comme porteuse de troubles divers (moteurs, cognitifs), multiples et fluctuant dans le temps et selon les situations. Les soignants organisent ces profils séquellaires dans une grille de lecture structurée par deux axes qui se croisent : l'un concernant les capacités cognitives, l'autre les capacités motrices. Les soignants distinguent deux profils particuliers : les « frontaux » et les « végétatifs ». Les « frontaux » se caractérisent par des lésions du lobe frontal et des comportements agressifs en lien avec d'importants déficits cognitifs. Les « végétatifs » présentent une absence de conscience apparente et des fonctions motrices très altérées.

Des pratiques professionnelles « sous contraintes »

La communication verbale et non verbale est altérée par l'ensemble des troubles (cognitifs, émotionnels). Pour rendre l'échange relationnel plus fiable, les soignants ont recours à un répertoire de pratiques professionnelles spécifiques, par exemple répéter, demander un feed-back, poser des questions simples. Aussi, ils « se mettent à la place de » la personne pour (re)construire le vécu émotionnel et les pensées possibles de la PCL et dispenser le soin le moins inadapté. Pour faire face aux comportements agressifs, les soignants évaluent les capacités de la PCL à comprendre le monde, ses actes et ses troubles. Ainsi, ils la considèrent comme « consciente » ou « non consciente » de son comportement et ils orientent leurs réponses selon cet état d'intentionnalité déterminé : leurs actions ciblent la personne lorsqu'elle est « consciente » (*i.e.* recadrer ses comportements ou ses paroles, expliquer les règles sociales) ; leurs actions ciblent l'environnement lorsqu'elle est « non consciente » (*i.e.* isoler, laisser-faire).

Redéfinir les pratiques professionnelles au regard de la relation soignant-soigné

Les soignants s'engagent dans un travail de (re)construction de l'identité de la PCL dont la finalité est d'acquérir une connaissance de la personne exempte de troubles. Pour les soignants, la personnalité peut être l'objet de modifications sous l'effet des lésions cérébrales. Ils perçoivent une exacerbation des traits de personnalité préexistant avant l'accident ou un changement opposé de ces traits (*e.g.* une personnalité « difficile » deviendra agressive ou apathique). À partir de cette connaissance de la personne, les soignants individualisent leurs soins pour intervenir plus efficacement en situation difficile ou prévenir les difficultés.

Discussion

Expliquer l'inexplicable constitue une nécessité. Les caractéristiques des troubles (multiples, fluctuants, invisibles) provoquent des situations de soin incertaines et changeantes. Les soignants recherchent à les structurer et les contrôler à partir de leurs RS de la PCL. Expliquer l'inexplicable constitue un processus. Les soignants mettent du sens aux comportements et situations qu'ils rencontrent leur attribuant des causes qu'ils puissent dans le contenu des RS de la PCL. Les situations sont plus familières et cette compréhension permet d'orienter les pratiques de soin. Expliquer l'inexplicable constitue un contenu. Ce savoir commun est construit à partir d'autres connaissances communes, de croyances, de connaissances scientifiques et de pratiques professionnelles. Pour conclure, l'étude des RS des soignants permet de reconstituer les logiques internes qui président à la mise en œuvre des pratiques professionnelles et de comprendre comment les connaissances sociales contribuent à l'élaboration de la situation thérapeutique.

Références bibliographiques

Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25, 66-68.

Dany, L., Dudoit, E., Salas, S., & Duffaud, F. (2014). Les représentations des soins palliatifs. *In* M. Saint-Jean & F. Bastiani (éds.), *Soin et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement* (pp. 143-164). Paris : Seli Arslan.

Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care : a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31 (6), 828-838.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

McClure, J. (2011). The role of causal attributions in public misconceptions about brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56 (2), 85-93.

Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. *In* G.-N. Fischer (éd.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463-489). Paris : Dunod.

Peyla, L., Dany, L., Dudoit, E., Duffaud, F., & Salas, S. (2014). Oncologists facing pain : a qualitative study. *Psycho-Oncologie*, 8, 215-221.

Étude des facteurs psychosociaux permettant de predire un bon ajustement au métier de saisonnier : étude en station de sport d'hiver

Mathieu Jay, Xavier Borteyrou et Didier Truchot

Université de Franche-Comté
Emails : mathieujay073@gmail.com – xavier.borteyrou@univ-fcomte.fr – didier.truchot@univ-fcomte.fr

Mots-clés : stress, travail, facteurs psychosociaux, stratégies de coping.

Introduction

Les travailleurs saisonniers constituent un groupe professionnel très peu étudié. Ils sont pourtant exposés à des stresseurs spécifiques, qui les conduisent parfois à abandonner leur poste de travail (Dethyre, 2007).

Les objectifs de notre recherche consistent à évaluer les différents facteurs endogènes (personnalité, stress, représentations, stratégies d'ajustement face au stress inadaptées, etc.) et exogènes (conditions de logement, charge de travail, taille de l'entreprise, etc) qui peuvent influencer et prédire le bien-être au travail des saisonniers ainsi que leur capacité à aller jusqu'au bout de la saison. (stress au travail, engagement, satisfaction au travail, performance).

Méthode

Dans un premier temps, 40 entretiens exploratoires ont été menés pour identifier quelles étaient les représentations sociales de leur futur métier, afin de générer un questionnaire.

Dans un deuxième temps, 178 volontaires saisonniers ont répondu aux évaluations suivantes sur les 3 temps :

T1 : début de saison (décembre) : prédicteurs sociodémographiques, personnalité (BFI), représentations sociales du travail de saisonnier.

T2 : milieu de saison (mars) : stress au travail (JCQ), stratégies de coping (Brief COPE) ; Person-Environnement Fit (correspondance entre les valeurs de l'entreprise et celles du travailleur) et Person Job Fit (correspondance des compétences et capacités du travailleur avec les exigences de l'entreprise).

T3 : fin de saison (avril / mai) : engagement au travail (UWES [1]), accomplissement du contrat de travail jusqu'à son terme (variable que nous avons nommée « performance ») et satisfaction au travail. Nous nous sommes inspirés du modèle d'analyse intégratif (Koleck, Bruchon-Schweitzer & Bourgeois, 2003) pour notre modèle d'analyse (fig. 1).

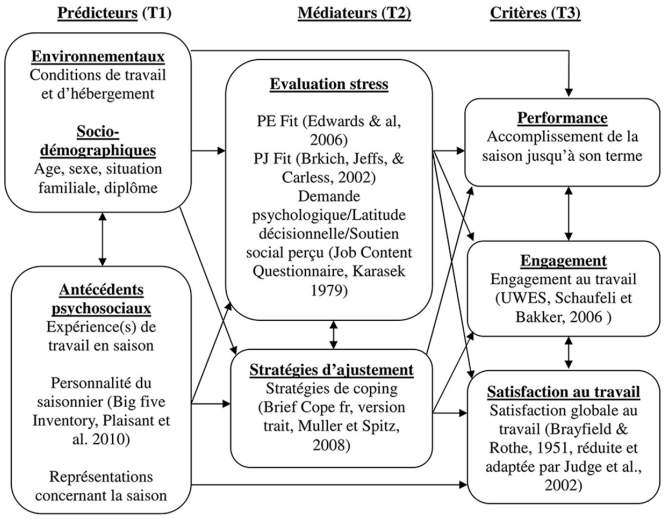


Figure 1 – Notre modèle d'analyse.

Résultats

Les premiers résultats montrent des corrélations significatives entre l'expérience de travail ($r=.24$, $p<.05$), la situation familiale (nombre d'enfants) ($r=.21$, $p<.05$) et le score de dévouement au travail.

Il existe également des corrélations significatives entre stratégies de coping centrées sur le problème et vigueur ($r = .21$, $p < .05$), dévouement ($r = .22$, $p < .05$), satisfaction au travail ($r = .25$, $p < .05$). Les stratégies de coping centrées sur le problème sont également liées à la performance au travail ($t(87) = 2{,}38$, $p < .05$). En outre, la latitude décisionnelle ($r = .48$, $p < .01$), la demande psychologique ($r = -.33$, $p < .01$), et le soutien social ($r = .50$, $p < .01$) corrèlent avec la satisfaction au travail.

1. Cette échelle mesure 3 scores : la vigueur, l'absorption et le dévouement au travail

Le score de Person-Environnent Fit corrèle significativement avec le score de satisfaction ($r = .54$, $p < .01$) et les trois scores d'engagement au travail (absorption ($r = .23$, $p < .05$), dévouement ($r = .24$, $p < .05$) et vigueur ($r = .25$, $p < .05$). Le score de Person-Job Fit corrèle également avec le score de satisfaction ($r = .60$, $p < .01$) et les trois scores d'engagement au travail (absorption ($r = .47$, $p < .01$), dévouement ($r = .53$, $p < .01$) et vigueur ($r = 48$, $p < .01$).

Enfin, les scores d'engagement au travail (absorption ($t(89) = 2.84$, $p < .05$), dévouement ($t(89) = 2.29$, $p < .05$) et vigueur ($t(89) = 2.18$, $p < .05$) et celui de satisfaction au travail ($t(89)=5.18$, $p < .01$) ont un effet sur la performance au travail. Les saisonniers qui présentent des scores supérieurs sur ces différentes échelles ont effectivement tendance à aller jusqu'au bout de la saison. À ce jour, il n'existe pas de relations significatives entre les scores de personnalité et les différents critères considérés.

Discussion-conclusion

Ces résultats sont importants pour nous car ils étayent nos constats de terrain et nous permettent de les valider de manière empirique. Ils soulignent aussi l'intérêt d'utiliser des modèles intégratifs et multifactoriels pour mieux comprendre les raisons de la souffrance psychologique de ces travailleurs et donnent des pistes de prévention de l'échec professionnel. Ces premiers résultats confirme l'importance du PE fit et du PJ fit dans des métiers où le turnover est important.

Nous pourrons ainsi proposer des éléments de réponse pour prévenir ces problèmes en amont et avec le soutien des acteurs du territoire observé (structures publiques, entreprises, associations, etc.) mettre en place des stratégies opérationnelles efficaces. Cette étude se poursuit sur des échantillons plus importants ce qui nous donnera la possibilité de tester le modèle complet avec des analyses en pistes causales.

Références bibliographiques

Brayfield, A. H., & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35 (5), 307-311. DOI : 10.1037/h0055617.

Brkich, M., Jeffs, D., & Carless, S. A. (2002). A global self-report measure of person-job fit. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (1), 43-51. DOI : 10.1027//1015-5759.18.1.43.

Dethyre, R. (2007). *Avec les saisonniers. Une expérience de transformation du travail dans le tourisme social*. Paris : La Dispute. Consulté à l'adresse : http://lectures.revues.org/3954.

Edwards, J. R., Cable, D. M., Williamson, I. O., Lambert, L. S., & Shipp, A. J. (2006). The phenomenology of fit : linking the person and environment to the subjective experience of person-environment fit. *Journal of Applied Psychology*, 91 (4), 802-827. DOI : 10.1037/0021-9010.91.4.802.

Judge, T. A., Heller, D., & Mount, M. K. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction : a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87 (3), 530-541. DOI : 10.1037/0021-9010.87.3.530.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 322-355. DOI : 10.1037/1076-8998.3.4.322.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003). Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161 (10), 809-815. DOI : 10.1016/j.amp.2003.10.005.

Muller, L., & Spitz, E. (2008). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief COPE sur une population française : /data/revues/00137006/00290006/507/. Consulté à l'adresse https://masson.fr/article/83225.

Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (2), 97-106. DOI : 10.1016/j.amp.2009.09.003.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire across National Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (4), 701-716. DOI : 10.1177/0013164405282471.

Compétences politiques et burnout. Effet médiateur de la latitude décisionnelle modéré par les perceptions de la prise de décision dans une approche politique

Anne Rudelle-Astie[1] et Lionel Dagot[2]

[1] Institut d'enseignement à distance, Université Paris-8. Email : astie.anne@orange.fr
[2] Laboratoire parisien de psychologie sociale. Maître de conférences en psychologie sociale et ressources humaines, Université Paris-8. Email : lionel.dagot@iedparis8.net

Mots-clés : compétences politiques, perceptions de la prise de décision dans une approche politique, latitude décisionnelle, burnout, effet médiateur modéré.

Les compétences politiques

Les compétences politiques sont définies comme « l'aptitude à comprendre les autres au travail, et à utiliser ces connaissances pour influencer autrui à agir de manière à renforcer ses propres objectifs ou ceux de l'organisation» (Ahearn, Ferris, Hochwarter, Douglas & Ammeter, 2004). Ferris, Treadway, Kolodinsky, Hochwarter, Kacmar, Douglas & Frink (2005) identifient quatre dimensions du construit de compétence politique : l'*intuition sociale* renvoie à la capacité d'observation, d'écoute et de compréhension des autres et des situations permettant d'interpréter correctement leurs propres comportements et ceux d'autrui. La *sincérité apparente* correspond à des perceptions d'intégrité, d'authenticité, de sincérité qu'ont les autres à propos des personnes ayant de bonnes compétences politiques. L'*influence interpersonnelle* fait référence à un style fin et convaincant qui exerce une puissante influence sur autrui. Et la *capacité à entretenir des liens de réseaux* renvoie à la capacité d'établir et d'entretenir des amitiés ou des coalitions bénéfiques à l'atteinte d'objectifs à la fois personnels et organisationnels. De nombreuses recherches ont mis en évidence l'effet modérateur des compétences politiques sur la relation entre les facteurs de stress au travail et la santé psychologique.

Effet médiateur de la latitude décisionnelle

Maslach (1976) décrit le burnout comme une réponse aux stresseurs émotionnels et interpersonnels au travail, pouvant se définir selon trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel. Dans le cadre de la théorie de la Conservation des Ressources (COR, Hobfoll, 1989), les études montrent que les compétences politiques permettent à l'individu de faire face à la menace de facteurs de stress soit prioritairement, soit comme substitut à d'autres ressources épuisées ou alors en favorisant l'accès à d'autres ressources sociales (Ferris, Treadway, Perrewé, Brouer, Douglas & Lux, 2007). Nous pensons que la latitude décisionnelle au poste de travail peut être un indicateur significativement associé aux compétences politiques. Notre première hypothèse confère à la latitude décisionnelle un rôle médiateur dans l'action des compétences politiques sur le burnout.

Effet médiateur modéré par les perceptions de prise de décision politique

Certains auteurs ont suggéré que les individus ayant des compétences politiques développées sont plus aptes à naviguer dans des structures organisationnelles fortement marquées par des logiques d'influence politique (Ferris, Perrewé, Anthony & Gilmore, 2000) leur offrant l'opportunité d'exercer du contrôle pour peser sur le fonctionnement organisationnel. Notre deuxième hypothèse postule que dans un contexte fortement politisé, les compétences politiques déterminent plus fortement la latitude décisionnelle que dans un contexte faiblement politisé.

Méthodologie

Notre étude a porté sur un échantillon de 133 salariés français, soit 51 hommes (38.35 %) et 82 femmes (61.65 %), exerçant des fonctions de cadres (21.80 %), d'enseignants du secondaire (33.83 %, Éducation nationale), de professions intermédiaires (13.53 %) et d'employés (30.84 %). Les participants ont répondu à notre enquête via un formulaire en ligne, après avoir répondu positivement à une requête par mail les invitant à participer à une étude sur le thème du travail.

Les compétences politiques

Nous avons utilisé l'échelle adaptée en langue française du Political Skill Inventory de Ferris *et al.* (2005) (Dagot, Borteyrou, Grégoire & Vallée, 2014).

Elle comprend 11 items dont : « Dans mon entreprise, je pense savoir bien me servir de mes contacts et relations pour obtenir un certain nombre de choses. »

La prise de décision politique

Nous avons utilisé quatre items traduits en langue française du Political Decision Making (Gallagher & Laird, 2008) dont : « Les enjeux purement personnels des responsables ou managers ont beaucoup d'influence sur les décisions prises dans mon entreprise / organisation. »

La latitude décisionnelle

Nous avons utilisé les 11 items traduits en français issus de la version validée du « *Dutch Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work* » (VBBA ; Van Veldhoven & Meijman, 1994) dont : « Pouvez-vous organiser vous-même votre travail ? »

Le burnout

Nous avons utilisé les 22 items d'une version française (Dion & Tessier, 1994) du Maslach Burnout Inventory, développée par Maslach & Jackson (1986) et répartis en trois sous-dimensions : l'épuisement émotionnel (9 items), la dépersonnalisation (5 items), et l'accomplissement personnel (8 items).

Résultats

Hypothèse 1

Nos résultats indiquent que la latitude décisionnelle médiatise l'effet des compétences politiques sur l'épuisement émotionnel et les sentiments de réduction d'accomplissement personnel.

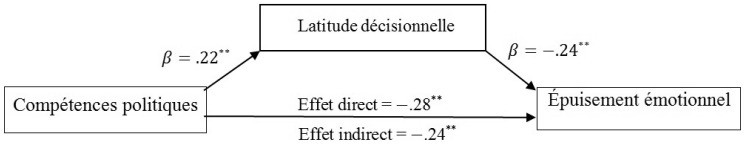


Figure 1 – Effet des compétences politiques sur la dimension épuisement émotionnel du burnout partiellement médiatisé par la latitude décisionnelle (coefficients standardisés). *p < .05. **p < .01.

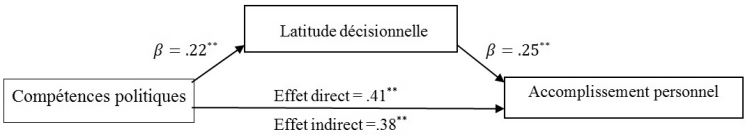
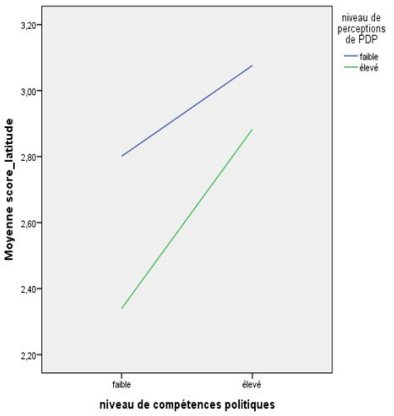


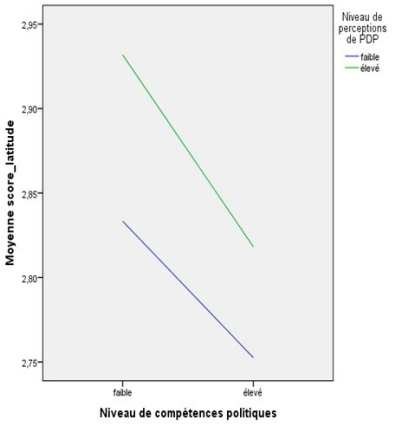
Figure 2 – Effet des compétences politiques sur la dimension accomplissement personnel du burnout partiellement médiatisé par la latitude décisionnelle (coefficients standardisés). *p < .05. **p < .01.

Hypothèse 2

Cependant, nos résultats ne révèlent pas d'effet d'interaction entre les perceptions de prise de décision politique et les compétences politiques sur la latitude décisionnelle. Parce que cet effet d'interaction n'est pas significatif et que notre échantillon est constitué d'une part de cadres, de salariés de professions intermédiaires et d'employés et d'autre part d'enseignants – supposant des perceptions de contextes organisationnels très différentes – nous avons alors examiné cet effet d'interaction sur chacun des deux échantillons précités.



(a) Graphique 1 – Interaction des perceptions de prise de décision politique et des compétences politiques sur la latitude décisionnelle-échantillon cadres, professions intermédiaires, employés.



(b) Graphique 2 – Absence d'interaction des perceptions de prise de décision politique et des compétences politiques sur la latitude décisionnelle - échantillon professeurs.

Figure 3

Les résultats ont révélé sur le premier échantillon et pas sur le second, un effet d'interaction entre les perceptions de prise de décision politique et les compétences politiques sur la latitude décisionnelle à savoir que dans des contextes perçus fortement politisés, un niveau de compétences politiques élevé est associé à une forte augmentation de la latitude décisionnelle.

Discussion-conclusion

Notre étude confirme une médiation par la latitude décisionnelle de l'effet des compétences politiques sur deux dimensions du burnout, l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel. Ainsi, nos résultats sont en cohérence avec une approche théorique basée sur le modèle COR, qui postule que les compétences politiques, en tant que ressources, permettent de mobiliser d'autres ressources, ici la latitude décisionnelle. De plus, la relation entre les compétences politiques et la latitude décisionnelle est d'autant plus forte que le contexte est politique. Ainsi, nos résultats participent à démontrer l'importance du contexte dans les recherches concernant les compétences politiques. Une explication possible à nos résultats est basée sur le fait que le contexte dans lequel évoluent les enseignants ne fait pas toujours efficacement le lien entre performance d'un individu et récompense au travail alors que dans d'autres contextes, il est plus probable que les individus soient récompensés pour leur initiative et leur créativité. Les résultats que nous avons obtenus avec la latitude décisionnelle sont encourageants et nous incitent à prolonger la réflexion.

Références bibliographiques

Ahearn, K. K., Ferris, G. R., Hochwarter, W. A., Douglas, C., & Ammeter, A. P. (2004). Leader political skill and team performance. *Journal of Management*, 30, 309-327.

Dagot, L., Borteyrou, X., Grégoire, C., & Vallée, B. (2014). Le rôle modérateur des compétences politiques sur le burnout. *Revue internationale de psychologie sociale*, 2, 5-34.

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 26 (2), 210-227.

Ferris, G. R., Perrewé, P. L., Anthony, W. P., & Gilmore, D. C. (2000). Political skill at work. *Organizational Dynamics*, 28, 25-37.

Ferris, G. R. Treadway, D. C., Kolodinsky, R. W., Hochwarter, W. A., Kacmar, C. J., Douglas, C., & Frink, D. D. (2005). Development and validation of the political skill inventory. *Journal of Management*, 31, 126-152.

Ferris, G., Treadway, D., Perrewé, P., Brouer, R., Douglas, C., & Lux, S. (2007). Political skill in organizations. *Journal of Management*, 33, 290-320.

Gallagher, V. C., & Laird, M. D. (2008), The combined effect of political skill and political decision making on job satisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 2336-2360.

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5 (9), 16-22.

Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo AIto, CA : Consulting Psychologists Press.

Van Veldhoven, M., & Meijman, T. (1994). *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst : de* Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid *(VVBA)*. Amsterdam : NIA.

Le risque de burnout chez les étudiants à l'enseignement

Valérie Schürch[1] et Pierre-André Doudin[2]

[1] Doctorante à l'Institut de psychologie, Université de Lausanne et UER Développement de l'enfant à l'adulte, HEP Vaud. Email : valerie.schurch@hepl.ch
[2] Professeur à l'Institut de psychologie, Université de Lausanne, et responsable de l'UER Développement de l'enfant à l'adulte, HEP Vaud. Email : pierre-andré.doudin@hepl.ch

Mots-clés : stress, prévention primaire, burnout.

Introduction

Les très nombreuses études sur le burnout des enseignants ont permis d'identifier certaines conséquences de ce syndrome tant sur leur santé que sur celle de leurs élèves. Chez ces professionnels, le burnout serait notamment corrélé à des troubles dépressifs (Ahola *et al.*, 2005) et à un sentiment d'efficacité réduit (Brouwers & Tomic, 2000). Ceci les amènerait à utiliser des mesures plus coercitives face aux écarts de comportement de certains élèves (Bas, 2011) ainsi qu'à leur manifester de manière plus intense des émotions potentiellement dommageables pour leur développement, telles que le mépris et le dégoût (Doudin, Curchod-Ruedi & Baumberger, 2011). En concevant le burnout comme un processus évolutif (Maslach & Leiter, 1997), des chercheurs (*cf.* Fives, Hamman & Olivarez, 2007) ont montré que l'origine du burnout des enseignants pourrait remonter déjà, pour certain d'entre eux, à la période de leurs études.

Les recherches sur le burnout des étudiants universitaires se sont développées récemment. Poursuivre ses études impliquerait un niveau d'investissement et de risque potentiel pour la santé aussi important que n'importe quel emploi. Le burnout est un processus évolutif (Maslach & Leiter, 1997), dans lequel trois dimensions se développeraient de manière consécutive : d'abord un sentiment d'épuisement ou de surmenage face aux demandes engendrées par les études ; ensuite une attitude cynique ou détachée vis-à-vis des études ; enfin un sentiment d'inefficacité en tant qu'étudiant (Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker, 2002). Du fait de leur formation en

alternance (stage en classe et cours théoriques), le cas des étudiants à l'enseignement est particulièrement intéressant : au stress propre au statut d'étudiant (examens, conditions de vie parfois précaires, etc.) viendrait s'ajouter un stress suscité par la confrontation aux difficultés vécues dans la salle de classe en tant que stagiaire. Dans ce contexte, notre recherche vise à 1) évaluer le risque de burnout des étudiants à l'enseignement et 2) analyser l'influence des symptômes de burnout sur leur capacité à réguler leurs émotions lors d'une situation fictive de violence à l'école. Nous postulons que les étudiants à risque de burnout auraient davantage tendance à manifester des émotions potentiellement dommageables pour le développement de leurs élèves (*cf.* mépris, dégoût).

Méthodes

Échantillon

218 étudiants à l'enseignement de niveau bachelor issus d'une institution de formation à l'enseignement en Suisse francophone et se destinant à l'enseignement préscolaire et primaire ont participé à cette étude. L'échantillon total comprend 190 femmes (87,2 %) et 28 hommes (12,8 %). Cette distribution correspond aux données nationales qui indiquent une forte prédominance de femmes dans l'enseignement primaire (OFS, 2013). L'âge moyen des participants est de 21,9 ans (et = 4,33).

Instruments de récolte des données

Les participants ont rempli deux questionnaires : 1) le *Maslach Burnout Inventory, students version* (MBI-SS, Schaufeli *et al.*, 2002) ; 2) le *questionnaire sur la compétence émotionnelle des enseignants* (Doudin, Curchod-Ruedi & Baumberger, 2011). Ce dernier est basé sur une vignette clinique représentant une situation fictive mais réaliste de violence à l'école afin d'identifier les émotions que le futur enseignant ressentirait et manifesterait à l'élève violent.

Traitement des données

Tout d'abord, les scores moyens des étudiants pour chaque dimension du burnout ont été classés selon trois catégories (*cf.* Kalimo, Hakanen & Toppinen-Tanner, 2006) : risque bas (0 – 1.49) ; risque moyen (1.5 – 3.49) ; risque élevé (3.5 – 6). Ensuite, de corrélations ont été calculées entre les scores du burnout et le niveau de mépris et de dégoût manifesté reporté par les étudiants suite à la vignette.

Résultats

Risque de burnout chez les étudiants à l'enseignement

Comme nous pouvons l'observer au tableau 1, presque la moitié des étudiants seraient à risque élevé d'épuisement émotionnel. De plus, un pourcentage relativement important présente également un risque élevé de cynisme et un risque moyen de sentiment d'inefficacité.

Tableau 1 – Risque de burnout d'étudiants à l'enseignement (n = 218).

Niveau de risque	Épuisement émotionnel		Cynisme		Sentiment d'inefficacité	
	n	%	n	%	n	%
Bas	20	9,20 %	119	54,60 %	148	67,90 %
Moyen	100	45,90 %	79	36,20 %	66	30,30 %
Élevé	98	45 %	20	9,20 %	4	1,80 %

Lien entre burnout et manifestation d'émotions potentiellement dommageable pour l'élève

Nos résultats montrent une corrélation faible, mais significative entre les trois dimensions du burnout et le fait de manifester du mépris et du dégoût face à l'élève violent : l'épuisement émotionnel ($r = .13$, $p > .05$) le cynisme ($r = .12$, $p > .05$) et le sentiment d'inefficacité ($r = .13$, $p > .05$) seraient positivement corrélés avec la tendance à manifester du mépris envers l'élève. Le sentiment d'inefficacité serait également corrélé avec la manifestation du dégoût ($r = .14$, $p > .05$) envers l'élève.

Discussion

Selon les résultats obtenus, une grande majorité de l'échantillon indiquerait des signes d'épuisement face aux demandes de la formation, ce qui représenterait un premier signal d'alarme face au possible développement d'un burnout. Ceci est d'autant plus inquiétant que certains étudiants présenteraient aussi des niveaux moyens de cynisme et de sentiment d'inefficacité. Il semble donc essentiel de mettre en place des dispositifs pour préserver la santé des étudiants (*cf.* mesures de gestion du stress, développement du sentiment d'efficacité personnel, dispositifs de soutien social), mais surtout de s'interroger sur l'organisation des études et de l'institution (les demandes de la formation sont-elles réalistes ? Quelles options de soutien sont disponibles pour les étudiants ?). Enfin, nos résultats confirment notre hypothèse, à savoir que les étudiants à risque de burnout éprouvent, tout comme les enseignants (*cf.* Doudin *et al.*, 2011), des difficultés à réguler des émotions potentiellement dommageables au développement de leurs élèves. En conclusion, la prévention du burnout des étudiants s'avère essentielle pour plusieurs raisons : elle permet de diminuer leur état de mal-être ; de protéger la santé de leurs élèves durant les stages ; de réduire le risque que les étudiants ne deviennent des enseignants à risque de burnout ; enfin de préserver la santé de leurs futurs élèves.

Références bibliographiques

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1), 55-62.

Bas, G. (2011). Teacher student control ideology and burnout : their correlation. *Australian Journal of Teacher Education*, 36 (4), 84-94.

Brouwers, A., & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.

Doudin, P.-A., Curchod-Ruedi, D., & Baumberger, B. (2011). Violence at school : emotional control and risk of burnout in teachers. *In* F. Pons, M. de Rosnay & P.-A. Doudin (eds.), *Emotions in Research and Practice* (pp. 241-255). Aalborg, Danemark : Aalborg University Press.

Fives, H., Hamman, D., & Olivarez, A. (2007). Does burnout begin with student-teaching ? Analyzing efficacy, burnout, and support during the student-teaching semester. *Teaching and Teacher Education*, 23 (6), 916-934.

Kalimo, R., Hakanen, J., & Toppinen-Tanner, S. (2006). *Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä MBI-GS*. Helsinki : Työterveyslaitos.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *Burnout : le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Éditions des Arènes.

Office fédérale de la statistique. (2013). Statistique de l'éducation 2012 (OFS publication n° 418-1200).

Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students : a cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33 (5), 464-481.

Quatrième partie

Vieillissement et santé

Capacités d'apprentissage phonétique et vieillissement

Véronique Delvaux[1*], Julie Cano-Chervel[2], Kathy Huet[1], Caroline Leclef[1], Myriam Piccaluga[1], Clémence Verhaegen[1] et Bernard Harmegnies[1]

[1] Service de métrologie et sciences du langage et Institut de recherche en sciences et technologies du langage, UMONS
[2] Hôpital universitaire des enfants Reine-Fabiola, Bruxelles
* Auteur correspondant : veronique.delvaux@umons.ac.be

Mots-clés : vieillissement, communication, flexibilité cognitive.

Introduction

La ligne de recherche dans lequel s'inscrit cette étude concerne les mécanismes cognitifs liés à la production et à la perception de la parole dans une perspective « lifespan » (Baltes, Staudinger, Lindenberger *et al.*, 1999). Nous étudions ici l'évolution avec l'âge des capacités d'apprentissage phonétique chez des participants âgés francophones sains, en évaluant leur aptitude à percevoir et à produire des variantes phonétiques non familières en langue maternelle. Les résultats obtenus permettront d'établir une ligne de base en vue d'étudier ultérieurement ces mécanismes chez des participants âgés présentant des troubles de la parole à étiologie cérébrale.

Méthode

Deux cohortes de participants (9 hommes et 9 femmes (55-80 ans) ; 5 hommes et 5 femmes (65-90 ans) dont la langue maternelle est le français ont été soumis à un paradigme (adapté de travaux antérieurs menés sur de jeunes adultes francophones : Delvaux, Huet, Piccaluga & Harmegnies, 2013), impliquant diverses tâches de (re)production (répétition « la plus fidèle possible ») et de perception (discrimination même-différent), de pseudo-mots [ta] dont le Voice Onset Time (VOT) variait entre 20 ms (typique du français) et 100 ms (VOT extra-long : Cho & Ladefoged,

1999). Une même tâche de référence (reproduction de 5 stimuli dont le VOT était fixé à 60 ms), répétée à trois reprises au cours du paradigme expérimental, a permis d'apprécier une éventuelle évolution des sujets sous l'effet des tâches successives, de perception et de production, qui leur ont été proposées. Les participants ont par ailleurs été soumis à une tâche de production de mots du français (dénomination), ainsi qu'à un questionnaire de biographie linguistique, à une anamnèse médicale, à une audiométrie tonale (conduction aérienne) et, pour la seconde cohorte, à une brève évaluation cognitive (Mini-Mental State Examination : MMSE ; Memory Index Score : MIS ; Questionnaire de plainte cognitive : QPC).

