

# SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 36 (1)  
Juin 2026

## Équipe éditoriale

### Nathalie Poirier, Ph.D.

Rédactrice-en-chef

Université du Québec à Montréal

### Réal Labelle, Ph.D.

Rédacteur adjoint

Université du Québec à Montréal

## Comité éditorial de révision

### Canada

Arsenault, Marie, Psy.D.  
Institut Douglas  
Bélanger, Claude, Ph.D.  
UQAM  
Belleville, Geneviève, Ph.D.  
Université Laval  
Bigras, Marc, Ph.D.  
UQAM  
Blanchette, Isabelle, Ph.D.  
Université Laval  
Bond, Suzie, Ph.D.  
TÉLUQ  
Bouchard, Sébastien, Ph.D.  
Université de Sherbrooke  
Bouchard, Stéphane, Ph.D.  
UQO  
Boudreau, Maxine, Ph.D.  
Institut Alpha  
Brassard, Audrey, Ph.D.  
Université de Sherbrooke  
Brillon, Pascale, Ph.D.  
UQAM  
Brunet, Alain, Ph.D.  
Université McGill  
Brunet, Julie, Ph.D.  
Clinique CognitionsPlus  
Collin-Vézina, Delphine,  
Université McGill  
Côté, Élie, Ph.D.  
Université de Montréal  
David, Hélène, Ph.D.  
Université de Montréal  
D'Antono, Bianca, Ph.D.  
Université de Montréal  
Denis, Isabelle  
Université Laval  
Dionne, Frédéric, Ph.D.  
UQTR  
Donais, Sylvie, Ph.D.  
UQAM  
Dugas, Michel, Ph.D.  
UQO  
Duhamel, Claudie, Ph.D.  
Institut Alpha

Dupuis, Gilles, Ph.D.  
UQAM  
Gamache, Dominick, Ph.D.  
UQTR  
Groleau, Patricia, Ph.D.  
Institut Alpha  
Guay, Marie-Claude, Ph.D. UQAM  
Hébert, Martine, Ph.D.  
UQAM  
Kokou-Kpolou, Kossigan, Ph.D. Université  
Laval  
Lalonde, Luc, Ph.D.  
ÉCOBES-Cegep de Jonquières  
Lalonde, Mélanie, Ph.D.  
Clinique de Psychologie Change Labra,  
Oscar Ramon, Ph.D.  
UQAT  
Langlois, Frédéric, Ph.D.  
UQTR  
Lanovaz, Marc, Ph.D.  
Université de Montréal  
Lavoie, Kim, Ph.D.  
UQAM  
Leroux-Boudreault, Ariane, Ph.D.  
CSS Pointe-de-l'île  
Marcoux, Lyson, Ph.D.  
UQTR  
Marin, Marie-France, Ph.D.  
UQAM  
Meilleur, Dominique, Ph.D.  
Université de Montréal  
Parent, Véronique, Ph.D.  
Université de Sherbrooke  
Paquet, Annie, Ph.D.  
UQTR  
Pélissier, Marie-Claude, Ph.D.  
Pratique privée, Montréal  
Rivard, Mélina, Ph.D.  
UQAM  
Roberge, Pasquale, Ph.D.  
Université de Sherbrooke  
Ross-Plourde, Mylène, Ph.D.  
Université de Moncton

Savard, Josée, Ph.D.  
Université Laval  
Touchette, Évelyne, Ph.D.  
UQTR  
Turgeon, Marie-Ève, Ph.D.  
Clinique de Psychologie des Tr.  
Alimentaires  
Turgeon, Lise, Ph.D.  
Université de Montréal  
Vaillancourt, Marie-Pierre, Ph.D.  
UQTR  
Vininsky, Harley, Ph.D.  
Clinique Spectrum, Montréal  
**France**  
Aït Aoudia, Malik, Ph.D.  
Institut de Victimologie de Paris  
Belaubre Sarra-Gallet, Jean-Luc, M.D.  
Cabinet Libéral, Aix-en-Provence  
Bouvard, Martine, Ph.D.  
Université Savoie, Chambéry  
Chapelle, Frédéric, Ph.D., M.D.  
Cabinet Libéral, Toulouse  
Czernecki, Virginie, Ph.D.  
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière  
Granier, Emmanuel, M.D.  
Clinique Belle-Rive, Villeneuve-lez-Avignon  
Porro, Bertrand, Ph.D.  
Université d'Angers  
**Belgique**  
Fontaine, Philippe, M.D.  
CHU VanGogh, Charleroi  
**Suisse**  
Brodard, Fabrice, Ph.D.  
Université de Lausanne  
Ceschi, Grazia, Ph.D.  
Université de Genève  
Schenkel, Katia, Ph.D.  
Praticienne FSP, Genève  
Page, Dominique, Ph.D.  
Université de Fribourg  
**Antilles**  
Bernos, Marc, M.Ps.  
Établissement public de Santé Mentale de  
Guadeloupe  
**République démocratique du Congo**