Les performances en perception ont été évaluées en calculant la proportion de réponses correctes, tant « même » que « différent » (ci-dessous : « Score »), à la tâche de discrimination. Les performances en production ont été évaluées en mesurant manuellement le VOT sur les signaux de parole enregistrés (VOT = intervalle temporel entre le début de l'explosion de l'occlusive et le début du voisement pour la voyelle suivante).

Résultats

En ce qui concerne la tâche de discrimination, les performances se sont avérées globalement modérées, s'améliorant au fil du temps pour atteindre un plateau en deuxième partie de session expérimentale. Une importante variabilité interindividuelle a été observée et l'analyse statistique a révélé un effet de l'âge du sujet et de son profil audiométrique (UNIANOVA ; VD : Score ; VI_1 : âge : 55-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et + ; VI_2 : audition : normale, surdité légère, surdité moyenne ; VI_3 : genre : masculin, féminin ; Post Hoc [Tukey] ; effet significatif de l'âge [$F_{2,\ 1077} = 5{,}817$; $p < 0{,}01$] et de l'audition [$F_{2,\ 1077} = 7{,}863$; $p < 0{,}0001$] sur Score), les performances étant significativement dégradées après 65 ans et pour les auditeurs atteints de surdité moyenne (1er et 2e degrés). Ces résultats confirment donc la nécessité d'établir des normes spécifiques pour les sujets âgés, et suggèrent que le seuil à viser, si l'on veut éviter un effet parasite des capacités auditives sur les performances en discrimination, se situe à la frontière entre surdité légère et surdité moyenne du 1er degré.

Les résultats obtenus aux différentes tâches de production sont présentés dans la fig. 1. En ce qui concerne la tâche principale de reproduction, les locuteurs francophones âgés ont globalement reproduit avec succès des stimuli dont les VOT variaient entre 20 ms et 100 ms (UNIANOVA ; VD : VOT produit ; VI : VOT entendu : 20 ms, 40 ms, 60 ms, 80 ms, 100 ms ; effet significatif du VOT entendu ($F_{4,1074} = 13{,}603$; $p < 0{,}001$) sur le VOT produit), même si à l'instar de la tâche de perception, d'importantes différences interindividuelles ont pu être observées.

En ce qui concerne l'effet du paradigme d'apprentissage phonétique proprement dit, les résultats (UNIANOVA ; VD : VOT produit en réponse à un VOT entendu de 60 ms uniquement ; VI_1 : sujet (27 sujets) ; VI_2 : tâche : avant discrimination, après discrimination et avant reproduction, après reproduction ; Post Hoc [Tukey] ; effet significatif de sujet [$F_{26,843} = 21{,}163$; $p < 0{,}001$] et tâche [$F_{4,843} = 123{,}829$; $p < 0{,}001$] sur VOT produit) indiquent qu'un entraînement préalable en discrimination a déjà permis d'améliorer significativement la production de cibles à VOT long pour

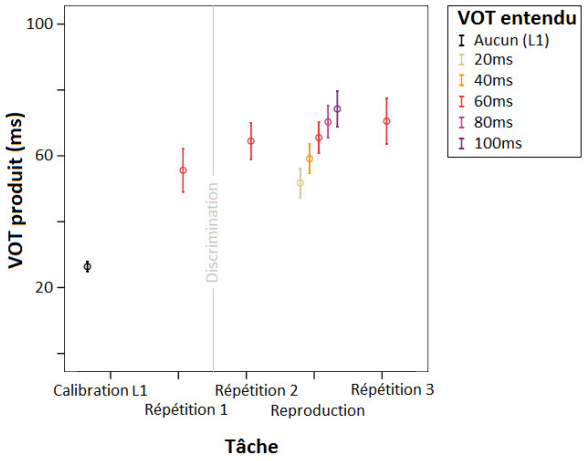


FIGURE 1 – VOT produit par les 27 auditeurs âgés francophones en fonction du VOT entendu lors des tâches successives de reproduction de pseudo-mots CV.

nos participants. En revanche, l'entraînement spécifique en production ne s'est avéré efficace que pour une minorité de locuteurs âgés.

Discussion-conclusion

Bien que le vieillissement induise de nombreuses modifications structurelles et fonctionnelles des différents sous-systèmes, périphériques et centraux, impliqués dans la production et la perception de la parole, cette étude confirme que les sujets âgés sont capables d'apprentissage phonétique, en particulier perceptif (Kubo, Akahane-Yamada & Akagi, 2012). L'analyse de nos données démontre l'utilité d'investiguer plus avant, au cours d'études ultérieures, les liens entre performances individuelles en discrimination et en production ainsi que les effets sur le versant « production » de l'apprentissage phonétique de facteurs tels que le groupe d'âge et le niveau d'audition.

Références bibliographiques

Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology : theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.

Cho, T., & Ladefoged, P. (1999). Variation and universals in VOT : evidence from 18 languages. *Journal of Phonetics*, 27, 207-229.

Delvaux, V., Huet, K., Piccaluga, M., & Harmegnies, B. (2013). Capacité d'apprentissage phonique et troubles du langage à étiologie cérébrale. *In* R. Sock, B. Vaxelaire & C. Fauth (éds.), *Travaux en phonétique clinique*, collection Recherches en parole, CIPA (pp. 257-270). Mons : Éditions du CIPA.

Kubo, R., Akahane-Yamada, R., Akagi, M. (2012). Effects of perceptual training on the ability of elderly adults of Japanese speakers to identify American English /r/-/l/ phonetic contrasts. *Journal of the Acoustical Society of America*, 131 (4) : 3272.

Préservation différentielle des fonctions exécutives avec l'avancée en âge chez les interprètes

Sébastien Henrard* et Agnès Van Daele

Université de Mons (UMONS), Service de psychologie du travail, 18, place du Parc, 7000 Mons, Belgique
* Auteur correspondant : sebastien.henrard@umons.ac.be

Mots-clés : fonctions exécutives, déclin cognitif, interprétation simultanée, vieillissement.

Introduction

L'hypothèse de préservation différentielle stipule que l'utilisation régulière, intensive et durable des processus cognitifs de base permet de préserver ces derniers du déclin observé avec l'âge (Marquié, 1997). Pour valider cette hypothèse, des recherches se sont intéressées à la relation entre l'âge, l'expérience (notamment professionnelle) et les fonctions cognitives. Si certaines de ces recherches ont montré un effet d'interaction entre l'âge et l'expérience, d'autres ne le montrent pas. Ceci a conduit certains chercheurs à proposer l'hypothèse de préservation de la différence selon laquelle les différences observées chez les plus âgés seraient le résultat de la prolongation de différences initiales existant entre les sujets (Salthouse, 2006). En plus de l'existence de résultats contradictoires, il convient de noter que les recherches visant à valider l'hypothèse de préservation présente des limites. La première tient au fait que les caractéristiques d'utilisation des fonctions cognitives dans l'activité ne sont examinées en général qu'à posteriori, au moment de l'interprétation des résultats (Marquié, 1997). Par ailleurs, avec l'expérience (et l'âge), de nombreux automatismes se mettent en place entraînant une sous-utilisation des fonctions que l'on veut étudier. Afin de dépasser ces limites, notre recherche porte sur une activité de travail particulière – l'interprétation – qui sollicite de manière régulière, intensive et durable les fonctions cognitives que l'on veut étudier (les fonctions exécutives) et qui laissent peu de place à l'automatisation. En effet, en interprétation simultanée, l'interprète reçoit un mes-

sage dans une langue source, pendant qu'il traduit mentalement une partie antérieure du discours dans une langue cible. Il coordonne deux langues, les maintient actives tout en empêchant l'apparition d'interférences entre elles. L'interprétation simultanée repose sur une forte sollicitation du contrôle exécutif afin de coordonner ces différentes actions (Christoffels & De Groot, 2004). L'objectif de notre recherche est de tester les deux hypothèses suivantes : 1) l'interprétation simultanée préserve les fonctions exécutives du déclin lié à l'âge ; 2) cette préservation n'est pas le résultat de la prolongation de différences initiales existant entre les sujets.

Méthode

Participants

180 participants répartis en trois groupes (60 interprètes, 60 traducteurs et 60 monolingues) et en 4 tranches d'âge (25-34 ; 35-44 ; 45-54 ; 55-65 ans) ont pris part à la recherche. Tous les participants ont le français comme langue maternelle, ont réussi des études universitaires (niveau master) et sont des professionnels en activité. Seuls les interprètes et les traducteurs maîtrisent au moins deux langues (bilingues ou multilingues). Seuls les interprètes réalisent l'interprétation simultanée. Les trois groupes sont statistiquement comparables en ce qui concerne le sexe ($chi2 = 1.22$; $p = .543$), l'ancienneté professionnelle ($F\ (2,177) = 1.487$; $p = .229$), le niveau d'études ($F\ (2,177) = .512$; $p = .600$) et l'âge ($F\ (2,177) = .109$; $p = .897$).

Procédure

Cinq tâches informatisées, présentées de manière aléatoire, doivent être réalisées par les participants. Ces tâches ont été choisies pour évaluer les fonctions exécutives indispensables à l'activité d'interprétation simultanée. Elles renvoient à une mesure de temps de réaction simple, à une version informatisée de la tâche de Brown-Peterson afin d'évaluer la gestion de la double tâche et à trois tâches évaluant les fonctions exécutives (Mémoire de lettres, Antisaccade et Plus-Minus). L'expérience a été créée et pilotée grâce au logiciel E-prime 2.0®. Tous les participants ont été testés individuellement durant une séance d'environ 1h15. Pour tester les hypothèses, deux types d'analyse ont été réalisées. Une analyse de covariance multiple (MANCOVA) a été effectuée afin d'évaluer les effets de l'âge sur les performances aux tests selon le groupe des participants. Une analyse de variance multiple (MANOVA) a porté sur les groupes les plus jeunes (25-34 ans) afin de vérifier s'il existait des différences initiales de performances.

Résultats

L'analyse de covariance multiple montre qu'il existe un effet d'interaction âge x groupe pour toutes les tâches. Nous avons ensuite réalisé des mesures répétées deux à deux afin de déterminer où se situaient les différences. Les résultats sont présentés au tableau 1.

L'analyse de variance multiple montre qu'il n'existe pas de différence de performances entre les groupes les plus jeunes, quelle que soit la tâche.

Tableau 1 – Résultats des analyses de covariance multiple Valeur p des MANCOVA répétées deux à deux.

	Temps de réactions	**Mise à jour**	**Double tâche**	**Flexibilité**	**Inhibition**
Interprètes VS Traducteurs	**.001***	.073	.266	.935	**.003***
Interprètes VS Monolingues	**.001***	**.001***	**.001***	**.033***	**.003***
Traducteurs VS Monolingues	.49	**.017***	**.015***	**.008***	.404

Discussion-conclusion

Les résultats montrent un moindre effet de l'âge sur la performance dans les tâches de mise à jour de l'information, de gestion de double tâche et de flexibilité cognitive chez les interprètes mais aussi chez les traducteurs. Ces résultats qui vont dans le sens d'une préservation du déclin cognitif chez les interprètes et les traducteurs, sont à relier à un effet du bilinguisme déjà mis en avant dans bon nombre de recherches (voir Bialystok, Craik & Luk, 2012). Un résultat plus original concerne le moindre effet de l'âge sur la performance dans les tâches évaluant l'inhibition et la vitesse de traitement uniquement chez les interprètes. En sus de l'effet du bilinguisme déjà évoqué, ce résultat met en évidence un autre effet qui peut aussi être interprété comme une préservation du déclin cognitif mais qui semble plus spécifiquement lié aux caractéristiques de l'activité de travail des interprètes. De plus, les résultats portant sur les participants les plus jeunes (25-34 ans) montrent qu'il n'existe pas de différences initiales de performances entre les groupes, quelle que soit la tâche. L'ensemble des résultats va donc dans le sens de l'hypothèse de préservation différentielle chez les interprètes. Même s'il convient de rester prudent dans l'interprétation de ces résultats obtenus à partir d'une étude transversale, d'autres études longitudinales récentes fournissent des résultats probants avec l'hypothèse de préservation différentielle (Marquié *et al.*, 2010 ; Smart, Gow & Deary, 2014).

Références bibliographiques

Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Luk, G. (2012). Bilingualism : consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 16 (4), 240-250. DOI : 10.1016/j.tics.2012.03.001.

Christoffels, I. K., & De Groot, A. M. B. (2004). Components of simultaneous interpreting : comparing interpreting with shadowing and paraphrasing. *Bilingualism : Language and Cognition*, 7 (3), 227-240. DOI : 10.1017/S1366728904001609.

Marquié, J. C., Duarte, L. R., Bessières, P., Dalm, C., Gentil, C., & Ruidavets, J. B. (2010). Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers. *Ergonomics*, 53 (11), 1287-1301. DOI : 10.1080/00140139.2010.519125.

Marquié, J.-C. (1997). Vieillissement cognitif et expérience : l'hypothèse de la préservation. *Psychologie française*, 42 (4), 333-344.

Salthouse, T.A. (2006). Mental exercise and mental aging. Evaluating the validity of the "Use it or Lose it" hypothesis. *Perspective on Psychological Science*, 1 (1), 68-87. DOI : 10.1111/j.1745-6916.2006.00005.x.

Smart, E. L., Gow, A. J., & Deary, I. J. (2014). Occupational complexity and lifetime cognitive abilities, *Neurology*, 83 (24), 2285-2292. DOI : 10.1212/WNL.0000000000001075.

Vieillissement réussi : quel lien avec la qualité de vie des personnes âgées ?

Pierre Missotten[1], Gilles Dupuis[2] et Stéphane Adam[3]

[1] Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Belgique. Email : pmissotten@ulg.ac.be
[2] Université du Québec à Montréal, Département de psychologie. Email : dupuis.gilles@uqam.ca
[3] Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Belgique. Email : stephane.adam@ulg.ac.be

Mots-clés : vieillissement, vieillissement réussi, qualité de vie, bien-être, émotions.

Introduction

Diverses théories ont été élaborées afin d'expliquer comment toute une série de personnes âgées gardent une bonne qualité de vie (Bowling *et al.*, 2003) et demeurent heureuses (Helliwell & Putnam, 2004) malgré la confrontation à de multiples événements stressants (retraite, deuil, pertes d'aptitudes physiques, etc.). Selon ces théories, un sujet âgé doit 1) vivre dans le présent et se focaliser sur des informations émotionnelles positives s'il a un sentiment de finitude (« Future Time Perspective », FTP) élevé, c'est-à-dire s'il perçoit son temps de vie comme fini ou limité (théorie de la sélectivité socio-émotionnelle, Carstensen, 1995) ; 2) sélectionner des tâches prioritaires (SOC-Sélection) pour les pratiquer plus (SOC-Optimisation) tout en modifiant ses manières de procéder (SOC-Compensation) (modèle SOC, Baltes & Baltes, 1990) ; 3) réajuster ses buts en tenant compte des limitations de l'environnement ou du self (Flexibilité-Accommodation) et non essayer de changer la situation existante (Ténacité-Assimilation) (modèle d'assimilation-accommodation, Brandtstädter & Renner, 1990). Si on peut penser que ces diverses théories sont liées à la qualité de vie, aucune recherche empirique n'a testé ces liens. En conséquence, cette étude investigue dans quelle mesure les opérationnalisations de trois théories du vieillissement réussi (FTP, SOC, Flexibilité-Ténacité) sont bien liées à la qualité de vie de personnes âgées.

Méthode

Soixante et une personnes âgées de plus de 65 ans ne présentant aucune pathologie neurodégénérative ont été rencontrées à leur domicile. Au cours d'un entretien, toutes ont fourni diverses informations anamnestiques (âge chronologique et ressenti, sexe, niveau socio-économique, etc.) et ont répondu aux questionnaires opérationnalisant trois théories du vieillissement réussi (FTP, SOC, Flexibilité-Ténacité). La moitié des personnes (n=30) a vu sa qualité de vie évaluée au moyen d'un questionnaire « état » (WHOQOL-OLD ; Leplège *et al.*, 2013), l'autre moitié (n=31) ayant complété une version brève d'un questionnaire présentant un indice d'« écart » (ISQV-65+©; Missotten, Ylieff, Etienne, Adam & Dupuis, 2012). Contrairement au WHOQOL-OLD, l'ISQV-65+© ne se « limite » ainsi pas à la mesure de la situation actuelle de la personne (indice d'État) mais s'intéresse davantage à l'écart (indice d'Ecart) existant entre la situation actuelle de la personne et ses attentes (indice de But), cet écart étant notamment pondéré par l'importance que le sujet accorde à chaque domaine de sa vie (indice de Rang). En vue de répondre à notre hypothèse, nous avons effectué des analyses corrélationnelles de type Bravais-Pearson entre les indices des théories du vieillissement réussi et ceux des mesures de qualité de vie.

Résultats

Les personnes rencontrées (essentiellement de sexe féminin, âgées en moyenne de 75,9 ans et ayant un niveau d'études de type primaire pour 60 % d'entre elles) présentent un bon niveau de qualité de vie. Quel que soit l'outil de qualité de vie employé, les indices de sélection et de ténacité n'apparaissent pas liés au niveau de qualité de vie. À l'inverse, un faible sentiment de finitude (FTP), une tendance à investir son énergie dans les moyens conduisant aux buts (SOC-Optimisation), à chercher des alternatives suite à la perte de certains moyens (SOC-Compensation ; lien de l'ordre de la tendance à la significativité) et une bonne capacité à réajuster ses buts (Flexibilité ; uniquement pour le WHOQOL-OLD) constituent des éléments liés à une meilleure qualité de vie – état (tableau 1).

Tableau 1 – Corrélations entre les indices des théories du vieillissement réussi et les scores de qualité de vie – État.

	Sentiment de finitude	Sélection élective	Sélection négative	Optimisation	Compensation	Flexibilité	Ténacité
WHOQOL-Old	0,51 **p = 0,004**	-0,12 p = 0,52	-0,05 p = 0,80	0,39 **p = 0,03**	0,31 *p = 0,09*	0,41 **p = 0,02**	-0,024 p = 0,90
ISQV-65+-bref© État	**-0,70 p = 0,000**	-0,01 p = 0,96	0,09 p = 0,63	**-0,54 p = 0,002**	-0,34 *p = 0,07*	-0,27 p = 0,16	-0,29 p = 0,12

Certains indices complémentaires de la version brève de l'ISQV-65+© apparaissent également significativement associés au niveau de qualité de vie des personnes âgées.

Ainsi, un faible sentiment de finitude (FTP) est en lien avec des aspirations élevées (But ; r = -0.38 ; p = 0,04), une priorisation plus importante des domaines de vie (Rang ; r = 0,45 ; p = 0,012) et un faible écart entre la situation actuelle et la situation satisfaisante, c'est-à-dire une bonne qualité de vie (Ecart ; r = -0,40 ; p = 0,03). Enfin, plus les personnes âgées ont des aspirations importantes (But), plus elles investissent leur énergie dans les moyens conduisant aux buts (SOC-Optimisation). De même, plus elles attribuent de leur importance à leurs domaines de vie, plus elles ont tendance à réajuster leurs buts en tenant compte des limitations de l'environnement ou du self (Flexibilité plus importante).

Discussion-conclusion

Le vieillissement réussi est bien lié à la qualité de vie : les deux concepts sont différents mais complémentaires. Excepté au niveau de l'indice de flexibilité, les résultats concordent quel que soit le groupe et donc l'outil de qualité de vie. Les données montrent notamment que le sentiment de finitude constitue un paramètre essentiel. En regard de la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle, il est toutefois nécessaire de déterminer si la mauvaise qualité de vie des sujets ayant un sentiment de finitude élevé est causée par le fait de ne pas vivre dans le présent et de ne pas s'orienter vers des buts émotionnels. Enfin, le lien plus spécifique de certains indices des théories du vieillissement réussi avec ceux de l'ISQV-65+© nous encourage à continuer le développement scientifique et clinique de cet outil afin d'augmenter son applicabilité.

Références bibliographiques

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : the model of selective optimization with compensation. *In* P. B. Baltes & M. M. Baltes (éds), *Successful Aging : Perspectives From the Behavioral Sciences* (p. 1-34). New York : Cambridge University Press.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them : a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56 (4), 269-306.

Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment : explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5 (1), 58–67.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-156.

Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 359, 1435–1446.

Leplège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M. P., Ankri, J., & Von Steinbüchel, N. (2013). Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version française. *La Revue de médecine interne*, 34, 78-84.

Missotten, P., Ylieff, M., Étienne, A. M., Adam, S., & Dupuis, G. (2012). L'Inventaire systémique de qualité de vie pour personnes âgées (ISQV-65+©) : premiers éléments de validation. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 17 (1), 69-82.

Personnel soignant et âgisme : quelles conséquences cliniques ?

Sarah Schroyen[1], Pierre Missotten[2], Guy Jerusalem[3], Chantal Gilles[4] et Stéphane Adam[5]

[1] Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Belgique. Email : sarah.schroyen@ulg.ac.be
[2] Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Belgique. Email : pmissotten@ulg.ac.be
[3] Oncologie médicale, Centre hospitalier universitaire de Liège, Belgique. Email : g.jerusalem@ulg.ac.be
[4] Centre hospitalier universitaire de Liège, Belgique. Email : chantal.gilles@ulg.ac.be
[5] Unité de psychologie de la sénescence, Université de Liège, Belgique. Email : stephane.adam@ulg.ac.be

Mots-clés : vieillissement, âgisme, oncologie.

Introduction

Dans nos sociétés modernes, le vieillissement véhicule une image essentiellement négative, faisant référence au concept d'âgisme (c'est-à-dire l'ensemble de nos stéréotypes liés à l'âge) (Butler, 1969). Une telle vision n'est pas sans conséquences pour les personnes âgées : par exemple, celles avec une vision négative du vieillissement se décrivent en moins bonne santé physique (Levy, Slade & Kasl, 2002) et vont jusqu'à avoir 7,5 ans d'espérance de vie en moins (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002) ! Ces stéréotypes vont également avoir une influence sur les interlocuteurs des personnes âgées, avec le développement d'attitudes pseudo-positives telles que l'« elderspeak », qui se caractérise par le fait de parler plus lentement, plus fort, avec un vocabulaire plus simple... face à une personne âgée (Ryan & Butler, 1996). Dans ce contexte, nous pouvons nous interroger sur l'influence de l'âgisme dans le contexte médical et ce d'autant plus que les soignants semblent être une population particulièrement sensible aux stéréotypes âgistes : étant constamment exposés aux personnes âgées malades, la vieillesse est égale pour eux à maladie, dépression, solitude... (Gaymard, 2006). Dans le contexte spécifique de l'oncologie, plusieurs études ont pu mettre en évidence une discrimination de l'âge tant en recherche qu'en clinique : alors que la majorité des cancers touchent les personnes de plus de 65 ans (Smith, Smith, Hurria, Hortobagyi & Buchholz, 2009), celles-ci sont minoritaires dans les essais cliniques (Murthy, Krum-

holz & Gross, 2004). De plus, des études ont montré à l'aide de fiches cliniques que, à situation clinique équivalente, on recommande moins fréquemment une chimiothérapie ou une reconstruction mammaire aux personnes âgées (Madan, Aliabadi-Wahle, & Beech, 2001 ; Protière, Viens, Rousseau & Moatti, 2010). Le but de cette étude est d'une part de répliquer ces derniers résultats et d'autre part d'analyser si ces différences de traitement sont influencées par la vision que l'on a du vieillissement.

Méthodologie

Nous avons interrogé 76 infirmiers (-ères) travaillant en oncologie. À l'aide de fiches cliniques, nous leur avons demandé s'ils encourageraient des patients à suivre un traitement expérimental (la moitié des infirmiers avaient le cas d'un patient de 40 ans, l'autre moitié celui d'un patient de 70 ans), une chimiothérapie ou une reconstruction mammaire (tous les infirmiers recevaient le cas de trois patientes de 35, 55 et 75 ans, tous paramètres cliniques étant équivalents par ailleurs). L'encouragement était noté sur une échelle de 1 (= pas d'encouragement) à 7 (= encouragement). Nous avons également mesuré leur vision du vieillissement à l'aide à la fois d'un questionnaire validé, le FSA-R (Boudjemad & Gana, 2009), et d'une tâche de fluence (« Quels sont les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à une personne âgée ? »). Pour cette dernière tâche, nous avons ensuite demandé à 10 évaluateurs externes d'évaluer la valence de chaque mot sur une échelle de -5 (très négatif) à +5 (très positif).

Résultats

1) L'attitude des infirmiers est-elle différente en fonction de l'âge du patient ?

Concernant l'encouragement à un traitement expérimental, les résultats montrent clairement un encouragement plus important pour un patient de 40 ans, comparativement à un patient de 70 ans [$F(1, 74) = 13.92$, $p < .001$] (voir figure 1). Il semblerait également que plus les infirmiers sont âgés, plus ils encouragent un patient de 70 ans à suivre le traitement ($r = .4$, $p = .01$).

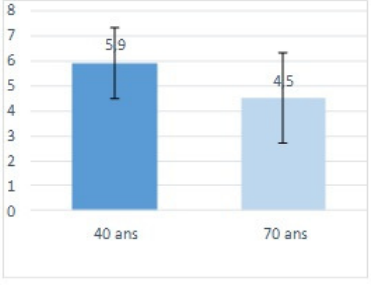


Figure 1 – Score d'encouragement pour l'immunothérapie pour un patient de 40 ou 70 ans.

Concernant l'encouragement à une chimiothérapie et à une reconstruction mammaire, nous observons également un effet de l'âge [respectivement, $F(2, 146) = 56.18$, $p <$

.001 ; $F(2, 146) = 66.22$, $p < .001$] (voir figure 2). Les comparaisons planifiées indiquent une baisse de l'encouragement dès 55 ans [respectivement $F(1, 73) = 8.61$, $p < .005$; $F(1, 73) = 26.41$, $p < .001$], comparativement à un patient de 35 ans. Ce déclin d'encouragement est encore plus significatif pour une personne de 75 ans, comparativement à une de 55 ans [respectivement, $F(1, 73) = 62.03$, $p < .001$; $F(1, 73) = 54.69$, $p < .001$]. De plus, nous observons également que plus les infirmiers sont âgés, moins ils feront de différence entre une personne de 75 ans et une de 35 ans pour la chimiothérapie ($r = .27$, $p = .02$). Ce lien n'est par contre pas observé pour la reconstruction mammaire ($r = .06$, $p = .59$).

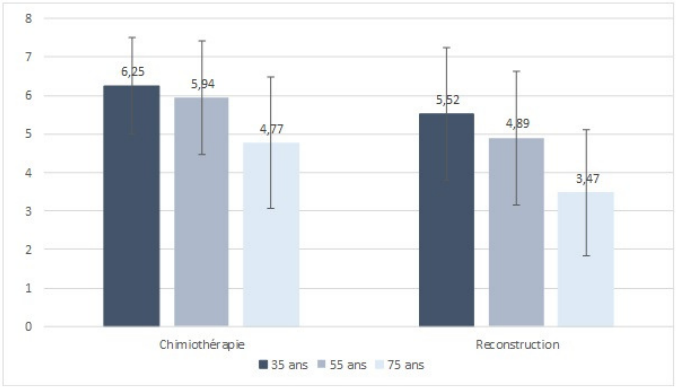


Figure 2 – Score d'encouragement de chimiothérapie ou de reconstruction mammaire pour des patients de 35, 55 ou 75 ans.

2) L'attitude des infirmiers est-elle différente selon leur vision de l'âge ?

Dans le cas de l'étude expérimentale, aucune différence de la vision de l'âge n'a été constatée [mesure du FSA-R, $F(1, 28) = .45$, $p = .51$, de la tâche de fluence, $F(1, 28) = .05$, $p = .83$]. Concernant l'encouragement pour la chimiothérapie, nous n'avons également pas observé d'influence de la vision de l'âge [mesure du FSA-R, $F(1, 58) = .18$, $p = .67$, de la tâche de fluence, $F(1, 58) = 2.58$, $p = .11$]. Par contre, en ce qui concerne la reconstruction mammaire, si nous n'observons pas de différence pour la tâche de fluence [$F(1, 53) = 1.5$, $p = .23$], le score au FSA-R est lui plus élevé chez les infirmiers qui encouragent moins souvent une patiente de 75 ans comparativement à une de 35 ans [$F(1, 52) = 9.8$, $p = .003$] : ce résultat suggère que les infirmiers avec une vision négative de l'âge encouragent moins fréquemment une reconstruction mammaire chez les patientes plus âgées.

Discussion-conclusion

À l'instar d'autres études (Madan *et al.*, 2001 ; Protière *et al.*, 2010), nous confirmons que, tant du point de vue esthétique que curatif, le personnel soignant encourage moins fréquemment un traitement chez les patients plus âgés comparativement aux plus jeunes. De plus, nos résultats suggèrent que la différence faite entre jeunes et âgés serait dépendante de la vision que l'on a de l'âge mais ce uniquement dans le domaine

esthétique (reconstruction mammaire). D'un point de vue curatif, il semblerait donc que nous ayons des attitudes âgistes quelle que soit notre propre vision du vieillissement. Ceci pourrait refléter l'intégration d'un tel concept de manière totalement inconsciente et automatique dans les attitudes de soins.

Références bibliographiques

Boudjemad, V., & Gana, K. (2009). Ageism : adaptation of the Fraboni of Ageism Scale-Revised to the French language and testing the effects of empathy, social dominance orientation and dogmatism on ageism. *Canadian Journal on Aging*, 28 (4), 371-389. DOI : 10.1017/S071498080999016X.

Butler, R. N. . (1969). Age-Ism : Another form of bigotry. *The Gerontologist, 9*, 243-246. DOI : 10.1093/geront/9.4_Part_1.243.

Gaymard, S. (2006). The representation of old people : Comparison between the professionals and students. *Revue internationale de Psychologie Sociale*, 19, 69-91.

Levy, B., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences ans Social Sciencs*, 57 (5), P409-417.

Levy, B., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261-270. DOI : 10.1037//0022-3514.83.2.261.

Madan, A. K., Aliabadi-Wahle, S., & Beech, D. J. (2001). Ageism in medical students' treatment recommendations : the example of breast-conserving procedures. *Academic medicine*, 76 (3), 282-284.

Murthy, V. H., Krumholz, H. M., & Gross, C. P. (2004). Participation in cancer clinical trials : race-, sex-, and age-based disparities. *JAMA*, 291 (22), 2720-2726. DOI : 10.1001/jama.291.22.2720.

Protière, C. , Viens, P., Rousseau, F., & Moatti, J.-P. (2010). Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy ? *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 75, 138-150. DOI : 10.1016/j.critrevonc.2009.09.007.

Ryan, E. B. , & Butler, R. N. (1996). Communication, aging, and health : towards understanding health providers relationships with older clients. *Health Communication*, 8 (3), 191-197.

Smith, B. D., Smith, G. L., Hurria, A., Hortobagyi, G. N., & Buchholz, T. A. (2009). Future of cancer incidence in the United States : burdens upon an aging, changing nation. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (17), 2758-2765. DOI : 10.1200/JCO.2008.20.8983.

Cinquième partie

Maladies chroniques

Observance thérapeutique et vécu de la première consultation chez les patients infectés par le VIH

Aurélie Gauchet[1], Marion Peyre[2],
Matthieu Roustit[2] et Olivier Epaulard[2]

[1] Université de Grenoble. Email : Aurelie.gauchet@upmf-grenoble.fr
[2] CHU de Grenoble

Mots-clés : observance, relation médecin-patient, VIH, représentation du traitement antirétroviral.

Introduction

Plus de trente ans après le début de l'épidémie, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en France, a cessé d'être synonyme de mort prochaine pour entrer peu à peu dans le champ des maladies chroniques. Ainsi, en 2011, près de 90 % des patients reçoivent un traitement antirétroviral, l'objectif d'une charge virale inférieure à 20 copies/mL est atteint chez 88 % des patients traités depuis plus de 6 mois, et plusieurs études suggèrent que l'espérance de vie des sujets traités précocement est peu différente de celle de la population générale (Nakagawa, Lodwick, 2012).