## Révision linguistique, mise en page et mise en ligne

Nathalie Poirier, Ph.D.  
Rédactrice-en-chef

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

Jean-Philippe Gagné, Ph.D.  
Président

Gilles Trudel, Ph.D.  
Vice-Président

Jacques Forget, D.Ps.  
Secrétaire

Nadia Abouzeid, Ph.D./D.Ps.  
Trésorière

Nathalie Poirier, Ph.D.  
Rédactrice-en-chef

Réal Labelle, Ph.D.  
Rédacteur adjoint

Julie Leclerc, Ph.D.  
Membre

**Science et Comportement**  
**Volume 36 (1) – Juin 2026**  
**Table des matières**

Mot du président de l'ASMC.....	4
Science et comportement : numéro spécial rétrospectif consacré à des auteurs québécois (Trudel, G.) .....	6
Effet du renforcement positif sur le comportement d'attention à la tâche de l'élève (Goulet, P. et Leduc, A.) .....	8
Traitement comportemental des dysfonctionnements sexuels par bibliothérapie : Les résultats de deux études (Trudel, G., Saint-Laurent, S. et Proulx) .....	12
Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique I. Évaluation et phase préparatoire (Boisvert, J.-M.).....	17
Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique II. Contenu d'un programme de traitement (Boisvert, J.-M.).....	30
Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique III. Procédures de traitement (Boisvert, J.-M.) .....	40
Le traitement de l'agoraphobie en groupe : Perspectives intéressantes (Marchand, A., Boisvert, J.-M., Beaudry, M., Bérard, M. et Gaudette, G.) .....	51
Les effets de la rétroaction biologique de la température périphérique et céphalique dans le traitement de la migraine (Gauthier, J., Doyon, J., Bois, R., Leblond, G. et Drolet, M.) .....	58
Les outils d'évaluation facilitant l'identification des problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle (Tremblay, G.).....	70
Étude des instruments d'évaluation utilisés par des orthopédagogues avec des élèves en difficulté d'apprentissage au premier cycle du primaire (Doyon, M. et Goupil, G.) .....	78
Les caractéristiques transactionnelles influençant la qualité de vie des pères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (Belzil, A., Poirier, N. et Cappe, É) .....	88
L'approche basée sur les inférences chez les jeunes ayant des symptômes obsessionnels-compulsifs : Le rôle de la confusion inférentielle et de l'accommodation familiale dans les processus cognitifs menant au doute (Bombardier, M., Leclerc, J. O'Conner, K.P. et Valois, P.).....	102
Les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) en format de groupe auprès d'une clientèle adolescente en pédopsychiatrie (Lafond, M, Dionne, F. et Gagnon, J.) .....	115



## Mot du président de l'ASMC et de la rédactrice-en chef



Chères collègues,  
Chers collègues,

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons ce nouveau numéro de *Science et comportement*. À titre de nouveau président de l'Association scientifique pour la modification du comportement (ASMC), je suis particulièrement heureux de m'adresser à vous et de contribuer à la poursuite de cette mission qui nous rassemble autour de la diffusion des connaissances en psychologie en français.

Ce numéro s'inscrit dans une démarche de mise en valeur de l'histoire et du développement des approches comportementales et cognitives dans le monde francophone. Après un numéro précédent consacré à des auteurs internationaux marquants, ce numéro spécial met à l'honneur des auteurs québécois ayant contribué de façon significative à l'essor de ces approches au Québec et au Canada français.

À travers une sélection d'articles publiés depuis les années 1970, ce numéro propose une rétrospective riche et nuancée des contributions de pionniers qui ont façonné notre discipline. On y retrouve notamment des travaux portant sur les habiletés sociales, l'anxiété, la médecine comportementale, la déficience intellectuelle ainsi que la psychologie de l'éducation. Ces contributions témoignent non seulement de la diversité des champs d'application de la thérapie comportementale et cognitive, mais également de son enracinement profond dans notre milieu scientifique et clinique.

Ce numéro souligne également l'apport de figures marquantes qui ont contribué à la formation, à la recherche et à la diffusion des connaissances en psychologie au Québec. En mettant en lumière leurs travaux, nous souhaitons rendre hommage à leur engagement et rappeler l'importance de préserver et de valoriser cet héritage scientifique.

Depuis sa création, *Science et comportement* joue un rôle central dans la diffusion des connaissances en psychologie dans la francophonie. Ce numéro rétrospectif s'inscrit dans cette mission en offrant aux lecteurs l'occasion de revisiter des contributions clés qui continuent d'influencer les pratiques actuelles.

Nous souhaitons également souligner la contribution de membres du conseil d'administration de l'ASMC qui ont récemment quitté leurs fonctions. Nous remercions chaleureusement la Professeure Julie Leclerc, notamment pour l'organisation des journées scientifiques de l'ASMC, ainsi que Kathleen Carvajal, qui a occupé le rôle de trésorière, et les Professeures Georgette Goupil et Isabelle Giroux, membres du conseil d'administration. Leur engagement a été précieux pour le développement et le rayonnement de l'Association.

Nous tenons également à exprimer notre profonde reconnaissance au Professeur Réal Labelle pour son engagement exceptionnel à titre de président de l'ASMC au cours des dernières années. Son leadership, sa rigueur et son dévouement ont contribué de manière significative à l'avancement de l'ASMC et de la revue. Nous sommes très heureux qu'il poursuive

son implication à titre de rédacteur adjoint de *Science et comportement* ainsi que comme membre du conseil d'administration de l'ASMC.

Nous souhaitons remercier chaleureusement les auteurs, les membres du comité éditorial ainsi que les évaluateurs pour leur travail rigoureux et leur engagement envers la qualité de la revue. Leur contribution est essentielle au maintien des standards scientifiques et à la vitalité de notre publication.

Nous vous invitons également à consulter le site de la revue afin d'accéder à l'ensemble des articles publiés depuis sa fondation et à considérer *Science et comportement* comme une plateforme privilégiée pour la diffusion de vos travaux en français.

Nous vous souhaitons une excellente lecture.

Cordialement,

Jean-Philippe Gagné, Ph.D.  
Président, ASMC

Nathalie Poirier, Ph.D.  
Rédactrice-en-chef, *Science et comportement*

Gilles Trudel  
Professeur associé  
Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal

Dans le numéro de novembre 2025, *Science et Comportement* a présenté une rétrospective d'auteurs américains et européens importants qui ont participé aux colloques de l'*Association Scientifique pour la Modification du Comportement*, qui ont rédigé des articles et qui ont joué un rôle marquant dans le développement de l'approche comportementale, cognitive et de l'analyse du comportement à travers le monde. Le présent numéro présente une rétrospective d'un certain nombre d'articles rédigés depuis les années 1970 par des auteurs québécois.

Certains de ces auteurs ont fondé l'approche comportementale et cognitive au Québec et au Canada français. Nous sommes au début des années 1970. L'approche comportementale est apparue dans les dernières années comme un ensemble de méthodes nouvelles et originales dans l'histoire de l'intervention psychologique. Elle se développe aux États-Unis notamment avec les travaux en analyse du comportement de B.F. Skinner, en thérapie comportementale par Joseph Wolpe, etc. et en Angleterre avec les publications de Hans Eysenck qui fonde la première revue sur cette approche soit *Behaviour Research and Therapy*. L'*Association for the Advancement of Behavior Therapy* (maintenant *Association for Behavioral and Cognitive Therapy*) est fondée aux États-Unis et publie les premiers numéros de la revue *Behavior Therapy*. Au Québec, Ernest Poser fonde le Behavior Therapy Unit à l'hôpital Douglas, mais du côté francophone, il s'avère important de développer cette nouvelle intervention. Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel initient en 1969 le premier programme francophone de thérapie comportementale à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (maintenant l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal). Ce programme prendra de l'ampleur, deviendra le module de thérapie comportementale qui en plus du travail clinique permettra de former un grand nombre d'intervenants dans le domaine de la thérapie comportementale et cognitive. À la même époque, Jacques Côté et Wilfrid Pilon fondent un programme semblable à l'Hôpital Saint-Michel Archange (maintenant l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec). Maurice Harvey initie un programme en déficience intellectuelle dans la région de Charlevoix. En 1970, le département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal propose les premiers cours universitaires francophones sur cette approche. Ces cours seront dispensés par Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel qui dirigeront aussi les premières thèses de maîtrise dans le domaine dans cette université.