Beaucoup d'études se sont déjà penchées sur les différents facteurs influençant l'observance thérapeutique des antirétroviraux. Certains sont désormais bien établis : le jeune âge, et l'existence de troubles psychiatriques ou neurologiques associés (dépression, démence, polyaddictions, éthylisme chronique...), sont des facteurs de non-observance fréquemment mis en évidence (Hinkin, Hardy, Mason, Castellon, Durvasula, Lam, 2004). D'autres facteurs positifs ont été dégagés par différentes études, tels que l'existence d'un soutien familial et la parentalité du patient au moment de l'instauration du traitement (Protopopescu, Raffi *et al.*, 2009) ; le genre et l'origine ethnique influent de façon inconstante selon les études. Les modalités du traitement et sa tolérance sont également susceptibles d'entraver l'observance : effets indésirables ressentis, nombre

de prise(s) par jour et nombre total de comprimé(s) (Parienti, Bangsberg, 2009). Enfin, les relations médecin-patient semblent être susceptibles de conditionner l'observance, qui se trouverait facilitée par une bonne communication et une meilleure confiance du patient en son médecin (Schneider, Kaplan, 2004 ; Ingersoll, Heckmann, 2005). L'observance du traitement antirétroviral (ARV) est le facteur principal de succès thérapeutique chez les patients séropositifs pour le VIH ; de nombreuses études ont déjà exploré différents facteurs l'influençant, mais seul un nombre restreint s'est intéressé au rôle de la relation médecin-malade dans la prise des ARV.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'influence de la relation médecin-malade sur l'observance, et plus particulièrement de voir s'il existe une corrélation positive entre le vécu de la première rencontre avec un médecin spécialisé dans le VIH et l'observance ultérieure des antirétroviraux.

Méthode

Un questionnaire constitué de différents questionnaires validés a été soumis entre février et avril 2014 aux patients consultant au Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) du CHU de Grenoble et traités par ARV. Il évaluait leur observance (score de Morisky 8-items, Korb-Savoldelli *et al.*, 2012), leur vécu de la première consultation avec un médecin spécialisé dans le VIH (score de communication médecin-malade – CMM, Sustersic *et al.*, soumis), leurs représentations des traitements (*Beliefs About Medicine Questionnaire* – BMQ, Horne & Weinman, 1999), ainsi que différents paramètres bio-psycho-sociaux. Les patients ont pu remplir les questionnaires de manières anonymes, en les déposant dans une urne scellée en salle d'attente.

Résultats

Les patients (n = 151) étaient âgés en moyenne de 48 ans (ET = 11) et étaient majoritairement des hommes (81 %). La première consultation avait eu lieu en moyenne il y a 14,5 ans (ET = 8,5) et les patients étaient sous ARV depuis 12,3 ans (ET = 7,6). Ils ont pour la plupart une charge virale indétectable (88,1 %), et 58,8 % ont rapporté un taux de CD4 au-dessus de 500/mm3. Le score d'observance (score de Morisky, maximum 8) était de 7,1 (ET = 1,1), et 21,2 % des patients avaient un score en dessous de 7.

L'observance était corrélée positivement avec le score CMM (p = 0,004 avec le score de Morisky), ainsi qu'avec chacun des sous-scores du BMQ. En revanche, les autres variables socio-démographiques n'avaient pas d'influence sur l'observance, hormis le fait d'avoir changé de médecin spécialisé dans le VIH au cours du suivi (p = 0,032).

Nous avons trouvé un lien de médiation complète entre la relation médecin-patient (CMM), les représentations positives du traitement ARV (BMQ VIH+) et l'observance au traitement antirétroviral, présenté dans la figure 1 ci-dessous. Les analyses ont été effectuées en utilisant la procédure des modèles d'équations structurales, à l'aide des logiciels SPSS® and SPSS® Amos 22 pour Windows (IBM, Inc., Armonk, New York, USA).

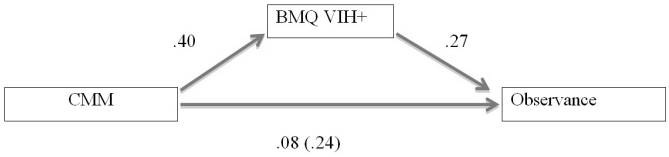


Figure 1 – Médiation entre la relation médecin-patient (CMM), les représentations du traitement ARV (BMQ VIH+) et l'observance chez les patients infectés par le VIH.

Discussion-conclusion

Cette étude prospective observationnelle menée au CHU de Grenoble nous a permis d'observer une corrélation entre le vécu de la première consultation avec un infectiologue dans le cadre d'un suivi d'infection par le VIH, et l'observance ultérieure des antirétroviraux. Cela tend à confirmer l'influence essentielle des relations médecins-malades et de la qualité des entretiens initiaux lors d'une maladie chronique sur l'adhérence ultérieure du patient à son suivi. Par ailleurs, nous avons observé une corrélation entre le BMQ et les scores d'observance ; ceci confirme (Horne & Weinman, 1999 ; Gauchet, Tarquinio, Fischer, 2007) l'impact des croyances du patient relatives à la médecine de façon générale, et à son traitement anti-rétroviral en particulier.

L'une des applications attendues de cette étude est la mise en place de pratiques réflexives par les médecins sur les consultations d'annonce, et plus généralement sur les relations médecin-malade. Il nous apparaît de plus en plus nécessaire de former les soignants et étudiants à cet aspect crucial de leur pratique.

Références bibliographiques

Gauchet, A., Tarquinio, C., Fischer, G. (2007). Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *Int J Behav Med.*, 14, 141-150.

Hinkin, C. H., Hardy, D. J., Mason, K. I., Castellon, S. A., Durvasula, R. S., Lam, M. N. (2004). Medication adherence in HIV-infected adults : effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, 18, suppl. 1, 19-25.

Horne, R., Weinman, J. (1999). Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.

Ingersoll, K., Heckmann, C. (2005). Patient-clinician relationships and treatment system effect on HIV medication adherence. *AIDS Behav.*, 9 (1), 89-101.

Korb-Savoldelli, V., Gillaizeau, F., Pouchot, J., Lenain, E., Postel-Vinay, N., Plouin, P.-F., Durieux, P., & Sabatier, B. (2012). Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 14 (7), 429-434.

Nakagawa, F., Lodwick, R. K. (2012). Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. *AIDS*, 26 (3), 335-343.

Parienti, J. J., Bangsberg, D. (2009). Better adherence with once-daily antiretroviral regimen : a meta-analysis. *Clin Infect Dis*, 48 (4), 484-488.

Protopopescu, C., Raffi, F. *et al.* (2009). Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy : a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing datas. *JAC*, 64, 599-606.

Schneider, J., Kaplan, S. (2004). Physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med.*, 19, 1096-1103.

Sustersic, M., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Genty, C ., Allenet, B., Gauchet, A., Bosson, J. L. (soumis). Development of a scale based on a systematic review of the literature to assess doctor-patient communication (DPC) during a consultation. *British Journal of Health Psychology*.

Spécificités de la relation médecin-patient dans le parcours de soins de patients atteints de sclérose en plaques : vécus d'incertitude, d'impuissance, fragilité de l'alliance thérapeutique et conséquences pour le patient

William A. Houllé*, Baptiste Plazonnet, Camille Mellinger, Cyril Tarquinio et Marie-Louise Costantini-Tramoni

Université de Lorraine, EA4360 APEMAC, équipe EPSaM, Metz
* Auteur correspondant : william-houlle@live.fr

Mots-clés : communication, maladies chroniques, relation médecin-patient, sclérose en plaques.

Introduction

La sclérose en plaques est une maladie auto-immune du système nerveux central qui touche en particulier les femmes et s'avère être la première cause de handicap non traumatique chez les jeunes adultes (prévalence : environ 90 000 personnes en France ; incidence : 2 000 nouveaux cas par an en France). Notre recherche a pour but d'explorer l'expérience vécue de la maladie et du parcours de soins auprès de patients et de neurologues, ainsi que d'appréhender les processus intersubjectifs inhérents à la relation médecin-patient.

Méthode

Cette étude qualitative, qui s'inscrit dans une perspective compréhensive et constructiviste en psychologie de la santé, s'est centrée sur l'analyse des entretiens de recherche

enregistrés auprès de 20 patients atteints de sclérose en plaques (critères d'exclusion : 1. patients présentant des troubles cognitifs modérés à sévères ; 2. présence d'une dysarthrie prononcée ; moyenne d'âge=46 ; SD = 9,4 ; range = 22-68) recrutés en Lorraine (Est de la France) et de 15 neurologues (moyenne d'âge = 41 ; SD = 6,7 ; range = 31-60) issus de plusieurs centres hospitaliers de Lorraine (CHR de Metz-Thionville, CHU de Nancy) ou de cabinets de neurologie (région Lorraine). Deux entretiens semi-directifs ont été menés pour chaque patient (méthodologie issue de la Grounded Theory : 1. passation d'un premier entretien ; 2. restitution en feed-back des informations issues du premier entretien pour permettre au patient de poursuivre l'élaboration de son expérience vécue et confondre notre représentation de son vécu à sa réalité psychique ; le feed-back promeut l'émergence d'une posture réflexive chez les patients) et un entretien semi-directif par neurologue (méthodologie de recueil des données adaptée aux contraintes inhérentes notamment à la disponibilité de ces sujets), à partir de guides d'entretiens élaborés suite à l'analyse d'entretiens non directifs exploratoires. L'analyse des données s'est effectuée par une analyse de contenu avec utilisation de l'Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, Flowers & Larkin, 2009) complétée par une analyse clinique des processus psychiques (orientation psychodynamique) (Pedinielli & Fernandez, 2005). Seuls les résultats de l'IPA seront présentés au travers de cette communication.

Résultats

Tableau 1 – Thèmes et sous-thèmes issus des analyses IPA des entretiens et retenus au regard de l'objet de la recherche.

Thèmes	**Sous-thèmes**
Expérience vécue de l'annonce et du parcours de soins dans la maladie	Expérience vécue de l'annonce de la maladie et du parcours de soins par les patients Expérience vécue de l'annonce de la maladie et du parcours de soins par les neurologues Rapport du neurologue à sa profession
Spécificités de la relation médecin-patient	Erreurs de diagnostic possibles et parfois situations de non-annonce diagnostic Médecine perçue parfois comme impuissante Confrontation discours profane / discours médical Situations de négociations dans la relation Conséquences de la rupture de confiance dans la relation médecin-patient
Traitements médicaux et médecine alternative et complémentaire	Représentations des traitements et croyances Médecine alternative et complémentaire

L'analyse IPA, qui a permis l'émergence de certains thèmes (*cf.* tableau 1), a suivi les étapes suivantes (Smith *et al.*, 2009), que l'on retrouve également dans l'analyse par théorie ancrée (Paillé, 1994) : 1. lecture exhaustive de l'ensemble des entretiens pour saisir le contexte dans lequel s'inscrivent les données 2. codification (étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial) ; 3. catégorisation (les aspects les plus importants du phénomène à l'étude commencent à être nommés – thèmes et sous-thèmes) ; 4. mise en relation (mettre en relation des catégories qui étaient

relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leur lien soit explicité - recours possible à la schématisation) ; 5. intégration : délimitation de l'objet précis de la recherche, dont découlera l'analyse ; 6. modélisation : on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé ; 7. théorisation : tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié. Les données brutes ont donc été regroupées en unités (thèmes et sous-thèmes) selon certaines caractéristiques (Bardin, 1977) : homogénéité (même règle de classification appliquée pour l'ensemble de l'analyse), exhaustivité (tout le corpus d'entretiens est utilisé), exclusion mutuelle (une donnée ne peut être classée dans plus d'une catégorie) et pertinence (catégories en cohérence avec l'objet de la recherche).

Expérience vécue de l'annonce et du parcours de soins dans la maladie par les patients et les neurologues

L'annonce du diagnostic clôt l'interminable temps des incertitudes et de son flot ininterrompu d'examens parfois intrusifs (P5 : « Enfin je savais ce que j'avais, après plusieurs mois d'angoisse ») et fait entrer de façon parfois brutale le patient dans une réalité nouvelle (S16 : « On a beau s'y attendre, quand on l'apprend officiellement, c'est vraiment dur »). Les angoisses verbalisées par les patients sont nombreuses dans la sclérose en plaques : caractère héréditaire de la maladie ; risques de la SEP sur la grossesse ; handicap, fauteuil roulant et décès ; survenue de la prochaine poussée et conséquences physiques de cette dernière ; efficacité et effets secondaires des traitements ; étiologie de la maladie… (P7 : « Honnêtement, je n'aurais pas pensé que je passerais mes 50 ans » ; SP3 : « Je pense que c'est une épée de Damoclès au-dessus de ma tête qui restera toujours »). Les annonces sont parfois vécues douloureusement par les neurologues, en témoignent les nombreuses craintes verbalisées par ces derniers : difficultés d'annonce aux jeunes patients (N3 : « Dans la grande majorité des cas c'est des jeunes patients qui se mettent à pleurer […] ; c'est jamais agréable ») ; impact psychologique de l'annonce (N3 :« On dit la chose qui va à partir de là jusqu'à la fin de leur vie, qui va les accompagner et changer énormément de choses certainement pas dans le positif »), la crainte de la « non-annonce diagnostique » (N11 : « Il y a aussi des "annonce diagnostique", c'est-à-dire des gens chez qui on suspecte fortement la sclérose en plaques, on n'a pas tous les critères […] pour leur proposer un diagnostic, […] on se retrouve à devoir dire au patient que peut-être on pense que c'est ça, et que peut-être c'est pas ça »). Ces expériences négatives auront un impact sur la manière d'annoncer et sur le contenu des annonces durant le parcours de soins. La prise en charge complexe de la sclérose en plaques induit inévitablement une réflexion du neurologue sur sa place dans sa relation au patient et plus globalement sur sa profession. Une des spécificités de la SEP réside en effet dans le fait qu'il n'existe aucun traitement curatif de la maladie à ce jour (N8 : « Qu'on annonce une épilepsie, un accident vasculaire cérébral, une sclérose en plaques […]. Chaque fois, c'est des maladies chroniques qu'on ne guérit pas. […] je sais pas comment ça conditionne mon discours »). Cette impuissance exprimée par les neurologues va alors être perçue par des patients dont les angoisses sont déjà paroxystiques. La relation de confiance peut alors dans certains cas être fragilisée dès l'annonce du diagnos.

Spécificités de la relation médecin-patient : une relation de confiance malmenée

La relation neurologue-patient sera à de nombreuses reprises fortement ébranlée, parfois jusqu'à la rupture définitive. Ainsi, nous vous proposons un aperçu de certains facteurs qui vont juguler la qualité de la relation entre les deux protagonistes : 1. erreurs de diagnostic possibles et parfois situations de non-annonce diagnostic ; 2. médecine perçue parfois comme impuissante, tant dans l'explication de l'étiologie de la maladie que dans son évolution possible (P9 : « C'est un gros point d'interrogation parce qu'en fin de compte on n'en sait rien de cette maladie, elle est tellement "vague" » ; N5 ; c'est faire croire qu'on sait, alors qu'on ne sait que statistiquement. À l'échelle individuelle, on ne sait pas »), ce qui va amener les patients à donner aux théories profanes la même importance qu'au discours médical. La perception d'une médecine incertaine et impuissante dans la prise en charge va induire l'émergence de négociations parfois âpres entre le patient et son médecin, dans une tentative du patient de maintenir le contrôle sur une situation qui semble totalement lui échapper : lorsque le patient demande à obtenir rapidement et avec insistance le diagnostic, lorsque le praticien propose l'arrêt du traitement, lorsque le patient demande l'essai d'un nouveau traitement, pour amener le patient à suivre les indications thérapeutiques, pour amener le patient à passer de nouveaux examen.

Traitements médicaux et médecine alternative et complémentaire

Le quotidien des patients et leur vécu de la maladie se cristallise progressivement entièrement autour de l'objet médicament et ce de manière quasi-obsessionnelle. Les échecs thérapeutiques, le manque d'études cliniques relatives aux effets à moyen et long terme des traitements, la participation élevée des patients à des essais cliniques n'aura de cesse d'amplifier un sentiment d'impuissance déjà manifeste (P10 : « Encore maintenant je ne sais pas ce qui va se passer. [...] on me donne des médicaments, on me fait de nombreux examens [...]. Alors on se sent cobaye [...], on est dans l'ignorance d'une maladie qui n'est pas connue au bout de tant d'années »). On note alors de nombreux comportements d'automédication et d'usage de médecines alternatives et complémentaires (P12 : « J'ai continué à m'administrer cette doctrine de vie, d'hygiène alimentaire, d'hygiène corporelle, d'activités sportives, de jeûnes alimentaires... » / P1 : « C'étaient des petites piqûres de gaz [...], de xénon... »), ainsi qu'un « nomadisme médical » fréquent chez les patients.

Discussion-conclusion

La sclérose en plaques soulève un grand nombre d'interrogations et d'angoisses chez les patients, angoisses qui s'avèrent persistantes et qui sont exacerbées tout au long du parcours de soins par un certain nombre de facteurs, inhérents à la fois au vécu subjectif des patients et des neurologues, au vécu intersubjectif de la relation médecin-patient, et aux progrès et limites actuels de la médecine quant au traitement de cette maladie. Les impacts psychiques engendrés par les annonces de mauvaises nouvelles, le sentiment d'impuissance lié au caractère imprévisible de l'évolution de cette maladie

progressivement handicapante, la défiance quant à l'efficacité des traitements proposés voire à l'absence de traitements pour certaines formes de la maladie expliquent en partie la fragilité de l'alliance thérapeutique avec le neurologue, avec notamment une remise en question du discours médical, et les réactions émotionnelles et comportementales parfois extrêmes des patients qui en découlent.

Références bibliographiques

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.

Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research*. London : SAGE Publications.

Efficacité de l'entraînement à la résolution de problèmes chez les toxicomanes : étude pilote

Hadda Ouahida Sail

Université d'Alger-2. Email : wahida009@yahoo.fr

Mots-clés : résolution de problèmes, toxicomanie, stress, Algérie.

Introduction

La toxicomanie est un problème de santé publique qui affecte la santé physique, mentale et sociale. L'individu ayant un haut risque de d'usage de drogues présente un déficit dans la résolution de problèmes (utilisation de l'évitement comme stratégie de coping principale face au stress) (Platt & Husband, 1993 ; Sail, 2008), une impulsivité et une indifférence face aux événements stressants selon Jaffee, Conrod, D'Zurilla, Jacobs & Schlauch (cité par Jaffee & D'Zurilla, 2009) et des déficits des compétences sociales (Pentz, 1983). Ces facteurs incitent à la recherche de drogues et à la rechute vu l'absence de compromis (Marlatt & Gordon, 1980). En se basant sur la conception de D'Zurilla & Goldfried (1971), les effets de l'entraînement à la résolution de problème social, estimés positifs et bénéfiques, permettent de maintenir l'ajustement psycho–social (Platt, Husband, Steer & Iguchi, 1995). Notre étude a pour objectifs, l'identification des stratégies de « coping » et l'enseignement des stratégies performantes dans la gestion du stress auprès d'un groupe de toxicomanes.

Méthode

Participants : l'échantillon est composé de 8 patients polyconsommateurs (M d'âge de début de la prise de drogue = 16 ans) de sexe masculin (âgés 17 à 35 ans, M = 27 ans), 5 célibataires et 3 mariés. L'entraînement s'est effectué en ambulatoire, au Centre de soins aux toxicomanes – CHU de Blida. L'efficacité de l'entraînement est vérifiée grâce au protocole quasi expérimental du cas singulier comme suit :

Test : passation de l'échelle des événements stressants de la vie (Shakir, 2003), l'échelle de résolution de problème social révisée SPSI-R (D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002).

L'entraînement à la résolution de problèmes, conçu par D'Zurilla & Nezu (2001) réalisé en 16 séances hebdomadaires d'une heure et demie, associé à la relaxation.

Retest : réévaluation par les échelles de SPSI-R et des événements stressants de la vie. Les résultats sont présentés sous forme de moyennes des scores obtenus aux (tests et retests) pour chaque variable et les comparaisons sont établies grâce au t-test.

Résultats

L'analyse des résultats effectuée par SPSS indiquent des différences significatives entre les scores des tests (avant l'entraînement) et les scores des retests (après l'entraînement) dans toutes les stratégies de résolution de problème social. L'entraînement a amélioré les stratégies effectives en augmentant les scores de l'attitude positive envers le problème (Mtest = 9,87 ; Mretest = 19 ; t = -4,36 ; p = 0,003) et la résolution rationnelle du problème (Mtest = 47,87 ; Mretest = 70,70 ; t = -4,52 ; p = 0,003) qui comporte quatre sous-échelles dont on note les résultats suivants : définition et formulation de problème (Mtest = 13 ; Mretest = 17,62 ; t = -4,26, p = 0,004), solutions alternatives (Mtest = 12,62 ; Mretest = 17,12, t = -3,81 ; p = 0,007), la prise de décision (Mtest = 13,62 ; Mretest = 18,12 ; t = -2,46 ; p = 0,043), l'exécution de la solution et vérification (Mtest = 10,87 ; Mretest = 17,87 ; t = -3,97 ; p = 0,005). L'entraînement a également amélioré les stratégies dysfonctionnelles en diminuant les scores de : l'attitude négative envers le problème (Mtest = 30 ; Mretest = 7 ; t = 7,01, p < 0,001), le style impulsivité / indifférence (Mtest = 28 ; Mretest = 13,5 ; t = 4,98, p < 0,001), et le style d'évitement (Mtest = 18,37 ; t = 3,97 ; p = 0,005). Par ailleurs, les résultats montrent une différence significative entre les scores de l'échelle des événements stressants de la vie (Mtest = 88,12 ; Mretest = 39,75 ; t = -9,36 ; p < 0,001), qui peut être expliqué par l'entraînement à la relaxation qui a modéré l'impact de ces événements chez les sujets toxicomanes.

Discussion-conclusion

L'évaluation, avant l'entraînement a révélé une tendance des sujets à adopter des stratégies de « coping » dysfonctionnelles, dont l'évitement et le style impulsif qui ont renforcé leurs problèmes sociaux. L'entraînement à la RPS a facilité l'utilisation de stratégies de « coping » effectives avec les événements stressants, a redonné confiance aux sujets, eux qui ne croyaient plus à la possibilité de gérer les tracas quotidiens qu'ils contrôlaient moins et que désormais, le processus de gestion de stress dépend de leurs attitudes positives. L'entraînement à la relaxation a stabilisé la tension émotionnelle et a facilité leur performance. Les problèmes ne sont plus considérés comme des menaces mais plutôt une opportunité pour évoluer dans la vie. Les sujets ont bien exprimé leurs satisfactions des résultats et de leurs efforts. Néanmoins, ces résultats ne concernent que le groupe de l'étude, et la durée de l'entraînement ainsi que le type de protocole de recherche qui s'est basé sur un seul groupe.

En conclusion, à long terme, une autre étude sera menée en consolidant l'entraînement à la résolution de problèmes en faisant une étude sur l'efficacité, en comparant un groupe expérimental à un groupe contrôle, la démarche consiste à renforcer l'autonomie personnelle dans la gestion de stress et la prévention de la rechute.

Références bibliographiques

D'zurilla, T. J., & Golfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (1), 107-126.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2001). Problem solving therapies. *In* K. S. Dobson (ed). *The handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 221-245). New York : Guilford Press.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2002). *SPSI-R. Social problem solving inventory-revisited. Technical manual.* New York : Multi-Health Systems.

Jaffee, W. B., & D'zurilla, T. J. (2009). Personality, problem solving and adolescent substance use. *Behavior Therapy*, 40, 93-101.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse prevention : implications for the maintenance of behavior change. *In* P. O. Davison & S. M. Davison (eds). *Behavioral medicine : changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York : Brunner / Mazel.

Pentz, M. (1983). Prevention of adolescent substance abuse though social skill development. *In* T. Glynn, C. Lenkefelt, & J. Ludford(eds). *Preventing adolescent drug abuse.* NIDA research monograph (47, pp. 195-232). Washington DC : US Government Printing Office.

Platt, J. J., & Husband, S. D. (1993). An overview of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment. *Psychotherapy*, 30 (2), 276-330.

Platt, J. J., Husband, S. D., Steer, R. A., & Iguchi, M. Y. (1995). Problem solving types among high- risk IDUS. Potential treatment implications. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (2), 103-109.

Sail, O. H. (2008). Stratégies de coping chez les toxicomanes. *Revue des études psychologiques et éducatives. Université de Blida. Algérie*, 3, 281-203.

Shakir, M. Z. (2003). *L'échelle des attitudes de vie stréssantes en milieu arabe. Manuel d'utilisation* (3e éd.). Le Caire : Maktaba Nahdha Mesrya.

Soins de support – analyse critique de la place du sujet

Claire Vitale[1], Laura Peyla[1], David Marie[1],
Éric Dudoit[1-2], Florence Duffaud[1] et Sébastien Salas[1]

[1] APHM Timone, Service d'oncologie médicale et de soins palliatifs, Pr. Duffaud, 13385, Marseille, France
[2] Université Aix-Marseille, LPS EA 849, 13621, Aix-en-Provence, France
Emails : claire.vitale@ap-hm.fr – laura.peyla@gmail.com – david.marie@ap-hm.fr – eric.dudoit@ap-hm.fr – florence.duffaud@ap-hm.fr – sebastien.salas@ap-hm.fr

Mots-clés : cancer, soins de support, biopouvoir, sens, subjectivité.

Introduction

La médecine postmoderne, indubitablement modelée par le bio-pouvoir (Foucault, 1976), tend à réduire le patient à sa pathologie et introduit des prises en charge fragmentées, morcelées. Face à cette médecine anatomo-pathologique et à l'hyperspécialisation des pratiques, les soins de support ont été présentés comme un moyen de réintroduire une prise en charge holistique du sujet, en recentrant l'accompagnement sur le vécu subjectif du patient et de ses proches. Ce mouvement met en exergue les notions de globalité et de continuité (Circulaire DHOS/SDO, 2005).

Pourtant, cette conception des soins de support, comme laissant une place au sujet, à son désir, et non seulement à la pathologie et aux besoins, semble aujourd'hui compromise. Dans la société actuelle de la norme (Canguilhem, 1966) et de la forclusion de la castration (Lacan, 1972), l'éthique à l'origine des soins de support est mise à mal. Les soins de support n'emprunteraient-ils pas aujourd'hui le chemin « de la dissociation progressive de la maladie et du malade, faisant de leurs agents [...] des "ingénieurs d'un organisme décomposé comme une machinerie" pour parler comme Canguilhem : d'un côté le soin, de l'autre l'adaptation aux soins » (Ben Soussan, 2011, p. 17) ? Dans notre société non plus éthique, mais objectivante, scientifique, n'utilise-t-on pas les soins de support comme trompe l'œil, trompe conscience ou trompe la mort de notre impuissance à tout maîtriser ? Finalement, quelle est la place laissée au sujet par le

système médical et les soins de support, reflet d'un fonctionnement sociétal actuel plus large ?

Méthode

Pour étayer notre propos, nous avons utilisé une étude de cas, dont l'analyse repose sur le modèle psychanalytique. Celle-ci tend à témoigner d'un caractère de généralité qui la rend heuristique.

Résultats

Au travers de rencontres cliniques, nous avons mis en avant que les soins de support sont aujourd'hui fréquemment proposés, voire imposés, comme des solutions normées qui évincent ce qu'il en est du vécu subjectif de tout un chacun. Ce renforcement de la norme se dessine sous la forme de protocoles divers et variés. L'introduction de ces protocoles normés qui considèrent la pathologie avant l'humain, peut déposséder le sujet de son corps, lit de son être et de sa subjectivité : il est réduit à un organisme mutique qu'on guérit « à coup de protocoles ».

De plus, la société actuelle du « tout tout de suite » (Sportès, 2011) et du « tout possible » (Melman, 2005), laisse penser que les prises en charge des patients peuvent être des prises en charge globales. Autrement dit, ce terme de prise en charge « globale » laisse imaginer que les besoins du patient, après avoir été évalués, peuvent être comblés. Mais que faire face à un patient qui demande l'impossible ? Que faire quand ce qu'énonce le sujet n'est pas du côté du besoin, mais se situe dans un ailleurs ?

Finalement, les patients mettent en avant au travers de leur demande que le sujet, qu'il soit patient, soignant, bref vivant, ne peut être réduit à une somme de besoins à combler et de symptômes à soulager. De fait, le désir émerge avec le manque (Lacan, 1966), manque insupportable pour la société actuelle du discours capitaliste (Lacan, 1969-1970) et qui n'est pas à confondre avec un quelconque engagement politique ou économique. Les discours désignent, selon Lacan, des types de liens sociaux qui règlent notre rapport au monde. La particularité du discours capitaliste, résultat de la fusion de la technoscience et du marché, est une forclusion de la castration (Lacan, 1972) qui méconnaît l'impossible, qui refuse la part de Réel propre à tout sujet, c'est-à-dire qui refuse toute énigme, tout manque dans le savoir, tout désir. Bref, dans la société d'aujourd'hui les liens sociaux sont réduit à une logique consommatrice qui consume doucement ce qu'il en est de la rencontre d'humain à humain.

Discussion-conclusion

Notre présentation met en avant ce qu'il semble en être aujourd'hui de la place du sujet dans les soins de support : un sujet normé pour lequel le « désir à réaliser » est retranché au rang de « besoin à satisfaire » au moyen de soins adéquats, dont les soins de support font partie. Ces derniers sont proposés la plupart du temps quand les soignants se trouvent impuissants, démunis face à l'énigme aux multiples facettes que présente le patient. Ils sont alors un « bouche-trou », bouche trou du Réel, de l'énigme, du désir, de la rencontre surtout, bref une sorte de prothèse psychique et

physique. Ils répondent de par leur acronyme SOS à cet appel à l'aide des équipes quand elles ne savent plus quoi faire. SOS du patient et des équipes se faisant alors écho.

Pourtant cet appel à l'aide ne vient-il pas tenter d'appeler à autre chose ? N'est-il pas un appel maladroit à un ailleurs, à la rencontre ? Se « prothéser » et « prothéser » l'autre (Lacan, 1969-1970) est la réponse que nous propose la société actuelle. Des voix aujourd'hui heureusement s'élèvent, celle des patients, des soignants, de tout un chacun pour dire que cette prothèse, et ce mal de rencontre et d'amour qu'elle implique (Lacan, 1971-1972), ne protège pas, ou si peu. C'est un pas déjà, un pas vers un ailleurs peut-être. Mais soyons prudents de ne pas ici retomber dans nos travers d'humain, soit ceux qui aspirent à éviter toute forme de souffrance, de risque, d'inconnu.

Arrêtons un temps de fuir l'ici et maintenant pour prendre le risque de la rencontre. Ne soyons ni dans le passé, ni dans le futur, mais là, ici et maintenant (Sri Nisargadatta Maharaj, 1978-1980). Que ce présent est mystérieux, sans projection et sans retour. Il est pour le dire familièrement « flippant », car il nous confronte à l'angoisse existentielle. Il ouvre au mystère, à l'inconnu. Dans cet espace temps, « moi » disparaît, et avec lui mon savoir, mes croyances, mes connaissances, mes illusions, mes idées, mes certitudes. Alors seulement, l'autre en tant qu'alter peut faire entendre sa voix dans la « nuit obscure de l'âme » (Saint Jean de la Croix) dans laquelle je ne comprends pas l'autre, ce patient, j'entends simplement. Entre cris, pleurs, paroles et rires, c'est une demande d'amour qui s'énonce avec des mots qui échappent, qui ratent. « Toute demande est demande d'amour » (Lacan, 1960-1961) et c'est bien ce que s'évertuent à dire nos patients. Cet amour pourtant ne peut s'entendre du côté du même, du similaire, soit aime moi, aimons nous dans nos ressemblances, dans une forme d'identification ou « je » est le même que toi. Non, « aimer, c'est donner ce qu'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas » (*ibid.*), autrement dit, aimer c'est accepter le manque chez soi et chez l'autre, c'est dire oui au mystère de l'inconnu de la rencontre. Cessons donc de « prothéser » nos patients : ne restons à la pro-thèse, soit étymologiquement à ce qui se passe avant la thèse. Osons parfois laisser la prothèse de côté pour la thèse, celle de la rencontre clinique faite de ratés, de rêves et de rires. Oui, ratons, rêvons, rions. Cessons de tout prendre au sérieux nous-mêmes d'abord, mais surtout un savoir qui ne fait pas sens, au sens de sens existentiel. La maladie de l'homme d'aujourd'hui, de vous, de moi, n'est-elle pas le pêcher de vanité, celui qui nous conduit à prendre la vie au sérieux et d'omettre son insensé, sa folie, son absurdité, et en cela de la vider de son essence ?

« Vanité, tout n'est que vanité. Que vaut la peine que l'homme prend sous le soleil ? Il y a un temps pour tout, un temps pour aimer, pour rire, pour mourir », nous dit Ben Sira dans le Qohelet. Prenons donc pour conclure conscience de notre vanité, moi la première pour ne pas rester tranquillement dans la caverne, et accepter de sortir dans la lumière de la vérité. « Mourons maintenant au maintenant. » (Sri Nisargadatta, 1978-1980.)

Références bibliographiques

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Circulaire DHOS/SDO (2005).

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1969-1970). *Séminaire XVII : L'envers de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil.

Lacan, J. (1971-1972). *Séminaire XIX : Ou pire. Le savoir du psychanalyste*. Paris : Le Seuil.