Il fallait répandre cette nouvelle approche dans notre milieu. La création d'une association francophone était nécessaire. Au cours d'un atelier de formation en 1970 dirigé par Joseph Cautela à l'Université de Moncton, nous décidons de fonder l'*Association Scientifique pour la Modification du Comportement* (appelé au début *Association pour l'Avancement de la Thérapie Comportementale en Milieu Francophone*) et de publier une revue dont le numéro actuel présente certains articles sélectionnés. Un peu plus tard, l'*Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive* est fondée en France qui publiera le *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*.

La revue *Science et Comportement* a été un élément important dans le développement des approches comportementales et cognitives dans notre milieu. Sa création a permis à des professionnels, des chercheurs et des cliniciens francophones de faire connaître leurs travaux. Le présent numéro relate un certain nombre d'articles qui ont été sélectionnés par un comité. Vous pourrez également retrouver gratuitement sur le site de l'*Association Scientifique pour la Modification du Comportement*, l'ensemble des articles publiés depuis 1970. Cette revue est maintenant la plus ancienne revue de psychologie publiée exclusivement en français au Québec et au Canada.

Parmi les articles sélectionnés dans le cadre du présent numéro de la revue, on retrouve ceux des pionniers francophones dans le domaine. Mentionnons encore une fois Jean-Marie Boisvert dont les travaux et les publications sur les habiletés sociales font l'objet de trois articles dans ce présent numéro rétrospectif. Jean-Marie Boisvert est l'auteur avec Madeleine

Beaudry d'un des principaux best-sellers francophones en psychologie, *S'affirmer et Communiquer*.

On retrouvera aussi des articles d'autres auteurs qui ont joué un rôle important dans notre milieu. Mentionnons André Marchand, un chercheur important dans le domaine de l'anxiété, qui est aussi co-auteur d'un ouvrage dans le domaine de la panique *La peur d'avoir peur*. Nous avons aussi sélectionné un article de Jeannel Gauthier, professeur à l'Université Laval, un chercheur important dans le domaine de la médecine comportementale. Dans le domaine des personnes présentant une déficience intellectuelle, mentionnons un intervenant important Gaëtan Tremblay qui publie une étude sur des instruments d'évaluation dans ce domaine. D'autres auteurs ont marqué l'approche cognitive et comportementale au Québec et sont aussi recensés dans la présente rétrospective. Mentionnons Aimée Leduc qui a joué un rôle important dans le domaine de la psychologie de l'éducation en tant que professeure à l'Université Laval.

À ces auteurs s'ajoutent Georgette Goupil, professeure à l'Université du Québec à Montréal, qui présente dans un article des instruments d'évaluation pour les élèves en difficulté d'apprentissage. Elle est l'auteure d'ouvrages québécois notamment sur les élèves en difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Cette rétrospective présente aussi un article de Nathalie Poirier, également professeure à l'Université du Québec à Montréal, sur les pères d'enfants présentant un spectre de l'autisme. Elle est aussi l'auteure d'ouvrages québécois sur le spectre de l'autisme.

Mentionnons également Kieron O'Connor du Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, un immense chercheur dans le domaine du trouble obsessionnel-compulsif, du syndrome Gilles de la Tourette et des tics. Dans le cadre du présent numéro, il présente une approche originale qu'il a développée soit une méthode de traitement basée sur les inférences. Il est l'auteur d'ouvrages importants publiés en Angleterre, aux États-Unis et au Québec.

À ces auteurs, s'ajoutent Frédérick Dionne, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, un auteur et chercheur important dans le domaine des méthodes de troisième vague et un des pionniers importants au Québec dans ce domaine. Il présente un article important sur la thérapie d'acceptation et d'engagement. Il est l'auteur d'ouvrages publiés en Europe notamment sur la douleur.

Finalement, mentionnons Gilles Trudel qui présente un article sur le traitement par bibliothérapie des dysfonctions sexuelles. Professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, il a publié des ouvrages au Québec et en Europe dans le domaine de la psychose, de l'intervention conjugale, des dysfonctions sexuelles, du vieillissement et de la psychopathologie.

*Science et Comportement* continue de publier depuis 1970. Nous invitons les professionnels et les chercheurs francophones dans le domaine à nous transmettre des articles. Vous trouverez sur le site de l'ASMC à <https://www.scienceetcomportement.com> à l'onglet *Consigne aux auteurs* la procédure à suivre pour soumettre vos articles.

## EFFET DU RENFORCEMENT POSITIF SUR LE COMPORTEMENT D'ATTENTION À LA TÂCHE DE L'ÉLÈVE <sup>(1)</sup>

Paul Goulet et Aimée Leduc  
Université Laval

---

Le renforcement positif est utilisé pour tenter d'augmenter le comportement d'attention à la tâche d'un élève de cinquième année. Il est employé d'abord à l'intérieur de séances d'entraînement à l'attention. Celles-ci sont entreprises après avoir enregistré la mesure du niveau de base. Il y a une phase de renversement des contingences. Les résultats indiquent que ce procédé s'est avéré efficace pour augmenter le comportement d'attention à la tâche de l'élève et le maintenir, par la suite, à un haut niveau.

---

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

L'attention de l'étudiant est un préalable nécessaire à l'apprentissage scolaire. C'est un problème que les professeurs rencontrent souvent. Comment faire pour que les élèves soient, la plupart du temps attentifs aux explications données et aux travaux à exécuter.

Les spécialistes de la modification du comportement se sont penchés avec succès sur ce problème. Il ressort des différentes études dans ce domaine que la modification du comportement du professeur entraîne ordinairement un changement positif dans le comportement de l'élève.

Il a ainsi été démontré que le professeur qui renforce verbalement chez l'élève les comportements d'attention à la tâche, tout en ignorant les comportements déviants, observe une augmentation significative de l'attention chez l'étudiant (Hall, Lund et Jackson, 1968 ; Ward et Baker, 1968 ; Hall, Panyan, Rahon et Borden, 1968). Le seul renforcement social verbal des comportements d'attention des élèves par le professeur, a produit, chez les groupes d'élèves étudiés, une augmentation considérable des comportements d'attention (Becker, Madsen, Arnold et Thomas, 1967 ; Thomas, Becker et Armstrong, 1968).

Le professeur d'une classe de déficients mentaux, utilisant des renforcements sociaux non verbaux (sourire, contact physique) pour des comportements d'attention des élèves, a obtenu des résultats identiques à ceux mentionnés plus haut

(Kazdin et Klock, 1973).

Madsen, Becker et Thomas (1968) employèrent une approche un peu plus élaborée : le professeur fut entraîné à établir un certain nombre de règles de conduite en classe, à renforcer socialement les comportements d'attention à la tâche et à ignorer les comportements déviants. Particulièrement pour les élèves très déviants, objets de l'étude, cette combinaison de techniques a produit un changement significatif dans leur comportement, uniquement toutefois lorsque la phase de renforcement était présente.

Une constante se dégage de ces études. Le renforcement social verbal ou non-verbal des comportements d'attention à la tâche, est un procédé efficace pour produire une augmentation très nette de ces comportements. De plus, il arrive que ce procédé soit combiné avec l'ignorance des comportements déviants. A cette condition vient parfois se greffer l'établissement de règles de conduite en classe. Cependant, dans le dernier cas mentionné, même si le renforcement est accompagné de ces procédés, c'est uniquement lorsque le renforcement social est introduit qu'on observe une nette augmentation des comportements d'attention.

### Méthode

**Sujet.** Un étudiant masculin de cinquième année, âgé de 12 ans, considéré par son professeur comme étant très peu attentif à la tâche. Il est cependant - son dossier le confirme - doué d'une intelligence normale.

**Situation.** La modification du comportement se déroule dans la classe où est inscrit l'étudiant. Il s'agit d'une classe spéciale pour handicapés visuels. Le professeur emploie une méthode d'enseignement individualisé. Il dispense aux six élèves de sa classe les informations et directives dont ils ont besoin pour progresser dans les différentes disciplines au programme.