Ben Soussan P., préface *in* Alric, J., Benezech, J.-P. (2011). *La mort ne s'affronte pas*. Montpellier : Sauramps médical.

Melman, C. (2005). *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris : Gallimard.

Sportès, M. (2011). *Tout, tout de suite*. Paris : Fayard.

Sri Nisargadatta, M. (1978-1980). *Je suis*. Paris : Broché.

Sixième partie

Risques en santé et éducation thérapeutique

Accompagner une victime accidentée grave de la circulation, une analyse du vécu du proche-aidant principal : présentation des résultats du pré-test de l'étude ESPARR 2 [1]

Bouchara Bejaoui[1], Michèle Koleck[2], Vivian Viallon[3] et Martine Hours[4]

[1] Doctorante en santé publique (psychologie de la santé), Umrestte UMR_T 9405 (université Lyon-1, IFSTTAR). Emails : bouchara.bejaoui@ifsttar.fr – bouchara.bejaoui@universite-lyon.fr
[2] Maître de conférences en psychologie différentielle de la santé, EA 4139 'Psychologie, santé et qualité de vie' (Université de Bordeaux)
[3] Maître de conférences en statistique, Umrestte UMR_T 9405 (université Lyon-1, IFSTTAR)
[4] Médecin épidémiologiste, responsable de recherche, Umrestte UMR_T 9405 (université Lyon-1, IFSTTAR)

Mots-clés : proche-aidant, fardeau, santé publique, modèle transactionnel intégratif et multifactoriel, représentations sociales.

Introduction

Les accidents graves de la circulation sont des évènements de vie critiques dans le parcours de la victime mais aussi dans celui de ses proches, en particulier dans celui du proche désigné comme étant l'aidant principal. En effet, les atteintes fonctionnelles physiques et/ou psychologiques subies par la victime, sont généralement des freins à la récupération de ses capacités et qui nécessite une aide et une supervision quotidienne (Hours *et al.*, 2013). L'accompagnement quotidien, en tant que surcroit de responsabilité, dégraderait la santé physique et psychologique du proche-aidant principal et au fil du temps, il le vivrait comme un fardeau impactant de façon significative sa qualité de vie et son bien-être (Kreutzer *et al.*, 2009 ; Perrin *et al.*, 2013). C'est dans cette perspective que se situe notre recherche, nous tenterons de comprendre et

1. Étude du suivi d'une population d'accidentés de la route dans le Rhône.

d'expliquer comment le proche-aidant principal régule son activité d'accompagnement afin de maintenir sa qualité de vie et son bien-être. Pour ce faire, nous allons adapter le modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer, 2002) afin de définir comment les antécédents individuels, les déterminants sociaux ainsi que les stratégies de coping du proche-aidant influencent sa santé, sa qualité de vie et son bien-être. Par ailleurs, nous nous intéresserons à la représentation qu'a le proche-aidant de son expérience d'accompagnant, celle-ci étant porteuse d'enjeu identitaire (Jodelet, 1984). Nous explorerons également l'évolution de la relation entre le proche-aidant et le blessé (type et qualité relationnelle), toujours en regard de la représentation que le proche-aidant a construit, cette dernière assurant aussi la fonction de régulateur de conduite et de communication (Abric, 2003).

Méthode

Population : les victimes accidentées de la route (MAIS 4+) [2] déclarées au Registre des victimes d'accidents du Rhône à 3, 5 et 11 ans après l'accident, âgée de plus de 16 ans au moment de l'accident. Le proche-aidant principal, désigné par la victime, âgé de plus de 16 ans au moment de l'étude. La victime et son proche-aidant doivent résider en région Rhône-Alpes au moment de l'étude. *Les Outils de recueil des données :* réalisés à partir de deux questionnaires un 'victime', un 'proche-aidant', évaluant les conditions de vie, les conséquences de l'accident sur la relation : aidant / aidé, familiale et sociale. Sur les activités professionnelles et de loisirs, ainsi que la qualité de vie, la symptomatologie dépressive et le soutien social perçu, le niveau de fardeau ressenti, les stratégies d'adaptation, les capacités de la victime et les représentations du rôle d'aidant.

Résultats

Étant une étude en cours de réalisation, actuellement en période d'inclusion des données, cette partie ne concernera qu'une brève présentation du pré-test réalisé avant le lancement de la recherche. L'objectif du pré-test était de vérifier l'adéquation entre les outils de recueils utilisés ainsi que la validation de la faisabilité de la recherche et de ses objectifs. Vingt-cinq personnes ont été contactées, par le biais de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de l'Association des paralysés de France du département du Rhône, 15 personnes sur 25 ont accepté de participer au prétest : 8 aidants (moyenne d'âge : 56,6 ans, 32–71 ; SD = 13,14) et 7 victimes présentant des traumatismes crâniens et/ou des lésions médullaires (moyenne d'âge : 44,6 ans, 30 – 70 ; SD = 15,40). Avec comme critères d'inclusions : les séquelles de la victime devant être non conséquentes à un accident de la route (exclusion des personnes inscrites au registre des victimes accidentées de la route du Rhône, concernées par notre étude). La date de survenue du traumatisme devant être postérieure à 11 ans. La période moyenne post-accident était de 19,17 ans (13-29 ; SD = 4.98), les liens de parentés entre les proches-aidants et les blessés sont en majorité des liens

2. Abreviated Injury Scale (AIS) : classement des blessures, au sein d'un territoire corporel selon une échelle de sévérité à 6 chiffres (1 étant une blessure mineure et 6 correspondant à des blessures allant au-delà de toutes ressources thérapeutiques, 4 étant une blessure sévère). L'AIS Maximum (M. AIS) : AIS le plus élevé recensé chez le blessé ayant subi des blessures multiples.

parentaux (père / fils ou mère / fils) mise à part deux couples, le conjoint accidenté, dans les deux cas était un homme.

Résultats principaux

Les proches-aidants : ils estiment avoir une bonne qualité de vie, un état de santé satisfaisant, et ne présentent pas de symptomatologie dépressive. Ils jugent l'évolution de la relation avec la victime d'un point de vue positif et négatif. Les styles de coping utilisés sont : le coping actif, la planification, la réinterprétation positive et l'acceptation, ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés dans la littérature (Kosciulek, 1994 ; Wade *et al.*, 2001). Les proches-aidants estiment que l'aide apportée au cours du temps, a eu modérément ou peu d'impact sur leur vécu, leur rôle d'aidant étant ressenti davantage comme étant une expérience positive et valorisante.

Les victimes : elles estiment avoir une qualité de vie globalement bonne (sauf pour la dimension relation sociale) et un état de santé moyennement satisfaisant, elles ne présentent pas non plus de symptomatologie dépressive. Elles considèrent l'évolution de leur relation avec leur proche-aidant uniquement sous l'angle positif (contrairement aux proches-aidants).

Ces résultats semblent particulièrement positifs, ils peuvent s'expliquer par le fait que la période post-accident est bien plus grande que celle concernant notre étude, en moyenne 19,17 ans, ce qui laisse supposer que les ajustements effectués par les proches-aidants pour s'adapter au contexte semblent être fonctionnels.

Discussion-conclusion

Le pré-test a permis de vérifier la faisabilité d'ESPARR2 en termes de temps de passation et d'acceptabilité des outils proposés. Il révèle un impact assez positif de l'accompagnement sur l'aidant, découlant de la stabilisation de l'état de santé du blessé et de l'adaptation à la situation du proche-aidant.

Références bibliographiques

Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales.* Toulouse : ERES « Hors collection », 296 p.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Santé. Modèles, concepts et méthodes.* Paris : Dunod.

Hours, M., Chossegros, L., Charnay, P., Tardy, H., Nhac-Vu, H.-T., Boisson, D., Laumon, B. (2013). Outcomes one year after a road accident : results from the ESPARR cohort. *Accident Analysis and Prevention*, 50, 92-102. DOI : 10.1016/j.aap.2012.03.037.

Jodelet, D. (1984). Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. *Communication-Information*, 6 (2-3), 15-42.

Kreutzer, J. S., Rapport, L. J., Marwitz, J. H., Harrison-Felix, C., Hart, T., Glenn, M., & Hammond, F. (2009). Caregivers' well-being after traumatic brain injury : a multicenter prospective investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (6), 939-946.

Perrin, P. B., Stevens, L. F., Sutter, M., Hubbard, R., Diaz Sosa, D. M., Espinosa Jove, I. G., & Arango-Lasprilla, J. C. (2013). Exploring the connections between traumatic brain injury caregiver mental health and family dynamics in Mexico City, Mexico. *PM R*, 5 (10), 839-849.

Wade, S. L., Borawski, E. A., Taylor, H. G., Drotar, D., Yeates, K. O., & Stancin, T. (2001). The relationship of caregiver coping to family outcomes during the initial year following pediatric traumatic injury. *J Consult Clin Psychol*, 69 (3), 406-415.

Les avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes : quels sont leurs effets trois ans après leur lancement en France ?

Jérôme Blondé[1*], Fabien Girandola[1] et Karine Gallopel-Morvan[2]

[1] Université Aix-Marseille, Laboratoire de psychologie sociale (EA 849), Aix-en-Provence
[2] École des hautes études en santé publique (EA 7348 MOS), Rennes
*Auteur correspondant : jerome.blonde@univ-amu.fr

Mots-clés : avertissements sanitaires visuels, tabac, prévention en santé.

Introduction

La lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique. Selon l'OMS, plus de 6 millions de personnes meurent chaque année dans le monde à cause du tabac (OMS, 2015). Si la tendance actuelle se poursuit, le nombre de personnes susceptibles d'en être victimes en 2030 est estimé à plus de 8 millions (OMS, 2015). En France, ce sont 73 000 personnes qui décèdent tous les ans à cause du tabac (Hill, 2012). Il est par conséquent plus que nécessaire d'agir et d'adopter des stratégies efficaces afin de sensibiliser et de prévenir les risques liés à la consommation de tabac. Une des stratégies recommandée par l'OMS (FCTC, 2005) et adoptée dans plus d'une trentaine de pays (*e.g.* Australie, Canada, Brésil, Thaïlande...) est l'utilisation d'avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes. C'est le cas en France où, depuis 2011, des photos représentant concrètement les conséquences du tabagisme sont apposées sur 40 % de la face postérieure de l'emballage (*e.g.* photographies de poumons noircis, de dents très abîmées...). Selon l'OMS, l'objectif des messages visuels est de rendre les paquets moins attractifs, d'attirer l'attention des fumeurs sur les dangers encourus et de dissuader de commencer ou de continuer à fumer.

De nombreuses recherches ont été publiées sur l'effet des avertissements visuels. Alors que certains auteurs remettent en cause leur efficacité (*e.g.* Monárrez-Espino, Bojing,

Greiner, Bremberg & Galanti, 2014), d'autres estiment que les avertissements visuels sont les plus efficaces en vertu des émotions négatives qu'ils suscitent (*e.g.* Kees, Burton, Andrews & Kozup, 2010 ; Andrew, Netemeyer, Kees & Burton, 2014). Selon la littérature, ressentir des émotions négatives (*e.g.* peur, anxiété) à la vue d'un avertissement particulièrement repoussant permettrait de retenir l'attention des fumeurs sur les risques encourus et motiverait à accepter les actions recommandées (*i.e.* réduire ou arrêter de fumer ; Kees, Burton, Andrews & Kozup, 2010 ; Miller, Hill, Quester & Hiller, 2009, 2011). Cela se traduirait par une plus forte allocation de l'attention (Süssenbach, Niemeier & Glock, 2013), une attitude moins favorable à l'égard de la consommation de tabac (Goodall & Appiah, 2008), des intentions plus fortes d'arrêter de fumer (Hammond, Fong, McNeill, Borland & Cummings, 2006 ; Hoek, Wong, Gendall, Louviere & Cong, 2011 ; Veer & Rank, 2012) et, pour les plus jeunes, de ne pas débuter (Koval, Anbur, Pederson, O'Hegarty & Chan, 2005). Dans un contexte français, deux recherches confirment ces résultats (Gallopel-Morvan, Gabriel, Le Gall-Ely, Rieunier & Urien, 2011 ; Gallopel-Morvan, Rieunier & Le Gall-Ely, 2011). Les auteurs observent que les avertissements les plus menaçants sont les plus efficaces pour motiver l'arrêt et ne pas commencer à fumer. Toutefois, ces recherches ont été menées avant le lancement officiel des avertissements visuels actuels (*i.e.* avril 2011). Qu'en est-il de leur effet trois ans après leur mise en place ? Est-ce que les avertissements visuels les plus menaçants produisent toujours des effets positifs même si les fumeurs y ont été exposés à de multiples reprises ?

Méthode

Pour répondre à ces questions, nous avons mené une étude sur 60 fumeurs de l'université d'Aix-Marseille (âge : $M = 19.72$, $ET = 1.55$; hommes = 28 ; femmes = 32 ; fumeurs occasionnels = 17 ; fumeurs réguliers = 43 ; consommation [nombre de paquet / semaine] : $M = 2.10$, $ET = 1.87$) en avril 2014. Chacun était d'abord exposé à un paquet de cigarettes réel (durée d'exposition limitée à 30 secondes) sur lequel figurait un des trois avertissements sanitaires sélectionnés. Afin de choisir ces 3 messages, un pré-test évaluant les 14 avertissements existants en France a été mené sur 15 personnes. Il a permis de retenir les trois avertissements suivants : un avertissement « menace faible » (*i.e.* photographie de mains vieillies ; $M = .95$), un avertissement « menace forte » (*i.e.* photographie d'une tumeur de la gorge ; $M = 3.87$) et un avertissement « contrôle » (*i.e.* texte seul sans image). Les participants remplissaient ensuite un questionnaire mesurant les réactions affectives négatives (*i.e.* cinq items : « effrayé », « inquiet », « tendu », « nerveux », « anxieux »), l'élaboration cognitive à l'égard de l'avertissement (*i.e.* tâche de listage des pensées), l'attitude envers la consommation de tabac (*i.e.* cinq items : « bon / mauvais », « responsable / irresponsable », « sans risque / dangereux », « sain / nocif », « positif / négatif »), les intentions de réduire et d'arrêter la consommation de tabac.

Résultats

Nos résultats (voir *Tableau 1*) indiquent un effet significatif du type d'avertissement sur les affects négatifs ressentis, $F(1, 57) = 8.23$, $p < .001$, $\eta^2 = .22$, l'élaboration cognitive, $F(1, 57) = 4.66$, $p = .01$, $\eta^2 = .14$, et l'attitude, $F(1, 57) = 5.14$, $p =$

.009, $\eta^2 = .11$. L'avertissement « menace forte » suscite plus d'affects négatifs ($M = 2.89$, $ET = 2.50$) que l'avertissement « menace faible » ($M = 0.71$, $ET = 1.02$) et que l'avertissement « contrôle » ($M = 1.13$, $ET = 1.57$). L'avertissement « menace forte » génère une élaboration plus importante et favorable ($M = .44$, $ET = 0.57$) que l'avertissement « menace faible » ($M = 0.05$, $ET = 0.66$) et que l'avertissement « contrôle » ($M = -0.12$, $ET = 0.54$). L'avertissement « menace forte » entraine l'expression d'une attitude moins favorable envers la consommation de tabac ($M = 8.28$, $ET = 1.11$) que l'avertissement « menace faible » ($M = 7.74$, $ET = 1.42$) et que l'avertissement « contrôle » ($M = 7.00$, $ET = 1.25$). En revanche, nous ne relevons aucune différence entre l'avertissement « menace faible » et l'avertissement « contrôle » et aucun effet significatif du type d'avertissement sur les intentions de réduire (Fs < 1), et d'arrêter de fumer, (Fs < 1).

Discussion-conclusion

L'objectif de cette recherche était de tester l'effet des avertissements visuels apposés sur les paquets de cigarettes français trois ans après leur introduction. En comparaison avec le message « menace faible » et « contrôle », seul l'avertissement fortement menaçant produit un impact positif, mais aux niveaux affectifs et cognitifs seulement. Il entraine plus d'émotions négatives, une élaboration plus importante et une attitude plus défavorable à l'égard de la consommation de tabac. Contrairement aux conclusions des recherches françaises réalisées sur ces avertissements (*i.e.* Gallopel-Morvan *et al.*, 2011), les avertissements les plus menaçants ne produisent plus d'effets sur les intentions comportementales : les fumeurs n'ont pas plus l'intention de réduire ou d'arrêter de fumer après avoir vu un avertissement fortement menaçant qu'un avertissement peu menaçant ou même un simple avertissement textuel. En résumé, si les avertissements sanitaires visuels peuvent se révéler efficaces sur le court terme, il semble qu'une exposition répétée nuise à leur impact sur le long terme. Afin de conserver leur effet, il serait pertinent que les gouvernements les changent régulièrement.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Aline Domenech, Adam Gaoua, Florie Paravisini et Barbra-Kelly Richard pour leur participation et leur investissement dans cette recherche.

Références

Andrews J. C., Netemeyer, R. G., Kees, J., & Burton, S. (2014). How graphic visual health warnings affect young smokers' thoughts of quitting. *Journal of Marketing Research*, 51 (2), 165-183.

Gallopel-Morvan, K., Gabriel, P., Le Gall-Ely, M., Rieunier, S., & Urien, B. (2011). The use of visual warnings in social marketing : the case of tobacco. *Journal of Business Research*, 64, 7-11.

Gallopel-Morvan, K., Le Gall-Ely, M., & Rieunier, S. (2011). Faut-il apposer des avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes : les conditions de l'efficacité. *Décisions marketing*, 62, 19-29.

Goodall, C., & Appiah O. (2008). Adolescents perceptions of Canadian cigarette package warning labels : investigating the effects of message framing. *Health Communication*, 23 (2), 117-127.

Hammond, D., Fong, G. T., McNeill, A., Borland, R., & Cummings K. M. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking : findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15 (3), 19-25.

Hill, C. (2012). Épidémiologie du tabagisme. *La Revue du praticien*, 62, 1-5.

Hoek, J., Wong, C., Gendall, P., Louviere, J., & Cong, K. (2011). Effects of dissuasive packaging on young adult smokers. *Tobacco Control*, 20, 183-188.

Kees, J., Burton, S., Andrews, J. C., & Kozup, J. (2010). Understanding how graphic pictorial warnings work on cigarette packaging. *Journal of Public Policy and Marketing*, 29 (2), 265-276.

Koval, J., Anbur, J., Pederson, L., O'Hegarty, M., & Chan, S. (2005). The potential effectiveness of warning labels on cigarette packages : the perceptions of young adult Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 353-356.

Miller, C. L., Hill, D. J., Quester, P. G., & Hiller J. E. (2009). Impact on the Australian quitline of new graphic cigarette pack warnings including the quitline number. *Tobacco Control*, 18, 235-237.

Miller, C. L., Hill, D. J., Quester, P. G., & Hiller, J. E. (2011). The impact of Australia's new graphic cigarette packet warnings on smokers' beliefs and attitudes. *Australasian Marketing Journal*, 19, 181-188.

Monárrez-Espino, J., Bojing, L., Greiner, F., Bremberg, S., & Galanti, R. Systematic review of the effect of pictorial warnings on cigarette packages in smoking behavior (2014). *American Journal of Public Health*, 104 (10), 11-30.

Süssenbach, P., Niemeier, S., & Glock, S. (2013). Effects of and attention to graphic warnings labels on cigarette packages. *Psychology & Health*, 28 (10), 1192-1206.

Veer, E., & Rank, T. (2012). Warning ! The following packet contains shocking images : the impact of mortality salience on the effectiveness of graphic cigarette warning labels. *Journal of Consumer Behaviour*, 11, 225-233.

World Health Organization, Tobacco facts : `http://www.who.int/tobacco/mpower/tobacco\_facts/en` (consulté le 5 février 2015).

L'éducation thérapeutique du patient en préopératoire d'une chirurgie de l'obésité : étude de faisabilité

Aurélie Croiset[1] et Florence Sordes[2]

[1] Doctorante en psychologie de la santé. Email : aurelie.croiset@univ-tlse2.fr
[2] Maître de conférences en psychologie de la santé. Email : sordes@univ-tlse2.fr
Centre d'études et de recherches en psychopathologies (CERPP), université de Toulouse-2

Mots-clés : chirurgie bariatrique, éducation thérapeutique, qualité de vie.

Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une méthodologie particulière du soin qui vise l'amélioration de la qualité de vie du patient par l'acquisition de compétences psychosociales (HAS, 2007). Le patient intègre de nouvelles « conceptions » de santé par la mobilisation de processus mentaux (Giodan, 2010). En chirurgie bariatrique, une prise en charge globale préopératoire intégrant une préparation des futures complications a prouvé son efficacité (Lanza, Linda, Carrard, Reiner, Golay, 2012). Pourtant, son efficacité reste difficile à évaluer en raison de critères hétérogènes (Vergotte, 2014). De l'évolution des attentes et représentations à la durabilité des messages transmis, peu d'études à notre connaissance identifient les freins et les déterminants de la participation aux programmes d'ETP.

Méthode

Nous cherchons à comprendre qui participe au programme d'ETP et faisons l'hypothèse que des différences psychosociales impactent la participation et influencent ainsi la qualité de vie postopératoire.

La qualité de vie globale est mesurée par un questionnaire de qualité de vie spécifique à la chirurgie bariatrique (MO-QoL – Moorehead, Oria, 1998) et validé en français par Nini, Slim, Scesa et Chipponi (2002). Il évalue l'estime de soi, l'activité physique,

la qualité de vie sociale et professionnelle ainsi que les relations sexuelles. Les déterminants psychosociaux sont mesurés à l'aide d'un questionnaire d'anxiété-dépression (HADS – Zigmond, Snaith, 1983) et d'un Inventaire de Tempéraments et de Caractères (TCI-226 – Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994, validé en français par Pélissolo et Lépine, 1997). En parallèle, des entretiens semi-directifs ont été menés rétrospectivement afin d'identifier avec le patient les évènements de vie en lien avec la prise pondérale, des habitudes alimentaires et le cheminement de sa demande incluant ses attentes et représentations de la chirurgie et du groupe thérapeutique.

Résultats

L'étude a été proposée à 32 personnes et 9 patients ont acceptés de participer. Ils ont été évalués à 12 mois après la chirurgie selon leur participation à l'ETP, lors de leur visite annuelle dans l'Unité de nutrition de Rangueil-Larrey à Toulouse. Des différences sociodémographiques et psychosociales sont observées. Le groupe ETP est composé d'hommes (n = 4), célibataires (n = 3), de 42 ans d'âge moyen, sans enfant (n = 4) avec une activité professionnelle (n = 5) alors que le groupe ayant refusé de participer est composé de femmes (n = 4), mariées (n = 3), avec 2.73 enfants, sans activité professionnelle (n = 3). En revanche, seul le genre est significatif au test du $CHI^2 = .01$.

Des comparaisons de moyennes au t-test de Student ont été réalisées au seuil $p < .05$. Les patients ayant participés à l'ETP sont satisfaits de la qualité de vie (moy ETP = 1.65 ; Sans = 0.68 ; p = .00). Ils recherchent la nouveauté, explorent leur environnement, évitent la solitude (moy ETP = 58 ; Sans = 32.62 ; p = .00) traduisant un besoin de changement permanent (moy ETP = 53 ; Sans = 49 ; p = .01). Les résultats mettent en évidence des ressources personnelles (moy ETP = 36 ; Sans = 19 ; p = .04) et une pensée concrète rationaliste (moy ETP = 54 ; Sans = 17.50 ; p = .01) permettant une mémorisation des informations à long terme. Les patients ayant refusé la participation au programme ressentent plus de sentiments de vengeance et d'intolérance sociale (moy ETP = 7.50 ; Sans = 48.75 ; p = .001) envers les personnes qui ont pu émettre des moqueries et les stigmatiser par le passé. En revanche, ils ont un sens des responsabilités plus aigu (moy ETP = 13 ; Sans = 30 ; p =. 04).

L'analyse des entretiens montrent que l'internalisation de l'obésité et les attentes irréalistes concernant le poids et la chirurgie (« pouvoir manger sans faire attention ») prédominent chez les participants à l'ETP. Ils accordent une fonction de socialisation au groupe alors que dans l'autre groupe, l'ETP est considéré comme inutile (« je sais déjà tout »).

Discussion-conclusion

La participation à l'éducation thérapeutique améliore la qualité de vie globale des patients opérés lorsqu'elle est proposée en amont d'une chirurgie bariatrique. Les différences psychosociales telles que la recherche de nouveauté, le besoin de changement, les ressources personnelles et les attentes irréalistes concernant la chirurgie semblent influencer la participation alors que l'intolérance sociale et l'externalité pourraient être des freins à la participation. Les résultats de l'étude portent sur 9 entretiens

de patients dont le recrutement semble biaisé par des refus de participation. Ainsi, ces résultats ne permettent pas de conclure, ni de généraliser, compte tenu du faible nombre de participants. Les 2 groupes sont hétérogènes (hommes / femmes, activité professionnelle, nombre d'enfant) et l'évaluation en postopératoire ne permet pas d'affirmer si ces différences préexistent ou si elles se sont construites par l'éducation thérapeutique. Une recherche longitudinale, nous permettra de déterminer ce qui dépend de la chirurgie ou de l'éducation thérapeutique, laissera la possibilité d'intégrer de nouvelles variables (ETP / type de chirurgie) et permettra de s'assurer que l'ETP ne reproduit pas les inégalités sociales de santé. En revanche, aucun essai randomisé ne pourra être mis en place, compte tenu du principe de non obligation et du principe éthique d'une étude du facteur humain. La répartition se fera selon la décision du patient de participer au programme et non de la part du chercheur.

Références bibliographiques

Cloninger, Przybeck, Svrakic & Wetzel (1994). *The Temperament and Characters Inventory (TCI) : a Guide to Its Development and Use*. St. Louis, Missouri : Center for Psychobiology of Personality Washington University.

Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des maladies métaboliques*, 4 (3), 305-311.

Haute Autorité de Santé (2007). Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. *Recommandations. HAS.*

Lanza, L., Carrard, I., Pataky, Z., Reiner, M., & Golay, A. (2013). Effect of psycho-pedagogical preparation before gastric bypass. *Éducation thérapeutique du patient / Therapeutic Patient Education*, 5 (1), 101-106.

Nini, E., Slim, K., Scesa, J. L., & Chipponi, J. (2002). Évaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score BAROS. *Annales de chirurgie*, 127 (2), 107-114.

Oria, H. E., & Moorehead, M. K. (1998). Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery*, 8 (5), 487-499.

Pélissolo, A., & Lépine, J. P. (1997). Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 497-508.

Vergotte, S. (2014). Place de l'éducation thérapeutique du patient dans la chirurgie bariatrique. *Nutrition-obésité*, 423 (12), 701-705.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67 (6), 361-370.

Programme EDUDORA² : quelles leçons tirer de l'étude des représentations au sein de la triade patient / soignant / famille pour le traitement et la prévention du diabète et de l'obésité ?

Sophie Degrange[1*], Catherine Legrand[1], Benoit Pétré[1], André Scheen[2] et Michèle Guillaume[1]

[1] Département des sciences de la santé publique, Université de Liège, Belgique
[2] Service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques, CHU Liège, Université de Liège, Belgique
* Auteur coprrespondant : sophie.degrange@ulg.ac.be

Mots-clés : maladies chroniques, qualité de vie, communication, Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Introduction

Le diabète et l'obésité constituent aujourd'hui 2 problèmes majeurs de santé publique reconnus à tous les échelons internationaux de par la prévalence élevée, les conséquences sanitaires et socio-économiques ainsi que l'impact sur la qualité de vie.

La prise en charge des maladies chroniques nécessite l'évolution du rôle du professionnel de santé vers une mission de soignant-éducateur, exigeant la capacité à développer avec son patient des compétences lui permettant de vivre au mieux avec la maladie. Dans cette perspective, favoriser une communication efficace entre soignant et patient mais aussi avec l'entourage (3ème acteur souvent oublié) est essentiel. Ceci suppose d'étudier les enjeux liés aux représentations de chaque acteur de la prise en charge. En effet, les représentations du soignant agissent en tant que guide d'actions (Cedraschi, Allaz & Piguet, 1998). Les patients eux aussi orientent leur comportement en fonction de leurs représentations de la situation. Le modèle d'autorégulation de Leventhal (1992) insiste ainsi sur l'importance des représentations tant émotionnelles

que cognitives que le patient se fait de sa maladie pour pouvoir comprendre son adaptation à celle-ci. Les représentations de l'entourage, 3e pilier de la prise en charge, peuvent également influencer la gestion de la maladie (Reynaert, Libert, Jacques & Zdanowicz, 2006). Au-delà des représentations individuelles de chacun des acteurs de la prise en charge, les représentations attribuées ou représentations projetées, c'est-à-dire « ce que l'autre pense que je pense » influencent également la gestion quotidienne du diabète ou de l'obésité (Barthassat, Lagger & Golay, 2008).

Méthode

La présente étude se base sur une approche inductive exploratoire. Une enquête incluant des triades (patient adulte ou adolescent/ soignant / famille ou proche) a été menée en Belgique, en France et au Luxembourg. Seuls les résultats recueillis pour les deux pathologies auprès de 15 triades en Belgique seront présentés. Il s'agit d'étudier les représentations individuelles et les représentations attribuées de chacun des membres de la triade. Le récit de vie a été utilisé pour interviewer les participants et favoriser leur expression la plus libre. L'étude des représentations a été guidée par les recommandations de bonnes pratiques en ETP (HAS, 2007). Les représentations individuelles et attribuées des acteurs de chaque triade ont été comparées lors d'une analyse thématique du discours.

Résultats

Des thèmes prédominants ont été relevés et ont permis d'identifier les croyances relatives notamment aux rôles, aux attentes, aux facteurs adjuvants ou inhibiteurs de la prise en charge.

L'analyse comparée des discours met en évidence le manque de partage des représentations tant individuelles qu'attribuées au sein des protagonistes de la triade. Les répercussions de ce manque de partage semblent le plus souvent délétères, laissant le fonctionnement de la triade sur base d'une mise en œuvre inconsciente des représentations de chacun des acteurs.

La manière dont les soignants perçoivent leur rôle auprès des soignés concorde avec la prescription sociale liée à leur fonction. Cette représentation correspond aussi en partie aux attentes exprimées lors des entretiens par les soignés, créant ainsi entre eux un périmètre de discussion restreint. Cet espace implicitement admis s'est souvent révélé comme réducteur dans la relation soignant / soigné, laissant l'un comme l'autre démuni face à la problématique abordée.

Ce processus explique en partie le sentiment d'impuissance et de découragement observé chez les professionnels ainsi que le manque de reconnaissance et le sentiment de stigmatisation exprimés par les soignés interrogés.

Quant aux familles ou aux proches, ils semblent mis dans l'incapacité de prendre une place dans la relation, de par la méconnaissance des attentes de chacun des acteurs.

Discussion-conclusion

Alors que la plupart des soignants ont une représentation purement biomédicale du diabète et de l'obésité nécessitant principalement l'instauration d'un traitement et l'offre de conseils hygiéno-diététiques, les patients et la plupart des familles, quant à eux, perçoivent le diabète et l'obésité davantage comme une contrainte ayant des répercussions dans différents domaines de vie. Des discordances de représentations de ce type restent non-partagées entre les acteurs puisque l'espace de discussion est restreint essentiellement autour d'une pathologie instrumentalisée, devenant objet isolé au centre de ces prises en charge. Le patient est ainsi séparé de son histoire personnelle et de son vécu émotionnel dans la rencontre avec le soignant. Se sentant peu intégré comme personne à part entière, son degré d'adhésion et son niveau de qualité de vie restent insuffisants. De son côté, le soignant est maintenu à l'écart des contraintes vécues quotidiennement par le patient. Ainsi, les prises en charge s'essoufflent sur le long terme (sentiment d'échec perpétuel et partagé par les acteurs pouvant mener à la rupture de la relation thérapeutique), laissant chacun démuni face à la pathologie. Les familles sont autorisées à prendre part aux traitements conseillés mais peu de travail est réalisé lorsqu'elles représentent un frein pour le patient dans la gestion du diabète. Leur rôle de ressource perçu par certains patients n'est pas souvent utilisé, ni renforcé par les soignants.

Ainsi, le fonctionnement de la triade, en termes de communication, est loin d'être optimal car s'organise sur une structure implicite, intégrant de nombreux « non-dits ». Les programmes de formation des soignants doivent évoluer et tenir compte des besoins spécifiques liés aux maladies de long cours, notamment en termes éducatifs et communicationnels.

Références bibliographiques

Barthassat, V., Lagger, G., & Golay, A. (2008). Représentations, comportements et obésité. *Revue médicale suisse*, 4, 848-853.

Cedraschi, Ch., Allaz, A. F., & Piguet, V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et analgésie*, 11 (2), 91-95.

Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Juin 2007 [consulté le 19 juin 2013] ; disponibles à l'adresse suivante : `www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\_-\_definition\_finalites\_\_recommandations\_\\juin\_2007.pdf`.

Leventhal, H., Diefenbach, M. A., & Leventhal E. A. (1992). Illness cognition : using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.

Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2006). Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36.

Évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des AICS au sein des équipes de Santé Spécialisées en Région wallonne

Claire Ducro[1], Thierry Pham[2] et Julien Lagneaux[3]

[1] MCF, Université Lille-3, équipe DEEP, SCALab UMR CNRS 9193 / Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique. Email : claire.ducro@univ-lille3.fr
[2] Professeur, Université Mons, Mons, Belgique / Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique. Email : thierry.pham@crds.be
[3] Directeur, Unité de psychopathologie légale, Tournai, Belgique. Email : jlagneaux@uppl.be

Introduction

L'étude du parcours post-institutionnel d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région wallonne (RW) nous a permis, dans une première phase de recherche, d'évaluer les taux de récidive de ces AICS (rapport du projet de recherche, partie 1, 2006-2007). Les résultats soulignent 27,7 % de récidive générale, 7,5 % de récidive sexuelle, 3,8 % de récidive violente non sexuelle et 19,3 % de récidive non violente non sexuelle. Notons que ces taux sont inférieurs aux taux de récidive évalués au sein de la littérature internationale (Rapport du projet de recherche, partie 1, 2006-2007 : 21 à 36,6 % de récidive générale ; @13 % de récidive sexuelle ; et @12 % de récidive violente non sexuelle) ainsi qu'aux taux évalués par le CRDS auprès d'AICS internés en psychiatrie sécuritaire (Menghini, Ducro & Pham, 2005 : 34.4 % de récidive générale ; 26,1 % de récidive sexuelle ; et 5,2 % de récidive violente non sexuelle). Les taux obtenus sont proches de ceux rapportés par les méta-analyses internationales (28 % de récidive générale et 8,1 % de récidive sexuelle) évaluant l'efficacité thérapeutique de la prise en charge des AICS. Néanmoins, différentes limites ont été soulignées : l'absence de mesure du risque de récidive des AICS, l'absence d'un groupe contrôle d'AICS n'ayant pas bé-

néficié d'un suivi ambulatoire, ainsi que l'absence de données relatives à la prise en charge. Au cours de cette première phase de recherche, nous nous sommes confrontés à une difficulté liée notamment à la dimension rétrospective de la recherche. Nous n'étions pas en mesure de connaître les caractéristiques de suivi thérapeutique des AICS : (a) s'il était encore ou non en suivi ; (b) le dosage de ce dernier ; (c) sa modalité individuelle, groupale, multimodale ; (d) son éventuelle orientation théorique, etc. De manière à mieux cerner la prise en charge des AICS et leur taux de récidive, notre objectif est donc de mener une recherche action de type prospectif sur du long terme. La littérature internationale, et notamment les écrits de Bonta (Bonta & Andrews, 2007), souligne l'importance d'intégrer ces trois dimensions « Risque, Besoin et Réceptivité » dans la prise en charge des populations délinquantes. Dans ce projet, un instrument d'évaluation des AICS reprenant des données délictueuses, diagnostiques, socio-environnementales et des données relatives à la prise en charge a été élaboré. Il nous permet de suivre l'évolution continue de la cohorte des AICS suivis au sein des ESS en RW, de mesurer le niveau de risque statique de l'AICS lors de sa libération, de connaître son type de libération, son suivi au sein d'une ou de plusieurs équipes de santé spécialisées, ainsi que l'environnement social dans lequel il évolue. Il semble important de souligner que ces différentes dimensions sont reconnues comme étant prédictives d'un potentiel risque de récidive, qu'elles permettent de cerner également les besoins des AICS quant à une éventuelle prise en charge et leur réceptivité à cette prise en charge.

Méthode

418 AICS issus des ESS de la RW pour lesquels un dossier de traitement est ouvert (entre 2009 et 2013) ont été évalués dans le cadre de cette recherche action. L'instrument mis en place évalue en continu les caractéristiques : (a) délictueuses (antécédents délictueux, faits actuels, fréquence, victime, type de peine, type de libération, etc.) ; (b) diagnostiques ; (c) socio-environnementales (statut conjugal, emploi, évolution de ces variables au cours du suivi) ; et (d) de la prise en charge (type, fréquence, absentéisme, etc.) des AICS.

Résultats

La majorité des AICS référencés dans la présente étude ont commis des infractions sur des victimes mineures ou des victimes majeures, une plus faible proportion a commis ses infractions sur des victimes majeures et mineures au moment des faits. Plus précisément, 80 % des AICS ayant des victimes mineures ou des victimes mineures et majeures commettent des faits d'attentat à la pudeur alors que 50 % des AICS ayant des victimes majeures commettent ce type de faits. Les patterns infractionnels ne se distinguent significativement, entre les types d'AICS, que pour les faits d'attentat à la pudeur. Lorsque nous décrivons de manière générale l'état civil des AICS, nous notons une très grande proportion d'AICS étant célibataires, mariés ou divorcés avant les faits ainsi qu'en début de traitement (plus des 2/3 des AICS), ce statut ne varie pas significativement après la perpétration des faits. Pour ce qui est du mode de vie au moment des faits et lors du traitement, les variations du mode de vie entre ces deux périodes d'observation évoluent vers un mode de vie de type institution-

nalisation (aide, soin, prison ou défense sociale) ainsi que vers un mode de vie de type communautaire. Lorsque nous étudions l'activité professionnelle des AICS, de faibles variations entre ces deux périodes sont mises en évidence. Notons néanmoins qu'une grande proportion des AICS sont sans profession (@40 %), la majorité des autres AICS sont ouvriers ou employés voir indépendants. L'activité professionnelle des AICS reste assez stable entre les deux périodes d'observation. En ce qui concerne la prise en charge des AICS, l'analyse des données se focalise uniquement sur la planification des rendez-vous et à la présence à ces rendez-vous. Des informations plus qualitatives quant à cette variable s'avèrent, à ce stade, difficiles à collecter. Néanmoins, ces informations minimales nous permettrons d'évaluer si la planification des rendez-vous et la présence à ceux-ci varie selon le type d'AICS ainsi que selon le type d'infraction sexuelle commise. Nous nous attendons à une telle variation étant donné que ces caractéristiques sont en lien direct avec le risque de récidive des AICS. Or, au vu des rendez-vous annulés et de la planification d'un rendez-vous par mois, les AICS quelque soit leur type ont une moyenne de moins d'un rendez-vous presté par mois.

Pour conclure sur cette brève description des résultats, nous soulignons la participation active des différentes ESS quant à la transmission des données ainsi qu'aux réflexions, commentaires et suggestions énoncés tout au long de ce projet. L'objectif final, prévu pour décembre 2017, est de discuter ces résultats et les mettre en lien avec le niveau de risque des AICS ainsi qu'avec le fait qu'ils aient ou non récidivé en cours ou après le traitement. Le calcul des taux de récidive nécessite une période d'observation des AICS en communauté idéalement de 4 à 5 ans. De plus, il semblait pertinent de ne pas précipiter l'analyse de ces taux de récidive et de pouvoir bénéficier d'une population d'AICS suivis en ambulatoire assez conséquente. Population pour laquelle les variables relatives à la prise en charge soient renseignées. Notons que la plupart des études publiées sur la récidive des AICS sont basées sur une méthodologie de type rétrospective et ne bénéficient donc que de très peu d'informations socio-environnementales ou relatives aux modalités de prise en charge. Au terme du projet, il sera intéressant de voir comment les principes de risque, de besoin et de réceptivité de Bonta peuvent être articulés et ce notamment au niveau du dosage thérapeutique.

Références bibliographiques

Rapport du projet de recherche : Étude du parcours post-institutionnel d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) suite à la prise en charge post-pénitentiaire en Région wallonne. Partie I : Évaluation de la récidive (2006-2007). Directeur de Recherche : Thierry Pham (Pham & Ducro, 2007).

Bonta, J., & Andrews, A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité* [en ligne].

Menghini, M., Ducro, C., & Pham T. H. (2005). Évaluation de la récidive auprès d'AICS issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic*, numéro spécial, 31-40.

Éducation thérapeutique en psychiatrie et psychoéducation : similitudes, divergences et implications pratiques

Michèle Koleck[1] et Jérôme Foucaud[2]

[1] Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie, Université de Bordeaux. Email : michele.koleck@u-bordeaux.fr
[2] Laboratoire ACTé, Université de Clermont-Ferrant

Mots-clés : éducation thérapeutique, psychoéducation.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est officiellement reconnue comme une prise en charge thérapeutique à part entière depuis la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009 : c'est une obligation légale pour l'ensemble des acteurs de santé en France. Dans le champ de la psychiatrie, les programmes d'ETP ne se sont pourtant pas développés aussi rapidement que dans celui des pathologies somatiques. Ceci peut s'expliquer en partie par la relation particulière qui existe déjà entre le patient et le soignant et par le fait que la psychiatrie propose depuis longtemps des prises en charge non médicamenteuses plaçant les soins relationnels au premier plan. On trouve notamment la psychoéducation (PE) qui semble présenter une certaine proximité avec l'ETP. C'est pourquoi il est nécessaire de tenter de comprendre quelles sont les similitudes et les différences de ces deux approches du patient.

Tentatives de définition

Historiquement, ETP et PE ont émergé toutes les deux dans le champ de la maladie chronique somatique mais elles ont évolué dans deux univers différents : la PE s'est principalement développée dans le champ de la maladie psychiatrique et l'ETP plus spécifiquement dans celui de la maladie somatique. La première a ensuite été utilisée avec des patients souffrant de maladies somatiques et la deuxième a récemment été investie par la psychiatrie.

Au niveau légal et réglementaire

La France est, semble-t-il, le seul pays au monde à avoir formalisé aussi clairement l'ETP au niveau légal et en avoir donné une définition. Dans cette conception juridico-réglementaire, l'ETP vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. La PE, quant à elle, ne figure pas dans le code de santé publique. L'une des spécificités de l'ETP par rapport à la PE réside ainsi dans le fait que le cadre légal la rend obligatoire.

Au niveau conceptuel

L'apparition de l'ETP est liée aux nombreux progrès de la médecine qui ont amené des pathologies autrefois mortelles à devenir des maladies chroniques. Ceci présuppose un changement de paradigme : de celui de la prescription et de l'injonction à celui de la négociation et de l'éducation (Bury & Foucaud, 2009). L'ETP nécessite donc une modification de la posture du soignant : on passe de postures injonctives ou prescriptives à une posture éducative qui correspond à une attitude d'écoute et d'accompagnement cognitif et psychosocial. La prise en charge traditionnelle du patient laisse ainsi la place à une prise en charge plus humaniste centrée sur le patient, acteur principal de sa maladie. La définition consensuelle de l'ETP est celle de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1998) : c'est « un processus par étapes, intégré aux soins mis en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Centrée sur le patient, elle comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation thérapeutique devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie ». Au niveau conceptuel, l'ETP consiste donc à accompagner le patient et ses proches dans la gestion de leur vie avec la maladie et à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Il semble plus difficile de trouver une définition consensuelle de la PE. La HAS y fait référence dans le guide pour la prise en charge des troubles bipolaires de 2010. Sans en donner une définition, ni la situer par rapport à l'ETP, ce guide décline les objectifs de la PE : « Faire connaître et comprendre la maladie et les bénéfices des traitements aux patients, apprendre à reconnaître les signes, les symptômes de la maladie, les effets indésirables liés aux traitements qui doivent amener à consulter rapidement son médecin, réduire le nombre et la sévérité des symptômes, améliorer la qualité de vie, sensibiliser avec l'accord du patient son entourage aux contraintes de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent. »

Des similitudes dans les objectifs et des techniques communes

ETP et PE partagent ainsi certains objectifs comme l'amélioration de la qualité de vie et une meilleure compréhension de la maladie et des traitements. La proximité entre

PE et ETP réside aussi dans le fait qu'elles utilisent certaines techniques communes, comme la résolution de problèmes ou les jeux de rôles. En ce sens, les programmes d'ETP basés sur les thérapies cognitivo-comportementales (Buclin-Thiébaud *et al.*, 2010) sont très proches de la PE.

Des spécificités dans le rapport au patient et la posture éducative sous-jacente

La principale différence entre ETP et PE se situe dans le rapport au patient et la posture éducative sous-jacente. L'ETP place le patient dans une position active : l'éducateur part du patient, de ses croyances et représentations, pour travailler avec lui sur le développement de ses ressources pour vivre avec la maladie. Son positionnement vise à accompagner le patient vers l'atteinte des objectifs qu'ils ont définis ensemble et qui sont donc propres à chaque patient. Il « bricole » avec lui des solutions qui leur paraissent adaptées à l'un et l'autre (Sandrin-Berthon, 2010). L'éducateur part donc du patient et l'accompagne sans savoir précisément à priori le chemin qui sera emprunté, ni jusqu'où il souhaite aller.

La PE est plutôt centrée sur le problème du patient. Elle adopte davantage une relation descendante : le psychoéducateur apporte des informations et des conseils pour gérer les difficultés généralement rencontrées par les patients. Il s'agit ici de guider le patient vers la maîtrise de connaissances, de processus ou de stratégies pour faire face à la maladie. Le psychoéducateur sait à priori où il souhaite amener le patient et comment l'y conduire.

Conclusion : implications pratiques

ETP et PE constituent donc deux approches distinctes mais complémentaires de la prise en charge du patient qui sont toutes les deux légitimes dans le domaine de la psychiatrie. Le dispositif légal et réglementaire qui encadre uniquement l'ETP est sans doute venu bousculer cet équilibre entre ETP et PE. Il est peut-être aussi parfois à l'origine du changement d'intitulé de certains programmes de PE pour leur donner une couleur plus « ETP » sans pour autant revoir leurs fondements et leur finalité. Le développement de la formation en ETP, prévu dans les textes de janvier 2015 relatifs à l'ETP, permettra sans doute à terme de rééquilibrer ces pratiques.

Références bibliographiques

Buclin-Thiébaud, S., Pataky, Z., Bruchez, V., Golay, A. (2010). New psycho-pedagogic approach to obesity treatment : a 5-year follow-up. *Patient Education and Counseling*, 79, 333-337.

Bury, J., & Foucaud, J. (2009). L'éducation thérapeutique. *In* F. Bourdillon (éd.), *Traité de prévention* (pp. 81-87). Paris : Flammarion.

Haute Autorité de Santé (2010). *La prise en charge d'un trouble bipolaire. Vivre avec un trouble bipolaire.* Paris : Guide Affection Longue Durée.

Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4 (1), 38-43.

World Health Organisation (1998). *Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases.* Copenhaguen : World Health Organization.

Étude qualitative des représentations de l'Accident Vasculaire Cérébral auprès du grand public : identification des freins et des facilitateurs à l'appel aux services d'urgence

Alice Le Bonniec[1], Julie Haesebaert[2], Marie Préau[3], Nicole Berthoux[4] et Anne-Marie Schott[5]

[1] Université Lyon-2 – GRePS / Hospices civils de Lyon – pôle IMER – doctorante, laboratoire Epsylon, université Paul-Valéry – Montpellier-3. Email : le.bonniec.a@gmail.com
[2] Hospices civils de Lyon – Pôle IMER / université Claude-Bernard Lyon-1. Email : julie.haesebaert@chu-lyon.fr
[3] Université Lyon-2 – GRePS / Institut national de la santé et de la recherche médicale (Marseille). Email : marie.preau@univ-lyon2.fr
[4] Hospices civils de Lyon – Pôle IMER. Email : nicole.berthoux@chu-lyon.fr
[5] Hospices civils de Lyon – Pôle IMER / université Claude-Bernard Lyon-1. Email : anne-marie.schott-pethelaz@chu-lyon.fr

Mots-clés : Accident Vasculaire Cérébral, prévention, appel aux services d'urgence, population générale, focus groups.

Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral est la première cause de handicap physique acquis de l'adulte (ministère de la Santé et des Sports, 2010). La thrombolyse est un traitement par injection indiqué en cas d'AVC ischémique (80 % des cas), qui permet de réduire les séquelles de l'AVC et améliore le pronostic (Lees *et al.*, 2010). Néanmoins, ce traitement ne peut être administré que dans les quatre heures trente suivant l'apparition des symptômes (Hacke *et al.*, 2008). Des actions ont été menées pour améliorer la prise en charge hospitalière (organisation des soins, formation des professionnels...) et augmenter le taux de thrombolyse (ministère de la Santé et des Sports, 2010). Cependant, les délais entre l'apparition des symptômes et le recours aux systèmes

de soins demeurent trop longs (Frankel *et al.*, 2007). Face à ce constat, l'objectif de cette étude était d'identifier les représentations de la population générale sur l'AVC et d'appréhender les freins et les facilitateurs à l'appel aux services d'urgence, en s'appuyant sur un cadre théorique issu de la psychologie sociale et de la santé, impliquant le Modèle de l'autorégulation (Leventhal & Diefenbach, 1991), la Théorie des représentations sociales (Moscovici, 1984) et la Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991).

Méthode

Une étude qualitative par focus groups a été menée. Au total, dix focus groups ont été réalisés, avec 29 actifs et 32 retraités, recrutés parmi la population générale (adhérents de la mutuelle APICIL, partenaire de l'étude). Les passations ont eu lieu à Lyon, au sein des locaux des Hospices Civils. Différents thèmes étaient abordés durant les focus groups : les connaissances sur l'AVC, les facteurs de risque, les symptômes, la prise en charge, le sentiment d'urgence et l'évaluation des campagnes existantes. Les entretiens ont été retranscrits puis une analyse de contenu thématique a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo, ainsi qu'une analyse de la dynamique au sein des groupes. Une méthode de triangulation théorique (Flick, 1992) a été utilisée pour analyser les discours des participants, ce qui a permis d'enrichir les résultats obtenus en adoptant différentes perspectives.

Résultats

Outre le manque d'informations sur l'AVC, les principaux freins à l'appel aux services d'urgence tiennent à la difficulté de reconnaître les symptômes, mais aussi à les associer à une urgence, puisqu'ils peuvent paraître peu alarmants. Les participants ont ainsi exprimé une crainte d'encombrer les services d'urgence pour un motif injustifié. L'absence de facteur de risque (âge), le sentiment de fatalité quant aux conséquences de l'AVC et le manque de confiance en la prise en charge médicale sont aussi des freins importants. L'étude révèle également la mise en œuvre de stratégies de contrôle pour pallier le caractère imprévisible et anxiogène de l'AVC ainsi qu'une forte prévalence de la reconnaissance du savoir profane (Jodelet, 2006). Ce savoir s'exprimait par un partage d'expériences vécues de l'AVC, qui semble venir combler un manque de connaissance des symptômes et de la réaction adaptée à avoir. Enfin, la prise de parole se différenciait entre les participants sur la base de leur niveau d'expertise sur l'AVC, les personnes ne connaissant pas de victimes d'AVC se sentant moins à même de répondre aux questions.

Discussion-conclusion

L'analyse démontre qu'au-delà de l'information sur les symptômes de l'AVC, il est nécessaire d'informer sur les moyens d'agir efficacement en situation d'AVC. Les résultats de l'étude ont aussi révélé un fort sentiment de fatalisme face aux conséquences de l'AVC. Les futures campagnes pourraient donc davantage s'appuyer sur l'existence d'un traitement (la thrombolyse), méconnu du grand public. Ainsi, dans un contexte d'urgence comme l'AVC, qui exige une mobilisation rapide de connaissances, il est

nécessaire de prendre en compte les représentations de la population générale pour développer des campagnes de sensibilisation efficaces.

Références bibliographiques

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Flick, U. (1992). Combining methods – Lack of methodology : discussion of Sotirakopoulou and Breakwell. *Ongoing Production on Social Representations*, 1 (1), 43-48.

Frankel, M. R., Hinchey, J., Schwamm, L., Wall, H., Rose, K. M., George, M. G., Croft, J. B. (2007). Prehospital and hospital delays after stroke onset – United States, 2005-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56 (19), 474-478.

Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., Guidetti, D., ECASS Investigators (2008). Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, 359 (13), 1317-1329.

Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. *In* V. Haas, *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations* (pp. 235-255). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Lees, K. R., Bluhmki, E., Von Kummer, R., Brott, T. G., Toni, D., Grotta, J. C., Byrnes, G. (2010). Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke : an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*, 375 (9727), 1695-1703.

Leventhal, H., Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. *In* J. A. Skelton & R. T. Croyle (éd.), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 247-272). Springer US.

Ministère de la Santé et des Sports, ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, & ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2010). *Plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*. Paris : MSS.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. *In* R. Farr & S. Moscovici, *Social Representation* (pp. 3-69). Cambridge : Cambridge University Press.

Le récit de vie comme outil d'aide au diagnostic éducatif du patient

Benoit Pétré*, Sophie Degrange et Michèle Guillaume

Université de Liège, Département des sciences de la santé publique, Liège, Belgique
* Auteur correspondant : benoit.petre@ulg.ac.be

Mots-clés : communication, éducation thérapeutique, maladies chroniques.

Introduction

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le nouveau paysage médical, en visant le renforcement des capacités du patient à prendre en charge l'affection qui le touche tout en préservant sa qualité de vie (World Health Organization, 1998). En permettant l'accès aux informations utiles sur le patient, le diagnostic éducatif (DE) constitue une étape incontournable du processus d'ETP afin d'approcher de manière précise et personnalisée les besoins et les cibles d'intervention éducatifs (Iguenane & Gagnayre, 2004). Pour ce faire, les techniques d'entretien souples et ouvertes sont préférées aux investigations de style directif. « Le rendu d'un diagnostic éducatif ne peut se réduire à un libellé ou un item. Il s'apparente plutôt à un texte d'interprétation sur le "vivre avec" d'un patient avec une maladie chronique. » (Iguenane & Gagnayre, 2004, p. 59.) Le récit de vie peut être utilisé dans cette démarche compréhensive afin de concevoir des projets de vie adaptables à la situation et à l'histoire de chaque patient. Le récit de vie peut être défini comme étant « un récit qui raconte l'expérience de vie d'une personne. Il s'agit d'une œuvre personnelle et autobiographique stimulée par un chercheur de façon à ce que le contenu du récit exprime le point de vue de l'auteur face à ce qu'il se remémore des différentes situations qu'il a vécues » (Chalifoux, 1984, p. 280). Ce n'est pas tant la chronologie des évènements vécus par la personne interrogée qui intéresse le chercheur (comme dans le récit autobiographique) mais les « fragments de vie » que la personne met en lien avec le thème étudié, ici, la maladie. L'objectif de cette communication est de décrire l'intérêt du récit de vie comme méthode privilégiée pour le DE.

Méthodologie

Les résultats sont issus de travaux de recherche menés sur l'étude des besoins de prise en charge des patients obèses en termes d'ETP en Wallonie. Une étude de cas a été réalisée en 2012 sur un échantillon raisonné de 15 patients obèses. La collecte des données a été réalisée sur base de la technique du récit de vie qui se centrait sur la question « Racontez-moi l'histoire de votre poids ». Les différents avantages de la technique sont présentés et illustrés avec des parties de discours des répondants.

Résultats

L'effet de saillance : l'ordre dans lequel les patients évoquent les informations de vie renseigne sur la disponibilité mentale (ce qui vient tout de suite à l'esprit ou non) et la porte d'entrée du sujet par rapport à la maladie : la dimension qualité de vie pour le premier exemple, la dimension relationnelle et affective pour le second :

> « Mais je me suis habitué, c'est tranquille, je me suis fait quoi, ça fait 20 ans que je suis comme ça, moi je le vis bien, pas de problème. »
>
> « Mon poids, donc... ça démarre déjà en fin de primaire, j'étais déjà en surpoids. Et forcément, les moqueries des copines et tout ça, je le vivais très mal. »

La mise en lien : parce qu'il est construit par le patient, le récit de vie permet d'identifier les liens que celui-ci réalise entre les différents épisodes de vie (le sens que le patient donne à ces différents éléments). Ici illustré par le lien entre un mal-être et le statut pondéral.

> « Une prise de poids mais qui... qui a un lien direct avec le psychologique. L'obésité pour moi, c'est quelqu'un qui n'est pas bien dans sa peau, qui n'est vraiment pas bien dans sa peau. Il y a un lien direct avec ça. Qui a un souci personnel et qui le compense par la nourriture, ça c'est sûr. De n'importe quelle manière que ce soit mais c'est lié, c'est lié. »

L'approche systémique du patient : le récit de vie offre un matériau riche pour commencer le DE en s'ouvrant aux différentes dimensions de vie du patient : par exemple, les problèmes relationnels ou de savoir-faire liés à la reconnaissance des sensations de faim :

> « Mon premier compagnon, il exigeait que je fasse une entrée puis un plat et dès que je faisais une salade, ça ne lui allait pas. Il voulait vraiment des bons plats en rentrant. »
>
> « J'ai tout le temps faim. Donc qu'est-ce que je fais, je mange. Je n'arrive pas à me dire dans ma tête on va manger dans 1h, on va manger dans 2h. »

L'étude du discours en tant que processus : le nombre de mots reliés à un épisode de vie ou la répétition de certaines idées sont des indicateurs de l'importance

qu'accorde l'individu à certains éléments de vie. Par exemple, une peur profonde des complications :

> « J'ai pas envie de me taper 200 kg »… « j'ai pas envie d'avoir des problèmes de cœur à 30 ans »… « c'que j'souhaite le plus, c'est ne pas avoir des problèmes de santé graves »…

L'ouverture à l'inattendu : le récit de vie permet de faire jaillir des informations auxquelles le chercheur ou clinicien ne pense pas spontanément dans la préparation d'un entretien plus dirigé. C'est le cas de cette patiente qui relève les avantages de son obésité :

> « L'obésité… c'est paradoxal, m'a fait rencontrer beaucoup de gens. Parce que j'ai fait partie de concours de miss grande taille, d'associations de personnes rondes… »

Le respect du patient : c'est le patient qui dirige et mène son récit vers ce qu'il juge pertinent pour lui. Une question centrale est posée au répondant, qui délimite le contour de l'interview. Les techniques d'appel à l'expression comme le silence attentif, la reformulation, l'encouragement sans phrase… (Chalifoux, 1984) sont utilisées pour stimuler le répondant et poursuivre l'entretien d'une manière non inductive et ouverte.

Discussion-conclusion

Le récit de vie semble répondre aux 4 impératifs du recueil d'informations nécessaires au DE (Traynard & Gagnayre, 2009) : (1) l'expression du vécu de la maladie : le patient y est invité par la question de départ du récit de vie « Racontez-moi l'histoire de votre poids » ; (2) le recueil d'informations issues de la réalité de vie du patient : l'enjeu d'une démarche qualitative est bien d'ancrer le questionnement dans la vie quotidienne des individus ; (3) le respect de l'explication du texte : le récit de vie invite le patient à s'exprimer avec le moins d'interventions possible de l'interviewer ; (4) la référence aux modèles théoriques : l'exploration du vécu permet d'identifier les facteurs qui permettent de comprendre les comportements de santé des patients en se référant aux modèles théoriques.

Pratiquer une démarche d'ETP en replaçant l'individu au centre du processus de soins, en lui accordant l'expression libre de son vécu, permet de reconnaître celui-ci comme un expert de la maladie et favorise son engagement dans une relation d'alliance thérapeutique, et ce, dès la première rencontre. Dans une perspective de soins axés sur la qualité de vie du patient, cette approche semble prometteuse grâce à l'ancrage de la relation soignant-soigné dans l'expérience de vie de la personne interrogée. Des compléments de recherche s'imposent pour tester la technique à plus large échelle, sur d'autres pathologies et en pratique clinique.

Références bibliographiques

Chalifoux, J. J. (1984). Les histoires de vie. *In* B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale. De la problématique : la collecte des données* (pp. 227-291). Québec : PUQ.

Iguenane, J., & Gagnayre, R. (2004). L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. *Kinésithérapie, les cahiers*, 29-30, 58-64.

Traynard, P.-Y., & Gagnayre, R. (2009). Le diagnostic éducatif. *In* D. Simon, P.-Y.

World Health Organization – Regional Office for Europe (1998). *Therapeutic patient education – continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, Report of a WHO Working group*. Copenhagen : WHO.

Intentions d'implémentation et procrastination chez les étudiants

Céline Stassart*, Benoît Potdevin et Anne-Marie Étienne

Psychologie de la santé, Université de Liège, Belgique
* Auteur correspondant : cstassart@ulg.ac.be

Mots-clés : procrastination, étudiant, intention comportementale.

Introduction

La procrastination peut être définie comme une tendance à reporter ou retarder le début ou l'achèvement d'une activité (Ferrari, Johnson & McCown, 1995). Il s'agit d'une intention qui ne se traduit pas en action. Le procrastineur évite la réalisation de la tâche et ne s'oriente pas vers une solution (*e.g.* Owens, Bowman & Dill, 2008).

Grant (2011) a défini trois mécanismes qui sous-tendent les intentions comportementales permettant l'orientation vers les solutions : (1) l'orientation vers le but (construction de solutions à travers l'articulation et l'utilisation de l'approche des buts et de l'autorégulation) ; (2) l'activation des ressources (reconnaissance et activation des ressources personnelles et contextuelles) ; et (3) le désengagement du problème (décentration du problème pour un engagement vers la poursuite de l'objectif central).

L'écart entre intention et comportement étant souvent constaté (Steel, 2007), les chercheurs ont eu recours à des techniques telles que l'intention d'implémentation, qui est le fait d'établir le « où », le « quand » et le « comment » d'un but afin de diminuer cet écart. L'implémentation d'intention améliore l'accessibilité mentale d'indices environnementaux où les actions prévues doivent être initiées. (Owens *et al.*, 2008). Cependant, les intentions des procrastinateurs ont été très peu investiguées.

La procrastination entraînant des effets négatifs sur la santé des individus, des scores plus élevés de stress perçu, d'événements de vie négatifs, de dépression et d'anxiété (Flett, Blankstein & Martin, 1995), il paraît important de mieux comprendre les processus en jeu derrière ce mécanisme. Notre recherche propose donc d'explorer la

nature des intentions du procrastinateur grâce à un outil récent : le Solution Focused Inventory (SFI ; Grant, Cavanagh, Kleitman, Spence, Lakota & Yu, 2012).

Méthodologie

L'échantillon est composé de 197 étudiants en sciences psychologiques et de l'éducation (24 hommes et 167 femmes) provenant de l'Université de Liège. La moyenne d'âge est de 21,8 ans (écart-type de 5,2).

La version française du Procrastination Assessment Scale for Students (PASS ; Solomon & Rothblum, 1984 ; traduite par Potdevin, 2014) a été utilisé afin d'évaluer un score de fréquence de procrastination. La version française du Solution Focused Inventory (SFI ; Grant *et al.*, 2012 ; traduit par Étienne, 2012) évalue un score de désengagement face au problème (DP), d'orientation vers les buts (OB) et d'activation des ressources (AR). La cohérence interne observée dans cette étude pour ces trois facteurs sont respectivement .69, .75 et .55. Plus les scores sont élevés, plus la personne se dégage du problème, s'oriente vers les buts et active des ressources.

Résultats

Une analyse de régression simple a été effectuée afin de tester l'impact des trois facettes de l'intention comportementale (DP, OB et AR) sur la fréquence de procrastination. Le sexe a été introduit comme variable covariée dans la régression. Les trois sous-scores du SFI interviennent dans 32 % de la variance de la procrastination.

Tableau 1 – Corrélations de pearson et analyse de régression linéaire pour les variables prédictives du score de procrastination.

	r	*B*	*SE B*	*beta*
DP	-.50***	-.71	.12	-.40***
OB	-.41***	-.45	.13	-.23***
AR	-.23**	-.22	.15	-.09
Sexe	-.10	-1.09	1.27	-.05

N = 197, *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$.
DP : désengagement face au problème ; OB : orientation vers les buts ; AR : activation des ressources.

Discussion

Nous observons que les intentions comportementales, plus spécifiquement une difficulté à se désengager face au problème et à s'orienter vers les buts, permettent d'expliquer, en partie, le processus de procrastination chez nos étudiants. Ceci signifierait que les mécanismes en jeu seraient une tendance : 1) à moins s'orienter vers la construction de solution à travers l'utilisation et l'articulation de buts à atteindre et à moins recourir à des méthodes d'autorégulation, et 2) à davantage se focaliser sur les

problèmes manquant ainsi de recul, et à ruminer plutôt que de réfléchir aux solutions. Nous observons également que la composante « activation des ressources » n'intervient pas de manière significative dans l'explication de la fréquence de procrastination.