**Méthode.** Compte tenu du niveau d'attention initial très bas (une moyenne de 28.4%), il est décidé par le professeur et l'expérimentateur, d'utiliser des séances d'entraînement à l'attention, des règles, le renforcement positif des

<sup>1</sup> Une version préliminaire de ce texte a été présentée au Congrès de l'A.S.M.C., à Québec, en 1975.

comportements d'attention et l'ignorance des comportements déviants.

**Séances d'entraînement à l'attention.** Celles-ci ont lieu le matin, durant la première période de travail individuel. Elles s'échelonnent sur 30 minutes réparties comme suit : 3 minutes de travail - 2 minutes de repos. A toutes les minutes et demie de la période de travail, lorsqu'effectivement le sujet a travaillé tout ce temps, il est renforcé verbalement ou non verbalement par le professeur.

Cette approche s'inspire du procédé employé par Walker et Buckley (1968). Dans ce cas, les séances d'entraînement à l'attention se déroulent comme suit : 10 minutes de travail - 3 minutes de repos. A toutes les 60 secondes consécutives d'attention à la tâche, une lumière signale à l'étudiant qu'il vient de gagner 1 point, 160 points lui donnant droit à un modèle réduit d'automobile. Il y eut 10 séances d'entraînement individuel. Après coup, l'étudiant est réintroduit dans son groupe de classe. Un programme approprié de renforcement est élaboré, 30 minutes de travail donnant 1 point.

Les éléments qui différencient l'approche utilisée ici de celle employée par Walker et Buckley sont :

- l'emploi d'un renforçateur social verbal ou non-verbal, à la place de points;
- l'intervention se fait en classe plutôt qu'hors de la classe;
- les périodes de travail et de repos sont fixées ici à 3 et 2 minutes, au lieu de 10 et 3 minutes.

Les séances sont administrées ici par le professeur. L'expérimentateur est là pour l'assister et noter les observations. Le professeur indique à l'élève quand débute la séance. Sur le signal de l'expérimentateur, il le renforce, lui indique quand débute la période de repos et quand recommencer, à la fin de celle-ci.

Préalablement à ces séances, l'expérimentateur rencontre le professeur. Cette rencontre porte sur une introduction aux principes de conditionnement opérant, aux procédés de renforcement, aux programmes de renforcement. Finalement, certains aspects d'études, en relation avec l'approche employée ici, sont revus.

#### *Règles et renforcement positif des comportements d'attention*

Le professeur, mis au courant par l'expérimentateur des résultats de recherches sur les phénomènes d'inattention en classe, décide :

- d'établir, pour toute la classe, des règles de conduite au nombre de six. A titre d'exemple, il dit que dorénavant, la seule façon, pour un élève, d'avoir l'aide du professeur sera de lever la main.
- de renforcer, pour tous les élèves, les comportements d'attention à la tâche. Deux approches au renforcement sont

indifféremment adoptées par le professeur : *renforcement social verbal* ; ex: tu travailles bien, c'est formidable; *renforcement social non-verbal*; ex: tape sur l'épaule.

Il est important de noter que l'utilisation de ces procédés par le professeur, n'a pas fait l'objet d'un contrôle et d'une observation systématique.

Par la suite, avant de débiter le traitement, l'expérimentateur rencontre le sujet et lui fait part des résultats de ses observations (niveau de base) à son sujet. Il lui dit qu'elles témoignent chez lui d'un grand manque d'attention. Il lui demande s'il est conscient de la situation et s'il accepte que son professeur travaille à l'améliorer. Aux deux questions, la réponse est affirmative.

#### *Conditions expérimentales*

##### *A- Niveau de base*

Avant et pendant la mesure du niveau initial, échelonnée sur une période d'une semaine, il n'y a aucun contact entre l'expérimentateur et le sujet. Le professeur avertit les élèves qu'un observateur viendra dans la classe durant la semaine, dans le but d'observer comment fonctionne une classe pour handicapés visuels. Il y eut cinq sessions de mesure du niveau de base.