D'un point de vue méthodologique, la cohérence interne observée pour le facteur « activation des ressources » pose question quant à sa fiabilité, suggérant l'amélioration de l'échelle notamment à travers l'ajout d'items. D'un point de vue conceptuel, Ferrari *et al.* (1995) font une distinction entre procrastination fonctionnelle et dysfonctionnelle. La procrastination fonctionnelle est évoquée lorsque l'individu retarde la réalisation de la tâche, lorsque que celle-ci a un faible besoin d'être effectuée rapidement, ou lorsque son achèvement serait excessivement coûteux pour l'individu. La procrastination dysfonctionnelle, quant à elle, concernerait le report de la réalisation d'une tâche alors qu'il existe une forte nécessité de l'achever et que sa faisabilité est par ailleurs raisonnable, signifiant que le sujet dispose des informations nécessaires à la prise de décision, et qu'il a les ressources pour le faire. Une piste explicative au caractère non significatif de la composante « AR » pourrait être que le PASS (Solomon & Rothblum, 1984) évaluerait davantage la dimension dysfonctionnelle de la procrastination ; cette piste demande à être investiguée avec une nouvelle cohorte d'étudiants.

Enfin, l'utilisation du Solution Focused Inventory (SFI), semblerait être un outil satisfaisant pour cibler les intentions comportementales à travailler chez l'étudiant procrastineur et ainsi permettre l'amélioration de l'implémentation de comportements.

Références bibliographiques

Ferrari, J. R., Johnson, J. L., &. McCown, W. G. (1995). *Procrastination and Task Avoidance : Theory, Research, and Treatment*. New York : Plenum Press.

Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Martin, T. R. (1995). Procrastination, negative self-evaluation, and stress in depression and anxiety : a review and preliminary model. *In* J. R. Ferrari, J. H. Johnson, & W. G. McGowan (eds.), *Procrastination and Task Avoidance : Theory, Research, and Treatment* (pp. 137-167). New York : Plenum Press.

Grant, A. M. (2011). The solution-focused inventory : a tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *The Coaching Psychologist*, 7 (2), 98-106.

Grant, A. M., Cavanagh, M. J., Kleitman, S., Spence, G., Lakota, M., & Yu, N. (2012). Development and validation of the solution-focused inventory. *The Journal of Positive Psychology*, 7 (4), 334-348.

Owens, S. G., Bowman, C. G., & Dill, C. A. (2008). Overcoming procrastination : the effect of implementation intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 38 (2), 366-384.

Potdevin, B. (2014). *Procrastination, intentions et impulsivité.* Mémoire de fin d'études non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.

Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination : frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31 (4), 503-509.

Steel, P. (2007). The nature of procrastination : a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133 (1), 65-94.

Septième partie

Émotions et santé

Effets de la pratique de la mindfulness sur la dynamique affective

Anne Congard[1*], Pascal Antoine[2], Sarah Le Vigouroux[1], Rollon Poinsot[3], Johan Illy[3] et Bruno Dauvier[1]

[1] Université Aix-Marseille – centre PsyCLé EA3273
[2] Université de Lille – SCALab UMR9193
[3] SAS Immanence
* Auteur correspondant : anne.congard@univ-amu.fr

Mots-clés : mindfulness, affects, dynamique.

Introduction

La mindfulness repose sur le fait d'être attentif aux événements de vie positifs comme négatifs – pensées, opinions, souvenirs, projections, attentes, etc. – de manière non-évaluative, ouverte, et de se recentrer sur l'expérience présente (Kabat-Zinn, 1994). La méditation de mindfulness consiste en un maintien de l'attention et de la conscience de l'instant présent, dans l'ici et le maintenant (Brown & Ryan, 2003). Quatre processus sont mis en jeu dans la pleine conscience (Baer, 2003) : 1) l'auto-régulation de l'attention qui tente de se focaliser sur les événements mentaux présents de l'instant ; 2) le détachement du caractère automatique de ses actions quotidiennes et des ruminations ; 3) l'observation sans jugement du flux continu de stimuli internes et externes au fur et à mesure de leur émergence ; et 4) le positionnement d'acceptation, de curiosité et d'ouverture vis-à-vis de ses expériences personnelles pour réduire la réactivité aux événements.

La pratique de la pleine conscience est conçue comme un moyen de réduire la vulnérabilité au stress et de réduire la détresse émotionnelle (Bishop *et al.*, 2004). Les résultats des études interventionnelles concernant la pratique de la mindfulness convergent vers une augmentation du bien-être et une diminution de la détresse, mais peu d'éléments sont disponibles sur la dynamique des processus affectifs impliqués. Concernant la gestion des affects, il a été montré que la pleine conscience, en modulant les affects

ressentis, entraînait une diminution de la détresse psychologique (Mandal *et al.*, 2012), mais on remarque souvent que les protocoles employés ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'envisager cette hypothèse avec une investigation dynamique des processus de régulation affective. Il semble que le principe d'attention portée sur l'instant présent et l'attitude non-évaluative entraîneraient une augmentation des affects positifs ainsi qu'une baisse des affects négatifs (Levy & Vella-Brodrick, 2010). Un entraînement de pleine conscience pourrait permettre de percevoir les affects négatifs comme des sensations corporelles plutôt que des états affectifs, et donc réduire la réactivité envers celles-ci.

Cette étude a pour objectif d'identifier l'effet de ce type d'intervention sur les paramètres inter- et intra-individuels en jeu et de modéliser l'évolution de la dynamique affective au cours d'interventions brèves centrées sur les émotions en modélisant les résultats par des analyses statistiques et les représentations graphiques intégrant des aspects dynamiques.

Méthode

Il s'agit d'une étude interventionnelle, non randomisée composée de deux groupes (85 adultes – 23 hommes [H] et 62 femmes [F] tous venants de 20 à 80 ans [M = 38, SD = 14]) : un groupe expérimental pratiquant la pleine conscience chaque jour (N = 43 dont 10 H et 33 F) et un groupe contrôle (N = 42 dont 13 H et 29 F). Tous les participants ont rempli deux questionnaires en pré- et en post test comprenant un questionnaire de compétence en pleine conscience, le *Five Facets Mindfulness Questionaire* (FFMQ – Baer *et al.*, 2006) et un inventaire d'anxiété, la STAI-trait (State-Trait Anxiety Inventory – Spielberger, 2010). Les participants du groupe expérimental ont effectué 20 minutes de méditation par jour pendant 42 jours grâce à des guidances de méditation mindfulness dans un ordre précis et mises à disposition en ligne (fichier MP3) ou sur CD. Les deux groupes de participants ont rempli deux fois par jour pendant 50 jours une fiche d'auto-observation comprenant l'échelle de mesure des affects ressentis (MAVA – Mesure de l'Affectivité : Valence / Activation de Congard *et al.*, 2011) et trois questions sélectionnées spécifiquement du FFMQ dans chacune des dimensions (saturations les meilleures sur la facteur d'appartenance) : une question relative à la rumination, une question relative à la focalisation de l'attention et une question sur la centration dans le moment présent. Le groupe contrôle a ainsi rempli ces questionnaires journaliers sans pratiquer d'exercices de pleine conscience en parallèle.

Résultats et discussion

Les mesures en pré- et post-test montrent une baisse des scores d'anxiété et une augmentation des compétences en pleine conscience pour le groupe Mindfulness par rapport au groupe contrôle (tableau 1).

Des Modèles Linéaires Généralisés à effet Mixte (GLMM) ainsi que des GAM (Generalized Additive Models) ont été menés pour comprendre la dynamique des fluctuations au cours du temps. Les modèles sont retenus sur le Critère d'Information d'Akaike (AIC), qui est une mesure de la qualité d'un modèle statistique.

Tableau 1 – Tableau de comparaisons de moyennes en fonction du groupe pour la STAI et le FFMQ en pré-test et post-test dans les deux groupes.

		Mindfulness	**Contrôle**	**Effet d'interaction groupe et temps (F)**
STAI	**Pré-test**	47.45 (10.03)	46.81 (7.71)	9.65***
	Post- test	42.16 (10.97)	46.37 (10.27)	
FFMQ	**Pré-test**	126 (19.84)	124.36 (16)	18.43***
	Post- test	144 (21.66)	126.11 (17.8)	

FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire) ; STAI (State-Trait Anxiety Inventory) ; *** $p < 0{,}001$.

Les résultats des modélisations (figure 1) ont montré que les personnes du groupe Mindfulness ressentent moins d'affects négatifs au cours de la pratique (chute de l'AIC = 17774). Au niveau des affects positifs, cette pratique les a conduits à vivre plus d'affects avec faible activation (ex : quiétude) mais pas spécifiquement plus d'affects positifs avec forte activation (ex : joie). De même, la pratique de la Mindfulness conduit à vivre moins de ruminations (chute de l'AIC = 17262) et à mieux focaliser son attention dans les tâches quotidiennes (chute de l'AIC = 17294).

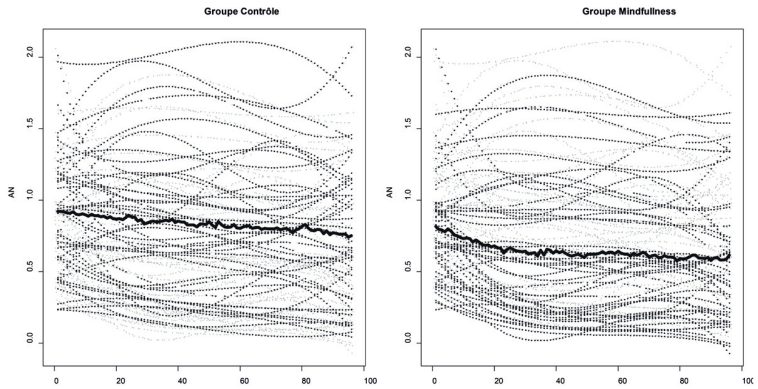


Figure 1 – Évolution des Affects Négatifs (AN) au cours du temps en fonction des groupes de participants et différences individuelles : trajectoire moyenne du groupe et différences individuelles.

Ces données offrent encore de nombreuses perspectives de travail et plus particulièrement la modélisation des changements au niveau des champs de forces dans la récupération des participants face aux événements c'est-à-dire la mise en évidence des changements au niveau des processus de régulation affective qui permettent de revenir à un état d'équilibre affectif (Bringmann *et al.*, 2013). Les objectifs des prochaines analyses seront d'analyser les effets de la mindfulness en fonction des caractéristiques individuelles et d'identifier différents types de trajectoires affectives liées au profil de

personnalité. L'étude de la cinétique des effets des interventions et l'identification des exercices permettrait d'optimiser le programme des méditations.

Références bibliographiques

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Anderson, N., Carlson, L., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness : a proposed operational definition. Clinical psychology. *Science and Practice*, 11, 230-241.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.

Bringmann, L. F., Vissers, N., Wichers, M., Geschwind, N., Kuppens, P., Peeters, F., Tuerlinckx, F. (2013). A network approach to psychopathology. *New Insights into Clinical Longitudinal Data. PLoS ONE*, 8 (4), e60188. DOI : 10.1371/journal.pone.0060188.

Levy, C., & Vella-Brodrick, D. (2009). Savouring and mindfulness as predictors of subjective well-being. *In Proceedings of the 10th Australian Conference on Quality of Life* (pp. 1-14). Deakin University.

Congard, A., Dauvier, B., Antoine, P., & Gilles, P.-Y. (2011). Integrating personality, daily life events and emotion : role of anxiety and positive affect in emotion regulation dynamics. *Journal of Research in Personality*. DOI : 10.1016/j.jrp.2011.04.004.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are*. New York : Hyperion.

Mandal, S. P., Arya, Y. K., & Pandey, R. (2012). Mental health and mindfulness : mediational role of positive and negative affect. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 19 (2), 150-159.

Spielberger, C. D. (2010). *State-Trait Anxiety Inventory*. John Wiley & Sons, Inc.

Le suicide carcéral. L'impact de la qualité de vie et du soutien relationnel

Julien Eloir[1] et Claire Ducro[2]

[1] Psychologue clinicien et doctorant. Unité sanitaire du Centre de détention de Bapaume, Centre hospitalier d'Arras, Pas-de-Calais, France / Équipe DEEP, SCALab – UMR CNRS 9193, université Charles-de-Gaulle / Lille-3, Villeneuve d'Ascq, Nord, France. Emails : julien.eloir@ch-arras.fr – julien.eloir@etu.univ-lille3.fr
[2] Maître de conférences. Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique / Équipe DEEP, SCALab – UMR CNRS 9193, université Charles-de-Gaulle / Lille-3, Villeneuve d'Ascq, Nord, France. Email : claire.ducro@univ-lille3.fr

Mots-clés : suicide, prison, qualité de vie, support social, lien affectif.

Introduction

Le système carcéral français est plus que jamais concerné par la surpopulation que nous pouvons mettre en lien avec certaines problématiques telles que les abus de substance, la violence (physique ou morale) et bien évidemment le suicide. La France rapporte un taux de suicide dans ses prisons d'environ 14.5 pour 10 000 détenus (site du Ministère de la Justice, juin 2014). Un taux relativement élevé en comparaison au taux de suicide dans la population générale (en 2011, le taux était d'environ 16 pour 100 000 habitants). En effet, les études rapportent aussi que les taux de suicides en prison dans la plupart des pays sont plus élevés que dans la population générale (Suto & Arnaut, 2010).

Plusieurs caractéristiques du détenu suicidaire se retrouvent dans la littérature, permettant ainsi d'établir un « profil ». Nous pouvons décrire trois catégories de caractéristiques qui peuvent constituer des facteurs de risque, précipitant un geste suicidaire. Tout d'abord la **santé mentale**, nous y retrouverions par exemple les antécédents de tentatives de suicide (Lohner & Konrad, 2006), ou encore la présence de symptômes dépressifs ou de sentiments de désespoir (Liebling, 1995 ; Séguin *et al.*, 2006). Vient

ensuite la **sphère relationnelle** et plus précisément le soutien social tel qu'il est perçu par la personne, qui va moduler le risque suicidaire du détenu. Certains **facteurs propres au milieu carcéral** peuvent précipiter un passage à l'acte suicidaire. Nous retrouvons dans la littérature la difficulté à respecter les règles (Suto & Arnaut, 2010), les premiers temps de l'incarcération (Bird, 2008 ; Fruehwald *et al.*, 2003) et même la perception de la qualité de vie (Harvey & Liebling, 2001). Il apparaît aussi que les réactions émotionnelles négatives et la qualité de vie de la personne détenue sont inversement corrélées et dépendent de la période d'incarcération.

La *sursuicidité* (Bourgoin, 1994) est une problématique majeure dans le monde carcéral. Le suicide est influencé par des facteurs intra-individuels, sociaux et environnementaux. Nous allons donc explorer les potentiels liens le suicide carcéral, la qualité de vie en détention et le soutien relationnel que reçoivent les détenus.

Méthodologie

La recherche a été menée au Centre de détention de Bapaume. Tous les participants sont des détenus hommes du CD de Bapaume (N = 32). Chaque participant répondait à quatre auto-questionnaires et à un entretien semi-directif. Pour évaluer le risque suicidaire, nous avons utilisé la SPS (« Suicid Probability Scale » ; Cull & Gill, 1982). Ensuite, nous évaluions la qualité de vie avec un outil généraliste, la WHOQOL-Bref (OMS, 1996) et un outil spécifique à la prison, le MQVP (« Mesurer la qualité de vie en prison » ; Liebling & Arnold, 2002). Enfin, le soutien relationnel était évalué de façon subjective avec l'Échelle de provisions sociales (EPS ; Cutrona & Russel, 1987) et de façon objective avec le Questionnaire de soutien familial (QSF). Ce dernier outil revient, durant un entretien semi-directif, sur les contacts avec l'extérieur, c'est-à-dire sur le nombre et la fréquence de parloirs, d'appels téléphoniques et de courriers.

Résultats

Nous avons effectué des coefficients de corrélation par Rho de Spearman entre chaque questionnaire et chaque dimension présente. Dans un premier temps, nous observons des corrélations négatives entre l'EPS et la SPS : plus le participant se sent soutenu, moins le risque suicidaire est élevé. Aussi, nous avons retrouvé peu de corrélations significatives entre le QSF et l'EPS, c'est-à-dire entre le soutien objectif et le soutien tel qu'il est perçu par le participant.

Nos résultats ont montré que les deux outils, généraliste et spécifique, permettaient des évaluations de la qualité de vie qui allaient dans le même sens. Pourtant, même si la WHOQOL et le MQVP évaluent la même chose, nous avons pu remarquer que seule la WHOQOL Bref entretient des liens significatifs avec le score à la SPS.

Enfin, la dernière partie de nos résultats concerne la qualité de vie et le soutien relationnel. Le seul lien significatif que nous avons retrouvé se situe entre le score à l'EPS et celui du MQVP. Ce résultat renforce les résultats obtenus précédemment, à savoir que c'est la qualité de la relation entre le détenu et ses proches qui aurait une influence plus importante sur la qualité de vie que le nombre de contacts entretenus avec eux.

Discussion-conclusion

Ces différents résultats montrent que le soutien tel qu'il est perçu diminue le risque suicidaire. Aussi, nous avons vu que le soutien social perçu dépendrait davantage du lien affectif, ou autrement de la qualité de la relation que du lien effectif (nombre de lettres, d'appels ou de parloirs). L'absence de contact ne voudrait donc pas signifier une absence de liens. Cela fait du support social perçu un facteur de vulnérabilité et son évaluation serait davantage prédictive de la crise suicidaire que la proportion d'appels téléphoniques ou du nombre de visite reçues par le détenu durant son incarcération.

Ensuite, notre étude montre bien le lien existant entre risque suicidaire et qualité de vie. Il est intéressant de noter que toutes les dimensions de la WHOQOL-Bref sont en corrélation avec le risque suicidaire : chaque dimension de la qualité de vie est importante et a un impact sur le risque suicidaire.

Notre étude nous a permis de réfléchir autour de la problématique du suicide en prison, problématique majeure qui touche de nombreux professionnels, tant judiciaires que de la Santé. Nos résultats peuvent aider à la mise en place de plans préventifs contre le suicide et à prévenir, plus que prédire, l'entrée en crise suicidaire. De tels enjeux ne peuvent s'établir seul, et un travail collaboratif entre la Santé et la Justice est primordial et nécessaire. Le psychologue clinicien a sa place dans un tel accompagnement, à travers ses actions auprès des patients détenus, tant sur le plan individuel que groupal, mais également auprès des familles et de proches.

Références bibliographiques

Bird, S. (2008). Changes in male suicides in Scottish prisons : 10-years study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 446-449.

Bourgoin, N. (1994). *Le suicide en prison*. Paris : L'Harmattan.

Cull, J., & Gill, W. (1982). *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles : Western Psychological Services.

Cutrona, C., & Russel, D. (1987) The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.

Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., & Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behavior in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, 161-165.

Harvey, J., & Liebling, A. (2001). Suicide et tentatives de suicide en prison : vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie*, 34 (2), 57-83.

Liebling, A. (1995) Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35 (2), 173-187.

Liebling, A., & Arnold, H. (2002). Evaluating prisons : the decency agenda. *Prison Service Journal*, 141, 5-9.

Lonher, J., & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody : distinguishing features in male inmates self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 370-385.

Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide cases in New Brunswick from april 2002 to may 2003 : the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (9), 581-586.

Suto, I., & Arnaut, G. (2010). Suicide in prison : a qualitative study. *The Prison Journa*, 90 (3), 288-312.

Webographie

http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

Étude des liens entre fréquence, type d'activité physique et sportive et dépression : effet modérateur du genre

Stéphane Faury[1], Sabrina Bernadet[2], Géraldine Bonenfant[3] et Bruno Quintard[4]

[1] Doctorante, Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie (EA 4139). Email : stephane.faury@u-bordeaux.fr
[2] Docteur en psychologie, Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie (EA 4139)
[3] Entraîneur, Villa Primerose, Bordeaux, France
[4] Professeur, Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, santé et qualité de vie (EA 4139)

Mots-clés : sport et activité physique, promotion de la santé, bien-être.

Introduction

Actuellement, la dépression est considérée comme un problème majeur de santé publique. Elle est caractérisée par un abaissement de l'humeur : humeur triste, perte d'intérêt pour toute activité et baisse d'énergie (Murthy *et al.*, 2005).

L'activité physique et sportive est considérée comme un moyen de prévention de la dépression : la démonstration n'est plus à faire (Décamps, 2011 ; Faulkner & Biddle, 2004 ; Inserm, 2008 ;Taylor, Sallis & Neddle, 1985). La fréquence de pratique d'une activité physique et sportive semble avoir un impact favorable sur la diminution de la dépression. Le plus souvent les études considèrent la fréquence sous l'angle d'une dichotomie : absence versus présence ; approche qui peut être réductrice (Décamps & Boujut, 2011). Nous proposons plutôt d'explorer l'impact d'une activité physique et sportive chez des sujets selon la fréquence à laquelle ils y recourent.

Le type de sport pratiqué,en population générale, ne semble pas avoir d'importance sur la symptomatologie dépressive (Inserm, 2008). En revanche, chez les sportifs de haut niveau, les troubles dépressifs ont été identifiés plus fréquemment chez ceux pratiquant

une discipline esthétique, comme la gymnastique, que chez ceux pratiquant un sport d'équipe, par exemple le football (Schaal *et al.*, 2011). Cette typologie ne semble pas avoir été étudiée en population générale.

Nous ne savons pas s'il est possible d'identifier une fréquence et un type d'activité physique et sportive (sport d'équipe versus sport esthétique) qui seraient plus protecteurs de la dépression. C'est ce que nous proposons de faire tout en considérant le genre comme un modérateur potentiel de la relation entre dépression et activité physique et sportive. En effet, l'étude de Lindwall, Larsman & Hagger (2011) a montré, chez les octogénaires, que le genre n'avait pas d'effet modérateur sur cette relation. Nous cherchons à savoir si il en est de même en considérant une population plus jeune.

Méthode

Dans cette étude transversale, la dépression a été évaluée par le Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D, Radloff & Locke, 1977 ; validation française de Fuhrer & Rouillon, 1989). Cet auto-questionnaire a été administré à 88 sportifs (37 hommes et 51 femmes) âgés de 18 à 44 ans ($M_{âge}$ = 25,42 ans ; ET = 6,97). Les sportifs ont été recrutés dans les clubs de la région aquitaine pratiquant, entre 1 et 15 heures par semaine, un sport d'équipe comme le hockey sur gazon (n = 44) ou un sport esthétique comme la gymnastique (n = 44).

Résultats

La fréquence de l'activité physique et sportive n'est pas liée à la dépression (r = -.109, p = .229). Il en est de même pour le type de sport : le score de dépression des sportifs pratiquant un sport d'équipe (hockey sur gazon) n'est significativement pas plus faible que celui des sportifs pratiquant un sport esthétique (gymnastique), $t(86) = 1.256$, p = .213.

Pour observer l'effet modérateur, la population a été divisée en deux en fonction du genre et une régression linéaire simple a été réalisée sur chacun des groupes entre la fréquence et la dépression (Rascles & Irachabal, 2001). Le genre n'a pas d'effet modérateur du lien entre la fréquence de la pratique sportive et la dépression (pour les hommes *beta* = -.070, p = .969 et pour les femmes *beta* = -.007, p = .625).

Discussion-conclusion

La fréquence de la pratique ne prédirait pas les scores de dépression. Il semblerait alors que pratiquer une activité physique et sportive, quelle que soit la fréquence, est protecteur de la dépression contrairement à l'absence de pratique qui serait un facteur de vulnérabilité. Il conviendrait d'explorer, dans de futures recherches, l'effet de l'absence versus différentes fréquences de la pratique sur la dépression.

En accord avec les résultats de l'Inserm (2008) et en désaccord avec ceux de l'étude menée auprès de sportifs de haut niveau (Schaal *et al.*, 2011), le type de sport ne semble pas avoir d'impact sur les scores moyens de dépression. Nous pourrions alors nous demander si l'influence du type d'activité sur la dépression ne serait pas modulée

par la fréquence de la pratique. Il serait également souhaitable de vérifier ce résultat en considérant un plus large panel de type d'activités physiques et sportives.

Le genre ne semble pas avoir d'effet modérateur sur la relation entre fréquence de l'activité physique et sportive et la dépression en accord avec l'étude sur les octogénaires de Lindwall *et al.* (2011). Il serait intéressant de valider ce résultat en prenant un compte un groupe sans pratique sportive.

Références bibliographiques

Décamps, G. (2011). *Psychologie du sport et de la santé.* Paris : De Boeck.

Décamps, G., & Boujut, E. (2011). Performances académiques et adaptation psychologique des étudiants à l'université : le rôle de la pratique d'activités physiques et sportives. *In* Decamps, G. (éd.), *Psychologie du sport et de la santé* (pp. 172-191). Paris : De Boeck.

Faulkner, G., & Biddle, S. (2004). Exercise and depression : considering variability and contextuality. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26 (1), 3-18.

Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatry and Psychobiology*, 4, 163-166.

Lindwall, M., Larsman, P., & Hagger, M. S. (2011). The reciprocal relationship between physical activity and depression in older European adults : a prospective cross-lagged panel design using SHARE data. *Health Pyschology*, 30 (4), 453-462

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2008). *Activité physique : contextes et effets sur la santé.* Paris : Les éditions de l'INSERM.

Murthy, R., Bertolote, J.-M., Epping-Jordan, J.-O., Funk, M., Prentice, T., Saraceno, B., & Saxena, S. (2001). *La santé mentale : rapport sur la santé dans le monde 2001. Nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève : Organisation mondiale de la santé.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale : a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Mesasurement*, 1 (3), 385-401.

Rascle, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le Travail Humain*, 64 (2), 97-118.

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G. Simon, S., & Toussaint, J.-F. (2011). Psychological balance in high level athletes : gender-based différences and sport specific patterns. *Plos One*, 6 (5), 1-9.

Taylor, C., Sallis, J., & Neddle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100 (2), 195-202.

Évaluation cognitive et enjeux d'un événement stressant : création et validation d'une échelle d'évaluation cognitive État

Noëlle Girault-Lidvan[1] et Sophie Berjot[2]

[1] Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS – EA 4057), université Paris-Descartes. Email : noelle.lidvan@parisdescartes.fr
[2] Laboratoire cognition santé socialisation (C2S – EA 6291), Université de Reims – Champagne-Ardenne

Problématique et objectifs

La théorie transactionnaliste du stress-ajustement place au premier plan la signification donnée par la personne aux situations qu'elle rencontre, dont la composante motivationnelle au travers des buts poursuivis par l'individu est essentielle. Il importe donc de connaître les enjeux de la relation entre une personne et un événement spécifique. Ceci a conduit Peacock et Wong à proposer une mesure dispositionnelle d'évaluation cognitive (SAM, 1990) qui ajoute une dimension « Centralité » à celles de Menace et Défi [1], référant aux buts proximaux ou distaux affectés par la situation, ce qui permet ainsi de rendre compte plus complètement des implications de la situation pour le devenir de la personne à plus ou moins long terme. Par la suite, Roesch et Rowley (2005) ont confirmé la consistance factorielle de la dimension Centralité, et dégagé une représentation de l'évaluation cognitive (qui reste dispositionnelle) en 4 facteurs : Menace, Défi, Centralité, Ressources.

Lazarus, qui a souligné d'emblée l'importance des facteurs situationnels dans la transaction individu-situation, pose dans une de ses dernières synthèses (1993) le constat que la grande majorité des mesures d'évaluation cognitive proposées jusqu'alors sont des mesures de Trait conduisant à une surévaluation du rôle des caractéristiques personnelles dans le processus transactionnel. Il observe en outre que la mesure de l'*appraisal* et celle des issues sont souvent en partie confondues, confusion découlant

1. La SAM initiale comprend au total 6 dimensions (trois dimensions d'évaluation des Ressources).

en partie de la formulation des items d'évaluation, dont les termes réfèrent souvent davantage au sentiment relatif à un état final (e.g. le Bien-être) qu'à une perception immédiate (e.g. menaçante) face à une situation donnée. L'outil que nous proposons vise à répondre à ces questions théoriques et méthodologiques. Il s'agit ainsi d'élaborer un outil d'évaluation cognitive (ECG-E) incluant la dimension Enjeu (pour « Centralité ») dans la perception des situations potentiellement stressantes, et qui rende mieux compte du rôle des facteurs situationnels en effectuant une mesure État (relativement à une situation problématique actuelle définie au préalable par le répondant).

Notre deuxième objectif était de tester différents modèles d'explication des issues en termes de stress, dans le cadre du modèle transactionnaliste de Lazarus et Folkman (1984).

Étude 1 - Analyse factorielle exploratoire

Population

Étude menée auprès de 77 étudiants en psychologie (79,2 % de femmes et 20,8 % d'hommes ; M âge : 20, 26 ans ; ET : 3,48).

Mesures

ECG-E en 24 items [2] (6 items pour chacune des dimensions Défi, Menace, Enjeu, Ressources) : échelle d'intensité en 7 points, précédée d'une question ouverte demandant de définir une situation actuelle problématique et d'en évaluer l'importance perçue.

Résultats

L'analyse factorielle avec rotation Oblimin montre une structure en quatre facteurs, les items se répartissant conformément aux facteurs de la SAM révisée. Après suppression des items ambigus, l'ECG-E revue comprend 20 items (soit 5 items pour chacune des dimensions).

Étude 2 - Liens avec d'autres construits et analyse en pistes causales

Elle a été menée sur 259 étudiants en STAPS [3] : 38,9 % F, 61,1 % H (M âge : 19,14 ; ET : 1,26).

Mesures

ECG-E réduite à 20 items ; EVA (Lesage, Chamoux & Berjot, 2009) ; PANAS.

Résultats de l'étude 2

L'analyse factorielle avec rotation Varimax montre une bonne stabilité des quatre facteurs, qui rendent compte de 67 % de la variance totale (i.e. 22 % pour la dimension Menace, 18 % pour Enjeu, 12 % pour Défi et 15 % pour Ressources). Les *alpha* de

2. Items tirés de la littérature ou formulés par nous-mêmes, en évitant les formulations susceptibles de référer aux conséquences perçues de la situation, plutôt qu'à l'état induit chez le répondant par sa perception immédiate.

3. Sciences et techniques des activités physiques et sportives

Cronbach sont satisfaisants (de .69 à .89), deux items des dimensions Menace et Ressources nécessiteraient une reformulation en vue d'augmenter la cohérence interne des sous-échelles.

Les corrélations entre les mesures montrent des relations significatives entre les dimensions de l'ECG-E et les différents critères de validité externe, conformément à la littérature. La Menace est positivement corrélée avec le stress perçu et les émotions négatives (resp. .43 ; $p < .01$ et .27 ; $p < .05$). Les Ressources sont négativement corrélées avec ces mêmes construits (-.25 ; $p < .05$). Les buts [4] sont positivement corrélés aux dimensions Enjeu, Menace et Défi (resp. .63 et .39 ; $p < .01$ et .22 ; $p < .05$). Les relations entre dimensions sont cohérentes : la dimension Enjeu est positivement corrélée avec Menace et Défi (resp. .40 et .38 ; $p < .01$), la dimension Ressources est positivement corrélée avec Défi (.49 ; $p < .01$) et négativement avec Menace (-.32 ; $p < .05$).

Tableau 1 – Test des modèles d'analyse en pistes causales.

Modèles	GFI	AGFI	RMSEA	CFI	Chi² Normé	AIC
1. Ress. & Enjeu antécédents intercorrélés	.993	.967	.03	.997	3.63 ; p=.20	27.63
1bis. R & E antécédents non intercorrélés	.985	.945	.07	.979	8.28 ; p=.08	30.28
2. R, E, D & M antécédents intercorrélés	.924	-0138	.47	.762	3.26*	78.07
2bis. R, E, D & M antécédents non intercorr.	.753	.471	.38	0	228.73*	244.73
3. E antéc.de R, antéc.de M et D	.861	.584	.282	.579	91.90*	111.90
3bis. R antéc. de E, antéc. de M et D	.840	.521	.301	.579	103.53*	123.53

Les différents modèles d'analyse en pistes causales testés sont présentés dans le tableau 1. Le modèle 1, dans lequel Enjeu et Ressources sont des antécédents intercorrélés de la Menace et du Défi, eux-mêmes prédicteurs du stress perçu (fig. 1), apparaît le plus adéquat.

Discussion-conclusion

Ces deux études confirment l'intérêt d'intégrer la dimension Enjeu à une mesure de l'évaluation cognitive. L'Enjeu, corrélé avec les Ressources, et fortement corrélé avec les buts que l'individu perçoit comme mis en question par la situation, apparaît comme un antécédent de l'évaluation primaire de Menace et Défi, qui sont des prédicteurs

4. Variable construite à partir des réponses aux questions préliminaires à l'échelle, évaluant le degré d'importance de la situation préoccupante actuelle vis-à-vis des objectifs de l'individu.