L'instrument d'observation utilisé est la grille de Werry et Quay (1969). Elle permet une observation d'une durée de 15 minutes. Elle comporte 30 périodes d'observation de 20 secondes chacune. L'expérimentateur observe l'enfant pendant 20 secondes. Il prend ensuite les 10 secondes suivantes pour noter les symboles appropriés dans les cellules de la grille d'observation qui permet de noter les comportements déviants du sujet, son attention à la tâche ainsi que les interactions verbales entre le professeur et le sujet. L'attention à la tâche est définie opérationnellement comme étant les yeux orientés vers le matériel ou le professeur pendant une période non inférieure à 15 des 20 secondes de la période d'observation.

##### *B- Phase I*

Elle comporte quatre séances d'entraînement à l'attention. A la deuxième, l'étudiant atteint le niveau maximum de temps d'attention, soit trois minutes. Il est décidé alors par le professeur et l'expérimentateur, d'augmenter le temps de travail à 5 minutes, avec renforcement à toutes les 2½ minutes. La période de repos demeure constante. Le professeur met le sujet au courant de ce changement.

##### *C- Renversement*

Un effet expérimental positif très net s'est fait sentir durant ces quatre séances. L'étudiant s'est maintenu au niveau maximum de temps d'attention pendant trois des quatre séances d'entraînement de la phase I. Il est décidé alors de passer à la phase de renversement des contingences. Les conditions A et B, données à l'item "méthode de modification choisie", sont retirées. Cette phase dure 3 jours. Deux observations sont

effectuées.

#### D- Phase II

Les conditions des deux dernières séances de la phase I sont rétablies. Cette phase dure 2 jours. Le professeur et l'expérimentateur décident de suspendre définitivement ces séances. L'étudiant a maintenu, durant celles-ci, le taux maximum d'attention.

**Maintien.** Il est escompté, en s'appuyant sur les résultats de recherche (Hall, Lund et Jackson, 1968 ; Ward et Baker, 1968 ; Hall, Panyan, Rahon et Borden, 1968 ; Madsen, Becker et Thomas, 1968), que les procédés adoptés par le professeur dans la classe, devraient suffire à assurer un maintien satisfaisant du comportement d'attention à la tâche. Deux observations vérifient ce maintien, après six (6) et quatorze (14) jours de classe.

#### Fidélité des observations

Afin de s'assurer de la fidélité des observations, un deuxième observateur est introduit dans la classe, à quatre

reprises, soit en deux occasions lors de la mesure du niveau initial, une fois pendant la phase de renversement des contingences et une dernière, pendant la phase II. Le degré de fidélité des observations pour ces quatre périodes d'observation, se situe entre 83% et 100%.

#### Résultats

Le niveau moyen d'attention à la tâche du sujet, durant la période de mesure du niveau initial (cf. fig. 1), se situe à 28.4% du temps d'observation, avec des écarts allant de 16.6% à 43.3%.

Celui-ci monte à 98.1% en moyenne, durant la phase I du traitement. Durant la première session d'entraînement, le niveau d'attention du sujet atteint 92.5% du temps, pour se maintenir au maximum, 100%, durant les trois autres sessions.

Pendant la phase de renversement, le niveau d'attention du sujet descend à 46.6% lors de la première observation, à 25% lors de la deuxième. Le pourcentage moyen d'attention du sujet, pendant ces périodes d'observation, se situe ainsi à 35.8%.