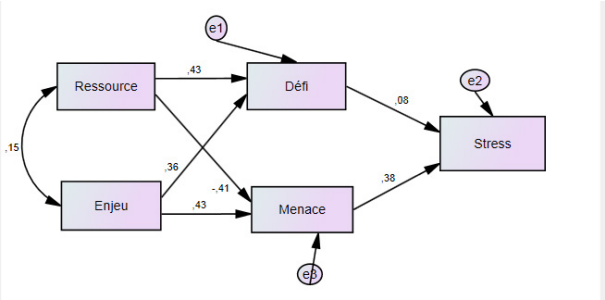


Figure 1 – Explication du stress perçu par les quatre dimensions de l'ECG-E (modèle 1).

du stress perçu, avec une valeur prédictive plus forte pour la Menace. Il paraît donc important d'effectuer une mesure de l'évaluation cognitive prenant en compte les objectifs à court et moyen terme de l'individu, essentiels dans la perception du degré de menace et de défi suscités par une situation donnée.

Limites de l'étude : certains items demandent à être revus pour améliorer la consistance interne des sous-échelles. Les populations étudiées étant de taille modeste, et d'une nature trop spécifique, nous chercherons à remédier à ces problèmes dans une nouvelle étude sur des populations importantes et diversifiées permettant une analyse confirmatoire.

Conclusion : cet outil permet d'ouvrir des perspectives dans l'étude de la relation entre le type d'évaluation cognitive et le niveau de stress perçu, en particulier chez les personnes confrontées à des situations évolutives critiques, tels que des malades chroniques, dont les perspectives se modifient suivant l'évolution de la maladie et leur étape de vie, ainsi que de personnes en situation de précarité, au chômage ou menacés de perte d'emploi, et de jeunes adultes en période de transition.

Références bibliographiques

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions : a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lesage, F. X., Chamoux, A., & Berjot, S. (2009). Stability of the visual analogue scale in stress assessment. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 70, 619-622.

Peacock, E. J., & Wong, P. T. P. (1990). The Stress Appraisal Measure (SAM) : a multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6, 117-236.

Roesch, S. C., & Rowley, A. A. (2005). Evaluating and developing a multidimensional, dispositional measure of appraisal. *Journal of Personality Assessment*, 85 (2), 188-196.

Personnalité et dynamique affective : efficacité des stratégies de régulation

Sarah Le Vigouroux*, Bruno Dauvier et Anne Congard

Université Aix-Marseille – centre PsyCLé EA3273, Aix-en-Provence
* Auteur correspondant : sarah.le-vigouroux@univ-amu.fr

Mots-clés : bien-être, émotions, personnalité.

Introduction

La personnalité est directement liée au bien-être subjectif, notamment le caractère consciencieux qui est lié négativement avec les affects négatifs. Elle peut venir influencer l'efficacité et la sélection des stratégies de régulation affective. Le caractère consciencieux est plus particulièrement associé à la résolution de problème et la réévaluation cognitive (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Cependant la plupart des liens établis dans la littérature, le sont au niveau interindividuel (Kuppens, Van Mechelen, Nezlek, Dossche & Timmermans, 2007), c'est-à-dire sur le ressenti et fonctionnement général des individus. Or, la mesure des affects est liée à l'état affectif dans lequel se trouve l'individu au moment où il répond (Brose, Lindenberger & Schmiedek, 2013), et le rappel des stratégies de régulation est biaisé notamment par le fait que la personne connait déjà l'issu de la résolution de l'évènement (Stone *et al.*, 1998). Il semble alors intéressant de questionner ces liens à un niveau intra-individuel, permettant de mieux comprendre les processus sous-jacents aux traits de personnalité. L'objectif est d'identifier comment le caractère consciencieux peut permettre une meilleure utilisation de stratégies déjà identifiées comme efficaces : la réévaluation cognitive (Gross & John, 2003) et le coping centré sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984), au travers de leurs effets sur les affects (selon le modèle circomplexe en 12 cadrans de Yik, Russell & Steiger [2011]).

Méthode

L'échantillon est constitué de 161 adultes tout-venants, âgés de 19 à 70 ans, dont 104 femmes (moyenne : 40 ans ; écart-type : 15 ans). Le recueil de données est construit en trois étapes : 1) Un questionnaire de personnalité composé des items de l'IPIP-NEO (Goldberg, 1999) concernant le caractère consciencieux. 2) Un entretien individuel est mené, afin de construire une liste de 18 items, constitué des 12 affects et de 2 stratégies de régulation (la réévaluation cognitive et le coping centré sur le problème), servant de support de réponses lors de la phase de sondage quotidien. 3) Pour la phase ESM (Experience Sampling Method), les participants ont dû indiquer 5 fois par jours pendant 2 semaines leurs niveaux de ressenti pour les 12 affects et leur niveau d'utilisation des stratégies sur une échelle de Likert en 5 points. Cette méthode permet d'étudier les affects de manière écologique et offre la possibilité d'étudier leurs fluctuations temporelles à court terme.

Résultats et discussion

Au niveau interindividuel, nous retrouvons le lien entre le caractère consciencieux et les affects négatifs (AN) (r = -0,24 ; $p < 0{,}01$). On retrouve également des liens entre les stratégies et les affects positifs (AP) ($r = 0{,}43$; $p < 0{,}01$ pour la réévaluation cognitive et $r = 0{,}33$: $p < 0{,}01$ pour le coping centré sur le problème). Le caractère consciencieux n'apparait pas lié à l'utilisation des stratégies. Ce qui peut s'expliquer par la nature des mesures, car si la personnalité est mesurée au niveau trait, nos autres mesures se font au niveau état. De plus, il est envisageable que la relation entre utilisation des stratégies et affects ressentis soit relativement complexe. Pour une personne donnée, on s'attend à ce qu'une forte utilisation des stratégies soit associée à un plus haut niveau d'AP. Mais pour autant, un faible niveau d'utilisation de cette stratégie, n'est pas nécessairement associé à un faible niveau d'AP. En effet, si la personne se sent déjà joyeuse, elle ne perçoit pas alors le besoin de réguler. Les AP pourraient ainsi être élevés lorsque la personne consciencieuse n'utilise pas les stratégies, car ce n'est pas nécessaire, et quand elle l'utilise beaucoup, car ce sont des stratégies efficaces, ce qui conduit à un lien non linéaire en U. Réciproquement, on retrouverait un U inversé pour les AN. Cela s'expliquerait par le fait que les personnes consciencieuses arriveraient mieux à s'organiser pour répondre à la situation. Inversement, lorsque la régulation n'est pas efficace, chez une personne non-consciencieuse, on s'attend à une relation plus linéaire entre le niveau d'utilisation des stratégies et les affects, comme si la personne n'utilise pas les stratégies alors qu'il le faudrait. De plus, même lorsqu'elle y a recours, leur utilisation ne permet une modification de l'état affectif aussi importante que pour les consciencieux. Pour répondre à cela, nous avons calculé des Modèles linéaires généralisés à effet mixte (librairie lme4 du programme R ; Bates, Maechler, Bolker & Walker, 2013). Les modèles sont retenus sur le Critère d'information d'Akaike (AIC), qui est une mesure de la qualité d'un modèle statistique. Afin de se représenter le sens des modèles significatifs retenus, les résultats sont présentés par des graphiques (figure 1, les résultats sont identiques pour les deux stratégies).

Nous pouvons observer dans le figure 1 deux éléments : 1) Lorsque les stratégies ne sont pas du tout utilisées, les personnes consciencieuses ressentent plus d'AP et moins

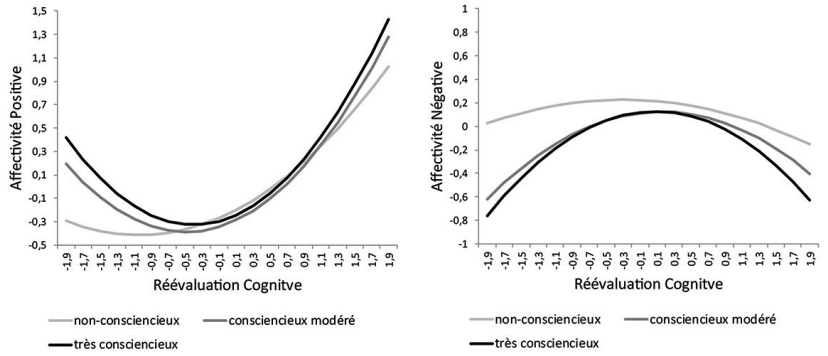


FIGURE 1 – Affectivité positive et Affectivité négative en fonction de l'interaction non-linéaire entre caractère consciencieux et niveau d'utilisation des stratégies.

d'AN que les personnes non consciencieuses. 2) Lorsque les stratégies sont fortement utilisées les personnes consciencieuses ressentent plus d'AP et moins d'AN que les personnes non-consciencieuses. Ce qui confirme nos hypothèses selon lesquels le fait d'être consciencieux permet une utilisation très efficace de la réévaluation cognitive et du coping problème, grâce à une utilisation en réaction à une augmentation des affects négatifs et un plus fort impact sur les affects lorsque les stratégies sont fortement utilisées. Par la suite, l'objectif serait de reconsidérer ces effets en fonction de l'âge.

Références bibliographiques

Bates, D., Maechler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2013). lme4 : linear mixed-effects models using Eigen and S4 (R package version 1.0-4) [computer software] : `http://CRAN.R-project.org/package=lme4`.

`http://ppw.kuleuven.be/okp/people/Annette\_Brose/`

Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping : a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93 (6), 1080–1107.

Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *In* I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (eds.), *Personality Psychology in Europe*, (vol. 7, pp. 7-28). Tilburg, The Netherlands : Tilburg University Press.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.

Kuppens, P., Van Mechelen, I., Nezlek, J. B., Dossche, D., & Timmermans, T. (2007). Individual differences in core affect variability and their relationship to personality and psychological adjustment. *Emotion*, 7, 262-274.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York : Springer.

Stone, A. A., Schwartz, J. E., Neale, J. M., Shiffman, S., Marco, C. A., Hickcox, M. (1998). How accurate are current coping assessments ? A comparison of momentary versus end-of-day reports of coping efforts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1670-1680.

Yik, M., Russell, J. A., & Steiger, J. H. (2011). A 12-point circomplex structure of core affect. *Emotion*, 11 (4), 705-731.

Pour un triple éloge, de la perte, de la détresse humaine et des dimensions spirituelles de la résilience

Gilles Lecocq

École supérieure des métiers du sport, Cergy, France.
Email : gilleslecocq@aol.com

Mots-clés : résilience, spiritualité, approches alternatives, bien-être.

Introduction

Perdre un être cher, la mobilité d'une partie de son corps ou un challenge professionnel, sont des expériences qui « permettent » à une personne de renouer des liens désaccordés avec des espaces psychiques d'où émerge une parole authentique (Lecocq, 2008). La rencontre avec ceux-ci marque alors l'avènement de nouvelles formes de sublimation et de résilience avec des systèmes familiaux et des systèmes culturels (Schauder, 2010).

Nous nous proposons de préciser les étapes qui vont permettre à des personnes vivant une situation de perte de se reconnecter avec ce qui est essentiel pour elles. C'est l'occasion pour la psychologie de la santé de se retrouver au chevet de ce qui fonde la condition de l'homme fragile, celle où la sensation de vide provoquée par une perte se transforme en une réalité assumée (Lecocq, 2009). Les fragilités d'une cuirasse somato-psychique deviennent ainsi des lieux, où des dimensions spirituelles se révèlent et rendent compréhensibles des trajectoires de vie où, au-delà de l'adversité, se révèle le bonheur de vivre (Seligman, 2006).

Méthode

Les histoires de vie élaborées individuellement, au cours d'une consultation psychologique d'une durée d'un entretien par semaine durant dix semaines, par trois personnes qui ont vécu un épisode de perte (perte d'un être cher, perte d'un challenge professionnel, perte de la mobilité d'une partie de son corps...) sont l'occasion d'identifier les dimensions psychologiques qui structurent le sentiment de perte et les dimensions spirituelles de la résilience qui accompagnent ces personnes sur un nouveau chemin de vie (Lecocq & Dervaux, 2014).

Un recueil de données utilisant le *verbatim* de ces entretiens permet d'apprécier de quelles façons une personne donne un sens à sa trajectoire de vie perçue soit comme nourrissante, soit comme stressante (Mattingly & Garro, 2000). Ainsi, trois processus construisent la parole de ces trois personnes : l'acceptation de la perte d'une passion pour une personne et pour une activité, le besoin d'exprimer des émotions jusqu'alors tues et l'affirmation d'une motivation eudémonique qui semblait inaccessible. Par ailleurs, une logique rétrospective permet à ces trois personnes de comprendre les étapes par lesquelles elles passent pour dépasser un sentiment de ne pouvoir surmonter une perte et accéder à de nouveaux soutiens culturels.

Résultats

Deux dynamiques caractérisent les trajectoires de ces trois personnes qui après avoir côtoyé le plaisir de vivre, rencontrent l'isolement de l'exclusion, avant de retrouver une nouvelle raison de vivre. Alors que la première dynamique oppose un repli sur soi et une ouverture vers les autres, la seconde dynamique révèle le style temporel que les personnes vont valoriser : Le refuge dans l'urgence du temps immédiat ou l'acceptation de l'inconnu du temps a-venir. Le croisement de ces deux axes permet d'identifier quatre styles d'investissement :

- Le style « repli sur soi » centré sur la recherche de sensations immédiates et l'incapacité de se projeter dans un avenir proche.
- Le style « altruiste » centré sur le besoin d'aider des personnes inconnues afin de développer de nouvelles relations sociales.
- Le style « an-orexique » centré sur la réalisation d'actions qui interdisent à la personne de ressentir des désirs en son nom propre.
- Le style « évitant » où l'engagement de la personne dans une activité provoque une détresse inhibitrice, aux risques de rencontrer la Vie qui est en Soi.

L'articulation de ces quatre styles permet d'identifier deux moments qui s'entrechoquent à la suite d'un épisode de perte :

Le premier moment se caractérise par une envie de vivre qui est inhibée et une détresse qui se révèle à travers les sensations de ne plus rencontrer d'appuis à l'extérieur de soi-même. Lorsque la personne perd ces appuis, elle se trouve dans l'obligation de « changer de braquet » à son corps défendant. Il lui faut pour cela « pédaler dans le vide », le temps de retrouver de nouveaux appuis solides.

Lorsque ces appuis viennent à manquer, le second moment se caractérise par un effondrement psychologique qui permet à un potentiel de vie jusqu'alors tu de s'affirmer. Ce n'est que lorsque celui-ci va se laisser aller dans le *maelström* de la perte qu'il va se rendre compte que seul, il ne pourra supporter le poids de son existence.

C'est cette expérience du *maelström* qui révèle une issue qui permet de retrouver le fil rouge d'une histoire personnelle. C'est en suivant ce fil rouge qu'il devient alors possible pour un individu de se confronter à nouveau à des sensations jusqu'alors anesthésiées qu'il convient d'apprivoiser pour que de nouvelles ressources créatrices (re)voient le jour.

Conclusion

Au cours d'un processus de résilience, un acte créateur permet à la peur de perdre de laisser la place au lâcher prise. C'est le moment où une personne va trouver dans ses propres fragilités, sa singularité, pour faire émerger de lui ce qu'il pensait trouver dans l'imaginaire social. En (re)devenant créateur de son histoire, celui qui est en capacité de se concevoir différent, devient un personnage historique qui enrichit un patrimoine culturel. C'est en reconnaissant l'incomplétude de sa position que celui-ci peut alors donner l'occasion aux fragilités de la condition humaine de devenir un espace transitionnel propice à une ouverture vers les dimensions spirituelles de la résilience (Piedmont, 2009).

Références bibliographiques

Lecocq, G. (2008). Quand l'expérience vécue devient une valeur marchande : Le joueur de rugby peut-il devenir autre chose qu'un intermittent du spectacle. *Revue européenne de management du sport*, 21, 38-52.

Lecocq, G. (2009). La clinique du sport : un point de rencontre entre une culture sportive en mutations et l'Unitas-Multiplex d'un sujet sportif en (re)conversion. *Bulletin de psychologie*, 502 (4), 319-326.

Lecocq, G., & Dervaux, S. (2014). De la résistance à la résilience : lorsque 2 types d'activités physiques adaptées se mettent au service d'une personne vulnérable. *Movement & Sport Sciences*, 84 (2), 89-97.

Mattingly, C., & Garro, L. C. (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley : University of California Press.

Piedmont, R. L. (2009). The contribution of religiousness and spirituality to subjective wellbeing and satisfaction with life. *In* M. de Souza, L. J. Francis, J. O'Higgins-Norman, & D. G. Scott (eds), *International Handbook of Education for Spirituality, Cre and Wellbeing* (pp. 89-105). Dordrecht : Springer Netherlands.

Schauder, S. (2010). Sublimation et résilience : Paul et Camille Claudel. *Bulletin de psychologie*, 510 (6), 445-448.

Seligman, M. (2006). Breaking the 65 percent barrier. *In* M. Csikszentmihalyi & I. S. Csikszentmihalyi (eds.), *A Life Worth Living. Contribution to Positive Psychology* (pp. 230-236). Oxford : Oxford University Press.

Les croyances liées à la maladie ou à la mort, une question normative ?

Laura Peyla[1], David Marie[1], Claire Vitale[1] et Éric Dudoit[1-2]

[1] APHM, Timone, Service d'oncologie médicale et de soins palliatifs, 13385, Marseille, France
[2] Université Aix-Marseille, LPS EA 849, 13621, Aix-en-Provence, France
Emails : laura.peyla@gmail.com – david.marie@ap-hm.fr – claire.vitale@ap-hm.fr – eric.dudoit@ap-hm.fr

Mots-clés : maladies chroniques, émotions, évolutions sociales.

Introduction

En occident, il paraît « normal » d'avoir peur d'une maladie potentiellement létale. De ce fait émane une norme, du moins un caractère normatif, que nous souhaitons interroger en nous intéressant aux croyances liées au cancer et à la mort. Autrement dit, n'est-il pas normatif d'avoir peur de mourir ?

Comme toute société se voudrait immortelle, sa raison d'être, serait de lutter contre le pouvoir dissolvant de la mort individuelle et collective (Thomas, 1978). Aujourd'hui, on note une mise à l'écart de la famille et des profanes ainsi qu'une surmédicalisation de la mort. Cette dernière est maintenant vécue comme douloureuse, technicisée, protocolisée, elle pourrait même, aux yeux des cultures primitives, paraître volée par l'hôpital, qui semble gérer l'heure du mourir. L'Homme est un être mortel, c'est un fait existentiel. Mais la mort est d'autant plus imminente dans le contexte de la maladie cancéreuse. Pourtant, on note que les patients sont généralement moins effrayés par la mort que par ses circonstances (douleur physique, peur de manquer de dignité au moment de mourir) (Razavi & Delvaux, 2008). « Ce n'est pas de mourir que j'ai peur, mais plutôt de souffrir au moment de mourir ! J'aimerai tellement m'endormir et ne jamais me réveiller… » (homme, 77 ans). Ces considérations nous conduisent à affiner notre question de départ : comment le social s'invite-t-il dans la régulation des expériences du sujet atteint d'un cancer ?

La société définit de manière implicite la normalisation qui appartient à un contrat social. Le sujet malade s'éloigne donc de plus en plus de la norme, soit de la ma-

jorité des êtres auxquels il est comparé, pour dévier lentement vers le pathologique (Canguilhem, 1979). Le sujet s'approprie, au travers de ses croyances, de ses représentations et de sa personnalité, mais aussi au travers des normes et des valeurs inscrites dans les contextes socio-économiques et culturels, des caractéristiques singulières qui définissent « son » cancer. Nous souhaitons donc interroger ce caractère normatif dans le discours des patients, car nos regards cliniques et psychosociaux nous amènent à penser que cette norme serait une construction sociale. Il y a donc deux éléments : la mort en tant que fait existentiel et le discours à propos de la mort alors que l'individu est potentiellement confronté à l'imminence de celle-ci.

Méthodologie

Dix entretiens cliniques et six entretiens de recherche semi-directifs (non enregistrés et guidés par une consigne inaugurale : « Qu'est-ce que la mort pour vous, que représente-t-elle ? ») ont été regroupés. Sept hommes et neuf femmes, âgés entre 40 et 80 ans hospitalisés dans un service d'oncologie médicale et de soins palliatifs, ont participé à cette étude. Une analyse de contenu thématique a été réalisée.

Résultats

Nous avons observé que les patients cherchent à mettre du sens sur leur statut de malade en tant que « nouvelle » identité sociale. Ils se questionnent sur leur propre mort, cherchent des réponses à cette inconnue. Ce cheminement suscite une peur légitime, mais deux éléments émergents du discours des patients apparaissent normatifs. D'une part, on relève la perte du lien affectif : « Si je meurs, je ne verrai plus mes enfants, ni mes petits-enfants... Je ne serai plus là pour les protéger. Comment vont-ils faire sans moi ? Et moi comment je vais faire sans eux ? Je vais être comme abandonnée... » (femme, 62 ans) ; et d'autre part, la peur de la néantisation : « Quand on meurt, il n'y a plus rien ! » (femme, 47 ans). On peut ainsi penser que la rupture relationnelle réveille l'angoisse d'abandon et/ou de séparation et que la peur de l'inconnu, le vide, le néant renvoie à une conception culturelle et téléologique nihiliste. En l'absence d'une croyance religieuse ou spirituelle, les patients disent se représenter la mort comme un « rien ». Mais ce « rien » n'est-il pas lui-même une croyance culturelle occidentale, qui permettrait à l'individu de se représenter l'irreprésentable ?... Dans cette quête existentielle, le savoir médical n'est plus suffisant. Il faut explorer en dehors des codes sociaux pour découvrir une réponse satisfaisante et singulière au sens de la mort et franchir les limites sociales qui tendent à conforter cette notion de normalité dans la mort.

Dans l'accompagnement psychologique, cette question dépasse alors le cadre normatif pour devenir subjective : « Je n'ai pas peur de ce qu'il y a après... » (homme, 84 ans) affirme ce patient. Mais après quoi ? Après la vie... ou après la mort ? Finalement, ce qui importe, ce n'est pas de savoir ce qu'il y a « après », c'est de pouvoir entendre la vérité du sujet, celle qui lui est propre, celle qu'il souhaite partager dans la rencontre avec l'autre. Savoir que la mort est imminente, amène l'individu à des questionnements existentiels. En mettant en mots ses craintes, ses angoisses, le sujet parvient à élaborer sa souffrance qui peut être accueillie, reçue et reconstruite à l'aide

du dispositif tenu par le psychologue. Car, la parole n'est pas qu'un simple moyen de communication ni de verbalisation : elle est le lieu de la construction de notre identité. « La compréhension de soi est une interprétation. » (Ricœur, 1990, p. 138.) Autrement dit, « je suis ce que je me raconte ». Ainsi, le rôle central du récit serait de permettre au sujet d'accéder à son histoire et, de ce fait, à lui-même.Si le récit est quelque chose de plus, que la relation d'une succession d'idées et de faits, c'est qu'il contient la narration subjective et qu'il permet de subjectiver les événements vécus. C'est pourquoi Moscovici (cité par Apostolidis, 2006, p. 224) déclare : « Les hommes ne vivent pas seulement d'information : il leur faut aussi des significations. »

Discussion-conclusion

La peur de mourir, ou la peur de perdre la vie ? Est-ce une peur qui n'appartient qu'aux personnes âgées et aux malades ? Ou est-ce que tout le monde a peur de mourir ? Le fait que nous soyons tous destinés à mourir, imprègne-t-il toute notre vie ? « La peur, alors, n'est pas de mourir, mais de perdre ce que j'ai : la peur de perdre mon corps, mon moi, mes biens matériels et mon identité » (Fromm, 1978, p. 149). J'ai donc peur d'être perdu... Alors, moins forte est la peur de mourir si je n'ai rien à perdre ! Il suffit simplement de ne pas s'accrocher à la vie comme une possession pour pouvoir réellement surmonter la peur de mourir. Quand le patient se saisit de l'expérience de l'entretien clinique, il engage un changement dont lui seul est responsable. En questionnant sa présence, ici et maintenant, il modifie sa manière de fonctionner, de penser, d'être.

On note aujourd'hui un refus moderne de la mort par « l'embellissement » du corps. Cette recherche de la jeunesse éternelle exprime également le refoulement de la peur de mourir par le simple camouflage de la mort. Nous vivons dans une société de consommation, où nous n'existons qu'au travers de l'argent, du statut social, du savoir, de la notoriété, des souvenirs. Ce que Fromm (1978) appelle le mode de l'avoir n'existe que dans le temps : le passé, le présent et l'avenir. Alors que le mode de l'être n'existe que dans l'ici et maintenant : dans cet instant présent qui est le point de jonction entre le passé et l'avenir. Car, « l'amour, la joie, la prise de conscience de ce qui est vrai ne se manifeste pas dans le temps, mais dans l'ici et maintenant » (Fromm, 1978, p. 151). Et même si le temps est de devenu notre maître... Dans une culture occidentale où *Time is money*, nous terminerons par les paroles d'un maître spirituel indien : « Vous n'avez pas à régenter la vie. Laissez-vous simplement porter par son flux et consacrez-vous entièrement à cette tâche du moment présent : qui est de mourir maintenant au maintenant. Car vivre c'est mourir. La vie ne peut exister sans la mort. » (Sri Nisargadatta Maharaj, 1978-80, p. 256.) En observant notre expérience, nous comprenons qu'il n'y a pas deux instants identiques, car rien n'est jamais pareil, chaque instant est constamment nouveau. Si nous intériorisons cela, alors la conscience sera toujours intéressée par l'expérience du moment présent.

Références bibliographiques

Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 211-226.

Canguilhem, G. (1979). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.

Fromm, E. (1978). *Avoir ou être. Un choix dont dépend l'avenir de l'homme*. Paris : Robert Laffont.

Razavi, D. & Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Sri Nisargadatta, M. (1978-80). *Je suis*. Paris : Broché.

Thomas, L.-V. (1978). *Mort et pouvoir*. Paris : Payot.

Les stratégies d'attachement : modèle de compréhension psychodynamique des difficultés de régulation émotionnelle des femmes déprimées

Matthieu Reynaud[1], Aubeline Vinay[2] et Khadija Chahraoui[3]

[1] « Espace psychothérapique », Pôle B, CH. La Chartreuse, 1, boulevard Chanoine-Kir, BP 1514 – 21033 Dijon. Membre associé Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (EA 4452), Université de Bourgogne. Email : matthieureynaud@hotmail.com
[2] Laboratoire de psychologie des Pays de la Loire – UPRES EA 4638, Université d'Angers. Email : aubeline.vinay@univ-angers.fr
[3] Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (EA 4452), Université de Bourgogne, Pôle AAFE – Esplanade Erasme BP 26513 – 21065 Dijon cedex, France / « Espace psychothérapique », CH. La Chartreuse. Email : khadija.chahraoui@u-bourgogne.fr

Mots-clés : dépression, stratégies d'attachement, représentations d'attachement, régulation des émotions, personnalité.

Introduction

La dépression est caractérisée par l'expression d'un trouble fondamental de l'humeur, des dispositions affectives (émoussement affectif, déficit de l'expression émotionnelle mais aussi à l'inverse, irritabilité et hyper-expressivité émotionnelle) et de la régulation des émotions (Chahraoui *et al.*, 2000 ; Carton, 2006). Les difficultés de régulation émotionnelle sont souvent éclairées théoriquement ces dernières années à partir des modèles cognitifs et neurophysiologiques de James Gross (2007) qui supposent que la dépression est souvent associée à des stratégies d'inhibition et de répression des émotions (Ehring *et al.*, 2010). L'intérêt de notre étude consiste à proposer un modèle psychodynamique alternatif ; le modèle de l'attachement de Bowlby (1984) à partir de l'investigation des stratégies d'attachement (Kobak *et al.*, 1993 ; Pierrehumbert *et al.*, 1996). Ces stratégies permettent de comprendre les difficultés d'expressivité, de contrôle et de régulation des émotions des femmes déprimées en prenant en compte l'importance et la dynamique du lien et des expériences affectives construites depuis

l'enfance. En effet, l'insécurité des liens d'attachement entrave la possibilité de canaliser, de réguler et d'intégrer de manière adéquate ses propres émotions et expériences affectives. L'objectif de notre travail est de déterminer la spécificité des stratégies d'attachement et des représentations d'expériences d'attachement des femmes déprimées.

Méthode

Notre population est constituée de 50 femmes hospitalisées pour épisode dépressif majeur et d'un groupe témoin de 50 femmes auprès de qui nous avons évalué la dépression (Échelle BDI) et les stratégies d'attachement et les représentations d'expériences d'attachement (Ca-mir ; Pierrehumbert *et al.*, 1996). Les stratégies d'attachement sont au nombre de trois : secure-autonome (régulation équilibrée des émotions), préoccupé (hyper-activation des émotions) et détaché (désactivation des émotions). Quant aux représentations d'expériences d'attachement (13 échelles), elles renvoient à différents niveaux de réalité (passé, présent et état d'esprit) en fonction de quatre dimensions : sécurité-autonomie, détachement, préoccupation, non résolution et structuration du milieu familial.

Résultats

Les femmes déprimées présentent davantage des stratégies d'attachement insecure (préoccupées et détachées). En effet, les résultats indiquent que les stratégies d'attachement *préoccupé* (60,90 *versus* 50,83 ; Z : 4,808 ; p = .000)et *détaché* (50,53 *versus* 46,22 ; Z : 2,234 ; p = .000) sont significativement plus importantes dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin tandis que la stratégie d'attachement *secure-autonome* est plus faiblement utilisé dans le groupe déprimé que dans le groupe témoin (39,37 *versus* 50,21 ; Z : 4,808 ; p = .000)

En ce qui concerne les représentations des expériences d'attachement, nos résultats mettent en évidence des différences significatives entre le groupe déprimé et le groupe témoin pour l'ensemble des représentations des expériences d'attachement (passées, présentes, état d'esprit) et ce, quel que soit le type d'expériences d'attachement : *sécurité-autonomie*, *détachement*, *préoccupation* et *non résolution*. L'analyse de régression multiple pas à pas permet de montrer que parmi l'ensemble des représentations d'expériences d'attachement, *la préoccupation passée* explique 14,9 % (R^2 : 0,149, R^2 ajusté : 0,149 ; F : 8,436 ; p = .006) de la variance de la BDI. Enfin, les résultats indiquent également que l'insécurité des stratégies d'attachement est davantage présente chez les femmes déprimées présentant les spécificités psychopathologiques suivantes : une dépression récidivante, un trouble de la personnalité associé ou une tentative de suicide.

Discussion-conclusion

Par l'investigation des stratégies et des représentations des expériences d'attachement, cette étude montre l'importance de considérer dans la pathologie dépressive la spécificité du rôle de la régulation des émotions (hyper-activation et désactivation

des émotions) en lien avec les représentations d'expériences d'attachement passées (préoccupations passées, ruminations, frustrations affectives et support parental anxieux). Il est important de constater que les difficultés de régulation émotionnelle (davantage d'insécurité des stratégies d'attachement) sont d'autant plus sévères chez les femmes déprimées lorsqu'il y a présence d'une dépression récidivante, d'une tentative de suicide ou d'un trouble de la personnalité associé. Ces différents éléments psychopathologiques permettent une compréhension psychodynamique de la régulation émotionnelle et offrent des pistes de travail stimulantes pour la prise en charge psychothérapeutique.

Références bibliographiques

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. La perte, tristesse et séparation* (vol. 3, traduction française de Weil). Paris : Presses universitaires de France, Le fil rouge.

Carton, S. (2006). La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie. *Psychologie française*, 51, 123-139. DOI : 10.1016/j.psfr.2006.01.004.

Chahraoui, K., Benony, H., Besche, C., & Bungener, C. (2000). Approche descriptive et compréhensive de la dépression. Aspects émotionnels, cognitifs, culturels et liens d'attachement. *L'Information psychiatrique*, 76 (6), 647-655.

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnuelle, J., Fischer S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression : spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10 (4), 563–572. DOI : http://doi.org/10.1037/a0019010.

Gross, J.J. (ed.) (2007). *Handbook of Emotion Regulation.* New York : Guilford Press.

Kobak, R., Cole, H., Fleming, W., Ferenz-Gillies, R., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving : a control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245. DOI : 10.1037/a0018490.

Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieyes, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations : développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 161-206.

Reynaud, M., Chahraoui, K., Vinay, A., Jebrane, A., Bonin, B., Gisselman, A., & Larome, A. (2012). Évolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation chez des femmes adultes déprimées. *L'Encéphale*, 38 (5), 381-389. DOI : 10.1016/j.encep.2011.08.003.

Approche transdiagnostique des processus de régulation émotionnelle dans les troubles des conduites alimentaires : revue de littérature

Delphine Rommel

Université de Nantes, LPPL EA 4638.
Email : delphine.rommel@univ-nantes.fr

Mots-clés : régulation émotionnelle, troubles des conduites alimentaires, anorexie mentale, obésité, revue de littérature.

Un déficit chronique de régulation émotionnelle est impliqué dans le développement et le maintien d'un grand nombre de psychopathologies (*e.g.* Berking & Wupperman, 2012) et notamment dans l'apparition et le maintien de troubles des conduites alimentaires (TCA) tel que l'anorexie mentale (Connan, Campbell, Katzman, Lightman & Treasure, 2003). Ainsi, la littérature fait état d'un certain nombre de difficultés de régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale (*e.g.* Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). C'est sur la base de ces données expérimentales mais aussi au regard de la réalité clinique que des programmes psychothérapeutiques ont été proposés dans le cadre de l'anorexie mentale ; citons le programme MANTRA développé très récemment par l'équipe du King's College de Londres (Schmidt, Wade & Treasure, 2014). Ce programme propose, via une prise en charge ambulatoire, de s'axer sur quatre grands facteurs impliqués dans le maintien de l'anorexie mentale : un style cognitif rigide, des pensées pro-anorexiques ancrées, les évitements émotionnel et relationnel importants permettant finalement à la maladie de se maintenir.

Parallèlement à ces travaux, s'est développée une littérature importante sur les conduites alimentaires caractéristiques et les stratégies de régulation émotionnelle de personnes souffrant d'obésité. On retrouve ainsi des affects négatifs récurrents (De Wit, Luppino, van Straten, Penninx, Zitman & Cuijpers, 2010 ; Stunkard, Faith & Alli-

son, 2003), un défaut de conscience intéroceptive (Van Strien *et al.*, 2009), une plus grande difficulté de régulation émotionnelle rapportée (Gianni, White & Masheb, 2013 ; Whiteside *et al.*, 2007) et un répertoire de stratégie de régulation émotionnelle plus restreint chez les personnes souffrant d'obésité (Rommel *et al.*, 2012 ; Spoor *et al.*, 2007). On observe finalement que l'alimentation émotionnelle est très présente chez les personnes souffrant d'obésité (Gilebter & Aversa, 2003 ; Rommel *et al.*, 2012) et semblent être une stratégie de régulation émotionnelle privilégiée. Cette alimentation émotionnelle est associée à d'autres difficultés quant à la régulation des états émotionnels dans l'obésité telles que la difficulté d'identification des états émotionnels, l'impulsivité ou bien encore les affects anxio-dépressifs (Larsen, Van Strien, Eisinga & Engels, 2006 ; Ouwens, Van Strien, Van Leeuwe & Van der Staak, 2009).

Van Strien et ses collaborateurs (2005) ont développé un modèle permettant d'intégrer ces différentes données expérimentales et ainsi de mieux comprendre l'apparition de TCA chez les patients souffrant d'obésité. Ce modèle fait état de difficultés socio-émotionnelles comparables à ce que l'on observe dans l'anorexie mentale. En effet, chez les personnes souffrant d'obésité, on retrouve des troubles anxio-dépressifs associés à des difficultés de régulation émotionnelle et finalement une régulation alimentaire au service de la régulation de ces affects douloureux plutôt que répondant à des signaux internes de faim et de satiété dont les patients n'ont plus conscience.

Malgré ce constat scientifique, la prise en charge est essentiellement axée vers l'aspect nutritionnel des patients souffrant d'obésité. Cependant, de l'anorexie mentale à l'obésité la plus sévère, adopter un point de vue transdiagnostique permet d'observer des processus, notamment émotionnels, dysfonctionnels caractéristiques des TCA au sens le plus large du terme. La régulation alimentaire semble au service de ces affects envahissants et difficilement régulés par ailleurs. La clinique de la personne souffrant d'obésité ne semble pas encore pleinement profiter de ces données scientifiques et reste largement focalisée sur l'expression symptomatique, c'est-à-dire la prise alimentaire, plutôt que sur les déterminants de ces dérèglements.

Références bibliographiques

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217-237. DOI : 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health : recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (2), 128-134. DOI : 10.1097/YCO.0b013e3283503669.

Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79 (1), 13-24.

De Wit, L., Luppino, F., Van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity : a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, 178 (2), 230-235. DOI : 10.1016/j.psychres.2009.04.015.

Gianni, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviours*, 14, 309-313. DOI : 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008.

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3 (4), 341-347 : http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00100-9.

Larsen, J. K., Van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 237-243. DOI : 10.1016/j.jpsychores.2005.07.006.

Ouwens, M. A., Van Strien, T., Van Leeuwe, J. F. J., & Van der Staak, C. P. F. (2009). The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52 (1), 234-237. DOI : 10.1016/j.appet.2008.07.010.

Rommel, D., Nandrino, J.-L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., & Antoine, P. (2012). Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, 59 (1), 21-26. DOI : 10.1016/j.appet.2012.03.006.

Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) : development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28 (1), 48-71. DOI : 10.1891/0889-8391.28.1.48.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & Van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48 (3), 368-376. DOI : 10.1016/j.appet.2006.10.005.

Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54 (3), 330-337 : http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00608-5.

Van Strien, T., Engels, R. C. M. E, Leuwe, J. V., & Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating : tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 203-213. DOI : 10.1016/j.appet.2005.08.004.

van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role ? *Appetite*, 52 (2), 380-387. DOI : 10.1016/j.appet.2008.11.010.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions : do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect ? *Eating Behaviors*, 8, 162-169. DOI : 10.1016/j.eatbeh.2006.04.001.

L'évaluation de la Qualité de Vie (QDV) au sein d'un hôpital psychiatrique sécurisé : intérêt d'une mesure générique et spécifique [1]

Xavier Saloppé[1-2-3-4*], Audrey Brouillard[5] et Hélène Duquesne[5]

[1] Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique
[2] Services psychiatriques, hôpital Saint-Amand-les-Eaux, France
[3] SCALab, CNRS UMR 9193
[4] Université de Lille, France
[5] Université de Mons, Belgique
* Auteur correspondant : xavier.saloppe@crds.be

Mots-clés : qualité de vie, hôpital psychiatrique sécurisé, mesure spécifique et générique.

Introduction

Le concept de QDV

L'Organisation Mondiale de la Santé considère le concept de la QDV liée à la santé en tenant compte des aspects subjectifs et objectifs qu'il comporte. La QDV est donc définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept complexe largement influencé par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (WHOQoL Group., 1993, p. 153). Ce concept multidimensionnel comporte des dimensions objectives et subjectives (Katsching, 2006).

1. Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaires Sociales et Égalité des Chances. Contact : xavier.saloppe@crds.be. CRDS, 94, rue Despars, 7500 Tournai. Belgique (www.crds.be). Les auteurs remercient l'ensemble du personnel médical, paramédical et infirmier du CRP « Les Marronniers » pour sa collaboration.

Intérêt des mesures génériques et spécifiques

Afin d'appréhender le concept de QDV dans sa globalité, de nombreuses mesures génériques et spécifiques ont été développées. Les mesures génériques permettent ainsi de comparer des groupes d'individus atteints de pathologies différentes. Plus spécifiquement, dans un hôpital psychiatrique sécurisé, la QDV, sensible à des domaines particulièrement affectés par les conditions d'enfermement (contrôle, sécurité, dignité, etc.), facilite l'instauration d'un lien dans un milieu où les variables criminologiques prennent une large place (Saloppé & Pham, 2006 ; Vorstenbosch, Bouman, Braun & Bulten, 2014). Cependant, cette mesure est non systématique mais nous paraît incontournable lorsque l'on souhaite repérer l'évolution des individus en institution (Wong, Douglas, & Theny, 2008).

De plus, la plupart des études sont réalisées à partir d'une évaluation générique de la QDV. Or, tant en médecine générale qu'en psychiatrie, les recommandations actuelles insistent sur l'importance d'utiliser un instrument générique et spécifique. Cependant, leur valeur complémentaire reste à explorer. Par ailleurs, nous pouvons noter une quasi absence d'étude en milieu francophone dans ce domaine.

Méthode

L'objectif de cette étude est donc d'analyser la complémentarité d'une évaluation générique et spécifique auprès de 44 patients masculins internés à l'hôpital psychiatrique sécurisé « Les marronniers ». L'âge moyen est de 45 ans (SD = 12,48), le QI total moyen de 72 (SD = 15,33) et la durée moyenne d'hospitalisation 8 ans (SD = 6,42). 65 % présentaient un ou plusieurs Troubles Mentaux Majeurs (TMM), évalués à l'aide de la Mini International Neuropsychiatric Interview. Les Troubles de l'humeur sont les plus fréquents avec 44 %, viennent ensuite les Troubles Anxieux avec 33 %, les Troubles addictifs avec 26 % et les Troubles psychotiques avec 23 %.

La mesure générique de QDV utilisée est le Whoqol-bref (Harper & Power, 1998 ; Saloppé & Pham, 2006) couvrant quatre domaines (Santé psychologique, Santé physique, Relation sociale, Environnement) et la mesure spécifique aux conditions d'enfermement choisie est le Measuring Quality of Prison Life – version patient (Liebling & Arnold, 2004 ; Wong, Douglas & Theny, 2008 ; traduction française : Duquesne, Di Biase, Saloppé & Pham, 2011). Quinze dimensions sont évaluées : Respect, Humanité, Relations, Justice, Ordre et Contrôle, Sécurité, Développement : réinsertion, Développement : cours de prévention de la récidive, Développement : famille, Dignité, Entrée à l'hôpital, Prévention suicide/Auto-agressivité, Relations interraciales, Services médicaux et Bien-être.

Résultats

Globalement, les patients ont une perception positive de leur QDV tant au niveau de la mesure générique que spécifique et ce quel que soit le TMM présenté. Par contre, les patients rapportent clairement une perception négative quant à la dimension *Bien être* au MQL. Seuls les patients psychotiques rapportent significativement un score inférieur au domaine *relation sociale* au Whoqol-bref comparativement aux patients

présentant un autre TMM. Les corrélations entre les scores aux mesures de QDV et les scores au questionnaire abrégé de Beck (1972) sont significativement négatives avec un effet de taille modéré voire large (Cohen, 2003). La matrice de corrélation entre les dimensions du MQL et les domaines du Whoqol-bref ainsi que les corrélations inter-items mettent, tout d'abord, en évidence l'influence des traitements perçus comme stressant (MQL) sur la QDV globale du patient (Whoqol-bref). Ensuite, l'inquiétude liée à l'entrée à l'hôpital (MQL) est significativement corrélée à la perception d'un vécu de cafard et de dépression (Whoqol-bref). Il existe une congruence émotions négatives perçues dans les deux instruments. Au niveau des relations interpersonnelles, le soutien reçu par les amis est significativement en lien avec l'accompagnement et l'étayage perçu par le personnel de l'hôpital. Au niveau environnemental, nous repérons clairement que les soins sont associés à la perception de sécurité personnelle au sein de l'hôpital. Sur le plan de la régression linéaire, la dimension *Bien-être* du MQL prédit le score total et le domaine *Santé psychologique* du Whoqol-bref. La dimension *Sécurité* du MQL prédit le domaine *Environnement* du Whoqol-bref.

Discussion-conclusion

Eu égard à nos résultats, ces deux mesures de QDV nous paraissent tout à fait complémentaires. Le MQL vient bien spécifier la perception plus générique du Whoqol-bref. Ce dernier présente l'intérêt d'un temps de passation court et est facilement compréhensible. *A contrario*, le MQL présente un long temps de passation avec parfois des formulations qui s'avèrent difficilement compréhensibles pour les patients.

Ces résultats renforcent l'importance du soutien social formel perçu (Devault et Fréchette, 2002). En effet, l'instauration d'un lien secure avec le personnel favoriserait la mise en place des thérapeutiques. Il nous paraît également important de considérer la qualité de l'atmosphère de travail (ex : impact de la cohésion d'équipe sur les soins) car nous pensons qu'il existe inévitablement des liens entre la QDV perçue par les soignants pour les patients, par les patients pour eux mêmes, ET par les soignants pour eux mêmes.

Références bibliographiques

Cohen, J. (2003) A power primer. *In* Kazdin, A. E. (ed.), *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research* (3rd ed., pp. 427-436). Washington, DC : American Psychological Association.

Devault, A., & Frechette, L. (2002). Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire. *Cahier de Géris, série recherches*, 1-30.

Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders : challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5 (3), 139-145.

Liebling, A., & Arnold, H. (2004) *Prisons and Their Moral Performance : a Study of Values, Quality and Prison Life*. Oxford : Oxford University Press.

Saloppé, X., & Pham, T. H. (2006). L'évaluation de la qualité de vie en défense sociale. *Acta Psychiatrica Belgica*, 106 (2), 1-12.

Vorstenbosch, E. C., Bouman, Y. H., Braun, P. C., & Bulten, E. B. (2014). Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire : quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care. *Health Psychology and Behavioral Medicine : an Open Access Journal*, 2 (1), 335-348.

WHOQoL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2 (2), 153-159.

Wong, C., Douglas, K., & Theny, A. (2008). *Examining the Psychometric Properties of Two Quality-of-Life Instruments in Civil and Forensic Psychiatric Patients*. Simon Fraser University, Poster presented at the IAFMHS, Vienna, Austria.

« OK, c'est pas bien, mais que peut-on y faire ? » Propositions de stratégies pour contrer les effets néfastes des stéréotypes paternalistes sur la performance motrice

A. Silvestre[1] et B. Dardenne[2]

[1] FRS-FNRS. Email : asilvestre@ulg.ac.be
[2] Université de Liège

Mots-clés : stéréotypes paternalistes, régulation émotionnelle, mindfulness.

Introduction

Les groupes sociaux ne sont pas tous appréciés et admirés de la même manière. Certains sont plus admirés pour leurs compétences qu'appréciés pour leur sympathie. Pour d'autres, c'est l'inverse. Selon le modèle du contenu des stéréotypes (SCM, Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002), les stéréotypes dont sont cibles les groupes sociaux dépendent de leur position sur deux axes : la chaleur et la compétence. Les stéréotypes paternaliste sont associés aux groupes sociaux perçus comme sympathiques mais incompétents (ex : les femmes, les personnes âgées, etc.), engendrant des sentiments de sympathie et de pitié envers eux.

Une diminution des performances cognitives chez les personnes exposées à des stéréotypes paternalistes a été démontrée à maintes reprises. Par exemple, les femmes confrontées à des commentaires sexistes bienveillants décrivant la femme comme sympathique mais moins compétente qu'un homme ont une moins bonne performance que les femmes confrontées à du sexisme hostile ou à des commentaires non sexistes (Dardenne, Dumont & Bollier, 2007). Bien que les chercheurs s'y soient moins intéressés, le paternalisme a également des conséquences émotionnelles et comportementales. Silvestre, Huart et Dardenne (2014) ont montré que le fait d'être cible de paternalisme

amène les participants à ressentir une ambivalence émotionnelle : autant de réactions émotionnelles positives que négatives ont été rapportées par les participants à la suite d'une rencontre paternaliste. Silvestre et Dardenne (2014) ont également révélé que de jeunes sportifs de haut niveau se sentaient moins compétents suite à un speech paternaliste de la part de leur coach, résultant en une diminution de performance à une tâche motrice. Les résultats ont également montré une augmentation du sentiment d'anxiété à la suite du speech.

Au fil de trois études, nous tentons d'évaluer trois types de stratégies de régulation émotionnelle dans le but de réduire l'impact négatif des stéréotypes paternalistes sur la performance motrice.

Étude 1

Méthodologie

Nous avons exposés 60 étudiants (mean age = 21.05, SD = 2.25) à une situation de paternalisme. Avant de leur demander de lire la situation décrivant un épisode paternaliste, nous avons prévenus les participants que la lecture de la situation pouvait entrainer un sentiment d'anxiété. Les étudiants recevaient ensuite des instructions leur demandant soit d'envisager leur sentiment d'anxiété comme étant quelque chose de positif (réévaluation), soit supprimer leur sentiment d'anxiété (suppression), soit ne recevait aucune instructions. Leur performance motrice (le temps pris pour faire la tâche et le nombre d'erreurs) ainsi que leur sentiment d'anxiété (CSAI-2R, Martinent, Ferrand, Guillet & Gautheur, 2009) avant et après l'intervention étaient enregistrés. Nous basant sur l'étude de Johns, Inzlicht et Schmader (2008) montrant l'efficacité de la réévaluation pour contrer les effets négatifs du paternalisme, nous faisons l'hypothèse que la stratégie de réévaluation de l'anxiété sera plus efficace, comparée à la suppression ou à l'absence d'instructions, pour diminuer les effets néfastes des stéréotypes paternalistes sur la performance motrice.

Résultats

Nous observons que la stratégie utilisée ne prédit pas la performance, tant pour le temps b = -240.83, SE = 259.59, p = .42, que pour le nombre d'erreurs, b = -.12, SE = .11, p = .30.

Étude 2

Méthodologie

L'efficacité d'une stratégie de diminution des émotions négatives, en comparaison à une stratégie d'augmentation des émotions positives a été testée. De façon similaire à notre première étude, nous avons demandé à 62 étudiants (mean age = 21.24, SD = 2.00), d'augmenter leurs émotions positives, de diminuer leurs émotions négatives, ou aucune instruction ne leur était donnée. Leur performance motrice (le temps et le nombre d'erreurs) ainsi que leur état émotionnel (PANAS ; Watson, Clark & Tellegen, 1988) avant et après l'intervention étaient enregistrés. Nous basant nos recherches montrant une ambivalence émotionnelle après un épisode de paternalisme

et celles montrant que des émotions négatives suite à du paternalisme amènent à une performance négative, nous suggérons la même logique pour les émotions positives. Nous pensons qu'utiliser les émotions positives en les augmentant amènera à des performances positives.

Résultats

En ce qui concerne le nombre d'erreurs, le type de stratégie n'a pas d'effet sur la performance motrice, $F(2,58) = .24$, $p = .79$. Pour le temps, l'analyse révèle un effet significatif, $F(2,58) = 3.27$, $p = .045$. Les participants qui ont diminué leurs émotions négatives ($M = 105.71$, $SD = 36.67$) ont pris plus de temps pour faire la tâche que les participants qui ont augmenté leurs émotions positives ($M = 75.74$, $SD = 33.09$), $t(39) = -2.74$, $p = .009$, $d = .858$. Cependant, les participants qui n'ont reçu aucune instructions de régulation ($M = 82.98$, $SD = 47.32$) ne diffèrent pas significativement des participants augmentant leur émotions positives, $t(39) = -.56$, $p = .57$, $d = .177$, ni des participants diminuant leurs émotions négatives $t(40) = 1.73$, $p = .09$, $d = -.537$.

Étude 3

Méthodologie

Dans notre troisième étude, nous nous intéressons à une régulation totalement libre, non dirigée vers les émotions, en appliquant la pratique de la mindfulness comme outil pour restaurer la performance motrice impactée négativement par le paternalisme. Utilisant une procédure similaire à nos deux premières études, nous demandions à 60 participants (mean age = 22.58 ; $SD = 2.49$) qui ont été exposés à du paternalisme soit d'écouter un enregistrement audio d'un exercice de mindfulness, soit d'écouter un enregistrement audio neutre (lecture de quelques pages d'un roman). Ces participants ont été comparés à des participants n'ayant pas été exposé à du paternalisme. Leur performance à une tâche motrice (le temps et le nombre d'erreurs) était enregistrée. Nous faisons l'hypothèse que l'intervention basée sur la mindfulness permettrait aux participants soumis à du paternalisme d'avoir une performance égale à celle des participants soumis à aucun stéréotype paternaliste.

Résultats

Nous avons utilisé des analyses de contrastes pour connaître l'effet de l'intervention de mindfulness sur la performance motrice suite à du paternalisme. Le premier contraste compare la condition de paternalisme suivi d'un enregistrement neutre (2) aux deux autres conditions (-1). Pour s'assurer qu'il n'existe pas de différence entre les deux autres conditions, la condition de paternalisme suivie de l'intervention de mindfulness (-1) a été comparée à la condition où aucun paternalisme n'a été exprimé (1) dans un deuxième contraste. Bien que pour le nombre d'erreurs, notre analyse de contraste ne montre aucun effet significatif ($b = -.03$, $SE = .24$, $p = .89$, pour le premier contraste, $b = -.18$, $SE = .47$, $p = .69$, pour le second contraste), cette même analyse confirme notre hypothèse pour le temps. En effet, les participants soumis à du paternalisme profitant d'une intervention de mindfulness ont une performance similaire aux participants non soumis à du paternalisme, $b = 162.71$, $SE = 388.53$, $p = .67$ (deuxième

contraste), qui est supérieure à la performance des participants soumis à du paternalisme sans bénéficier des bienfaits de la mindfulness, $b = 451.40$, $SE = 200.35$, $p = .03$ (premier contraste).

Discussion

Notre recherche suggère que moins la stratégie est dirigée vers une émotion spécifique, plus elle semble être efficace pour diminuer, voire éliminer, les effets négatifs sur la performance motrice. Ceci peut s'expliquer par le fait que, contrairement à la réévaluation qui vient à un moment précis dans la séquence de l'émotion et qui donc a un effet limité, la mindfulness a elle un impact sur l'entièreté du processus de l'émotion (Linehan, Bohus & Lynch, 2007).

Références bibliographiques

Dardenne, B., Dumont, M., & Bollier, T. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism : consequences for women's performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 764-779. DOI : 10.1037/0022-3514.93.5.764.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content : competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902. DOI : 10.1037/0022-3514.82.6.878.

Johns, M., Inzlicht, M., & Schmader, T. (2008). Stereotype threat and executive resource depletion : examining the influence of emotion regulation. *Journal of Experimental Psychology : General*, 137, 691-705. DOI : 10.1037/a0013834.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation : theoretical and practical underpinnings. *In* J. J. Gross (ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581-605). New York : Guilford Press.

Martinent, G., Ferrand, C., Guillet, E., & Gautheur, S. (2009). Validation of the French version of the Competitive State Anxiety Inventory-2 Revised (CSAI-2R) including frequency and direction scales. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 51-57. DOI : 10.1016/j.psychsport.2009.05.001.

Silvestre, A., Huart, J., & Dardenne, B. (2014). Emotional reactions to paternalistic stereotypes : the role of contextual factors [å paraître].

Silvestre, A., & Dardenne, B. (2014). "You're not my dad, you're my coach !" When paternalism impairs agility performance [å paraître].

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect : the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. DOI : 10.1037/0022-3514.54.6.1063.

Table des matières

Introduction
Anne-Marie Étienne et Isabelle Bragard **i**

I Enfant, famille et santé **1**

1 Les enjeux de l'interruption médicale de grossesse et ses risques psychopathologiques pour l'enfant d'après
Mélissa Alexandre, Carmela Votino, Lisa De Noose, Teresa Cos, Justine Gaugue et Jacques Jani **3**

3 Accéder à la parentalité par GPA : cas de familles homoparentales masculines
Marielle Bruyninckx, Mélanie Dutrieux, Dimitri Cauchie et Élodie Brisard **7**

2 Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), programme de Barkley et qualité de vie des parents
Émilie Cappe, Marie-Caroline Rougé, Sofia Elkhatib, Marie-Claude Saiag et Richard Delorme **11**

4 Motivations et vécu de femmes engagées dans une expérience de GPA gestationnelle
Mélanie Dutrieux, Marielle Bruyninckx, Dimitri Cauchie et Leïla Hammouda **15**

5 Le jeu vidéo avec l'enfant placé, nouvel outil pour le psychologue en protection de l'enfance
Émilie Duvillard et Cyril Tarquinio **21**

6 Repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse en population francophone : un enjeu majeur pour la santé maternelle et fœtale
Justine Gaugue, Isabelle Varescon et Jacqueline Wendland **25**

7 Anxiété et dépression chez l'enfant parentifié : mieux identifier pour mieux intervenir
Stéphanie Haxhe et Salvatore D'Amore **29**

8 Évaluation des croyances dans le domaine du maternage : la Mesure de l'Idéologie du maternage intensif (MIMI)
Deborah Loyal, Nicole Rascle et Anne-Laure Sutter-Dallay **33**

9 Ajustement dans la dyade conjugale, attachement adulte et qualité de vie pendant la grossesse
Rita Luz, Astrid George, Rachel Vieux et Elisabeth Spitz **37**

II Psycho-oncologie 41

10 Construction de la représentation sociale de la vaccination contre le HPV en France
Charlotte Bauquier et Marie Préau **43**

11 Qualité de vie et changements psychologiques pendant et après les traitements d'un cancer du sein ou d'un mélanome
Angélique Bonnaud-Antignac, Marianne Bourdon, Philippe Tessier, Véronique Sébille, Myriam Blanchin, François Dravet et Gaëlle Quéreux **47**

12 Étude pilote auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein : apport des méthodes alternatives
Isabelle Bragard, Anne-Marie Étienne, M.-E. Faymonville, Philippe Coucke, Martine Devos, Éric Lifrange, Hélène Schroeder, Aurélie Wagener et Guy Jerusalem **51**

13 Cancer du rectum et stomie temporaire : étude longitudinale et exploratoire de l'image du corps
Stéphane Faury, Bruno Quintard et Éric Rullier **55**

15 Programme de revalidation multidisciplinaire post-cancer du sein : analyse des bénéfices éventuels sur la fonction physique et la qualité de vie

Anne-France Leclerc, Marguerite Foidart-Dessalle, Philippe Coucke, Thierry Bury, Martine Devos, Dorian Deflandre, Jean-Michel Crielaard et Didier Maquet **59**

16 Partage social des émotions chez les femmes atteintes de cancer du sein à destination de leurs enfants
Myriam Pannard et Marie Préau **63**

17 Les adolescents en rémission complète d'une hémopathie maligne
Florence Sordes-Ader, Virginie Buttin-Longueville et Jean-Luc Sudres **67**

14 L'enfant atteint de leucémie : vécu émotionnel, adaptation et ajustement dyadique mère / enfant au moment de l'annonce de la maladie
Jennifer Toussaint et Justine Gaugue **71**

18 Apport des profils de croyances en santé sur le dépistage du cancer colorectal
Fanny Vallet, Élodie Guillaume, Olivier Dejardin, Lydia Guittet, Célia Berchi, Guy Launoy et Véronique Christophe **75**

III Santé au travail **79**

19 Gestion du stress professionnel : sensibilisation aux processus psychologiques et outils de gestion associés
Béatrice Brouette, Céline Stassart, Marie Dethier, Isabelle Bragard et Anne-Marie Étienne **81**

20 Épuisement professionnel d'éducateurs et d'accompagnants intervenant auprès de personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme
Émilie Cappe, Marie-Caroline Rougé et Émilie Boujut **85**

21 Demande émotionnelle, dissonance émotionnelle et burnout : l'effet modérateur de l'expressivité émotionnelle
Pascale Chapaux-Morelli et Lionel Dagot **89**

22 La santé psychologique au travail chez des enseignants du secondaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Geoffroy Douillié, Sébastien Henrard et Agnès Van Daele **93**

23 Expliquer « l'inexplicable » : les aides soignants confrontés à la prise en charge des personnes cérébro-lésées graves
Magali Huet, Lionel Dany et Thémis Apostolidis **97**

24 Étude des facteurs psychosociaux permettant de predire un bon ajustement au métier de saisonnier : étude en station de sport d'hiver
Mathieu Jay, Xavier Borteyrou et Didier Truchot **101**

25 Compétences politiques et burnout. Effet médiateur de la latitude décisionnelle modéré par les perceptions de la prise de décision dans une approche politique
Anne Anne Rudelle-Astie et Lionel Dagot **105**

26 Le risque de burnout chez les étudiants à l'enseignement
Valérie Schürch et Pierre-André Doudin **111**

IV Vieillissement et santé 115

27 Capacités d'apprentissage phonétique et vieillissement
Véronique Delvaux, Julie Cano-Chervel, Kathy Huet, Caroline Leclef, Myriam Piccaluga, Clémence Verhaegen et Bernard Harmegnies **117**

28 Préservation différentielle des fonctions exécutives avec l'avancée en âge chez les interprètes
Sébastien Henrard et Agnès Van Daele **121**

29 Vieillissement réussi : quel lien avec la qualité de vie des personnes âgées ?
Pierre Missotten, Gilles Dupuis et Stéphane Adam **125**

30 Personnel soignant et âgisme : quelles conséquences cliniques ?
Sarah Schroyen, Pierre Missotten, Guy Jerusalem, Chantal Gilles et Stéphane Adam **129**

V Maladies chroniques 133

31 Observance thérapeutique et vécu de la première consultation chez les patients infectés par le VIH
Aurélie Gauchet, Marion Peyre, Matthieu Roustit et Olivier Epaulard **135**

32 Spécificités de la relation médecin-patient dans le parcours de soins de patients atteints de sclérose en plaques : vécus d'incertitude, d'impuissance, fragilité de l'alliance thérapeutique et conséquences pour le patient
William A. Houllé, Baptiste Plazonnet, Camille Mellinger, Cyril Tarquinio et Marie-Louise Costantini-Tramoni **139**

33 Efficacité de l'entraînement à la résolution de problèmes chez les toxicomanes : étude pilote
Hadda Ouahida Sail **145**

34 Soins de support – analyse critique de la place du sujet
Claire Vitale, Laura Peyla, David Marie, Éric Dudoit, Florence Duffaud et Sébastien Salas **149**

VI Risques en santé et éducation thérapeutique 153

36 Accompagner une victime accidentée grave de la circulation, une analyse du vécu du proche - aidant principal : présentation des résultats du pré-test de l'étude ESPARR 2
Bouchara Bejaoui, Michèle Koleck, Vivian Viallon et Martine Hours **155**

35 Les avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes : quels sont leurs effets trois ans après leur lancement en France ?
Jérôme Blondé, Fabien Girandola et Karine Gallopel-Morvan **159**

37 L'éducation thérapeutique du patient en préopératoire d'une chirurgie de l'obésité : étude de faisabilité
Aurélie Croiset et Florence Sordes **163**

38 Programme EDUDORA² : quelles leçons tirer de l'étude des représentations au sein de la triade patient / soignant / famille pour le traitement et la prévention du diabète et de l'obésité ?
Sophie Degrange, Catherine Legrand, Benoit Pétré, André Scheen et Michèle Guillaume **167**

39 Évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des AICS au sein des équipes de Santé Spécialisées en Région wallonne
Claire Ducro, Thierry Pham et Julien Lagneaux **171**

40 Éducation thérapeutique en psychiatrie et psychoéducation : similitudes, divergences et implications pratiques
Michèle Koleck et Jérôme Foucaud **175**

41 Étude qualitative des représentations de l'Accident Vasculaire Cérébral auprès du grand public : identification des freins et des facilitateurs à l'appel aux services d'urgence
Alice Le Bonniec, Julie Haesebaert, Marie Préau, Nicole Berthoux et Anne-Marie Schott **179**

42 Le récit de vie comme outil d'aide au diagnostic éducatif du patient
Benoit Pétré, Sophie Degrange et Michèle Guillaume **183**

43 Intentions d'implémentation et procrastination chez les étudiants
Céline Stassart, Benoît Potdevin et Anne-Marie Étienne **187**

VII Émotions et santé 191

44 Effets de la pratique de la mindfulness sur la dynamique affective
Anne Congard, Pascal Antoine, Sarah Le Vigouroux, Rollon Poinsot, Johan Illy et Bruno Dauvier **193**

45 Le suicide carcéral. L'impact de la qualité de vie et du soutien relationnel
Julien Eloir et Claire Ducro **197**

46 Étude des liens entre fréquence, type d'activité physique et sportive et dépression : effet modérateur du genre
Stéphane Faury, Sabrina Bernadet, Géraldine Bonenfant et Bruno Quintard **201**

47 Évaluation cognitive et enjeux d'un événement stressant : création et validation d'une échelle d'évaluation cognitive État
Noëlle Girault-Lidvan et Sophie Berjot **205**

48 Personnalité et dynamique affective : efficacité des stratégies de régulation
Sarah Le Vigouroux, Bruno Dauvier et Anne Congard **209**

49 Pour un triple éloge, de la perte, de la détresse humaine et des dimensions spirituelles de la résilience
Gilles Lecocq **213**

50 Les croyances liées à la maladie ou à la mort, une question normative ?
Laura Peyla, David Marie, Claire Vitale et Éric Dudoit **217**

51 Les stratégies d'attachement : modèle de compréhension psychodynamique des difficultés de régulation émotionnelle des femmes déprimées
Matthieu Reynaud, Aubeline Vinay et Khadija Chahraoui **221**

52 Approche transdiagnostique des processus de régulation émotionnelle dans les troubles des conduites alimentaires : revue de littérature
Delphine Rommel **225**

53 L'évaluation de la Qualité de Vie (QDV) au sein d'un hôpital psychiatrique sécurisé : intérêt d'une mesure générique et spécifique
Xavier Saloppé, Audrey Brouillard et Hélène Duquesne **229**

54 « OK, c'est pas bien, mais que peut-on y faire ? » Propositions de stratégies pour contrer les effets néfastes des stéréotypes paternalistes sur la performance motrice
A. Silvestre et B. Dardenne **233**