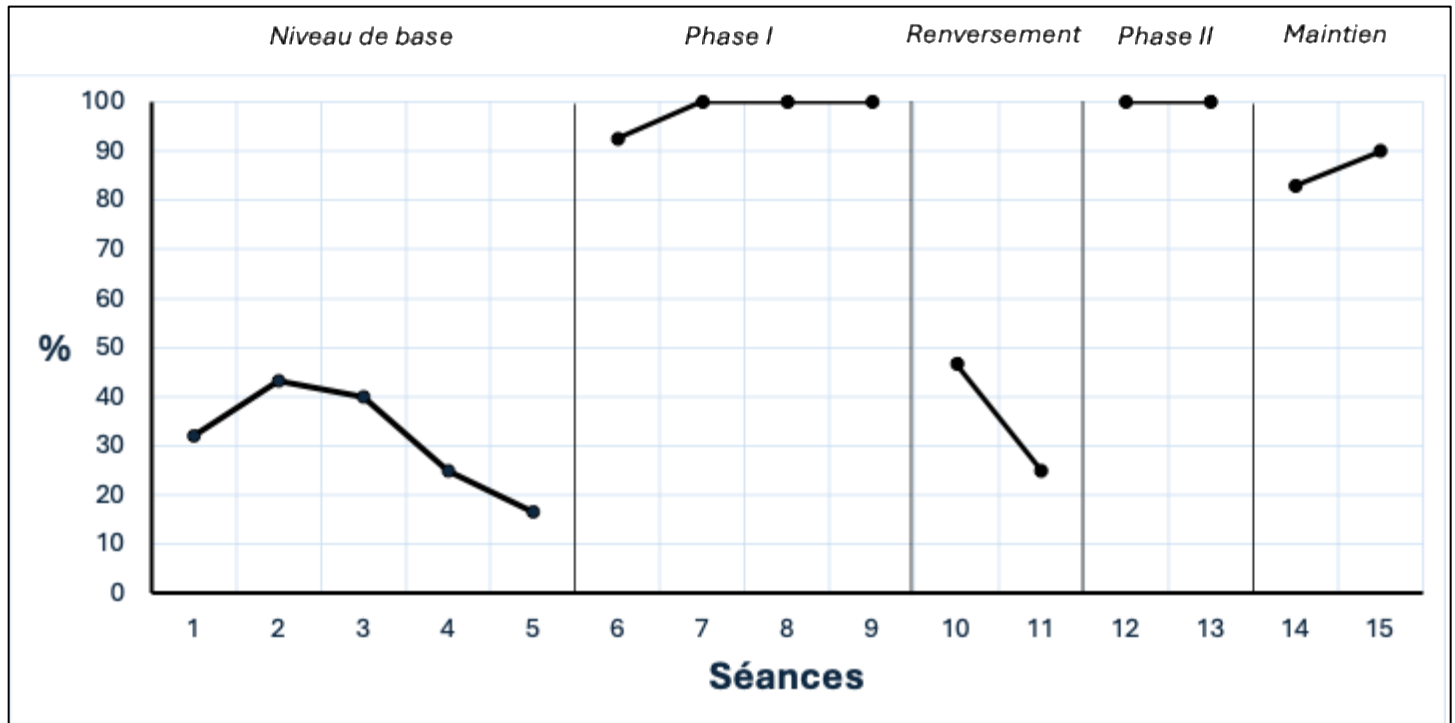


Figure 1 : Pourcentage d'attention à la tâche par séance

À la phase II, le niveau d'attention du sujet, pendant les deux séances que dure cette phase, est au niveau maximum de 100%. Il est décidé alors d'arrêter le traitement et de vérifier si le niveau d'attention se maintient.

La première mesure du maintien a lieu 6 jours de classe après la fin du dernier traitement de la phase II. Le niveau d'attention

observé est de 83%. Une autre mesure est effectuée 8 jours après la première, le niveau d'attention enregistré est de 90%. Ce qui établit le niveau de maintien moyen à 80.6%.

## Discussion

Cette étude permet de vérifier d'abord que les séances d'entraînement à l'attention, constituent un moyen puissant pour améliorer l'attention d'un élève. Elle confirme, de plus, la valeur du renforcement social verbal ou non-verbal comme type de renforçateur pour augmenter le comportement d'attention.

Cependant, il faut souligner que les deux minutes de repos, données à l'étudiant après une séance de trois minutes de travail, auraient pu s'avérer le renforçateur qui a influencé le plus le comportement de l'élève. A l'encontre de cette hypothèse, il faut cependant dire que, souvent, lorsque le professeur disait à l'étudiant de prendre les deux prochaines minutes pour se reposer, celui-ci manifestait verbalement son mécontentement d'avoir à suspendre son travail.

Cette approche peut également contribuer à modifier les attitudes et le comportement d'un grand nombre de professeurs. Plusieurs ont l'habitude, comme d'ailleurs la plupart des gens, de passer sous silence ce que les élèves font bien, pour souligner ce qu'ils font mal ou moins bien. L'approche utilisée ici permet de renverser la vapeur. Le professeur est amené à s'arrêter d'abord à ce que l'enfant fait bien, au moment où il le fait, pour l'en féliciter et l'encourager. Ce type d'approche le conduit également à ignorer les comportements déviants qui ont alors tendance à disparaître. Finalement, n'est-il pas plus agréable, plus motivant, d'être félicité pour ce que l'on fait bien, que d'être uniquement critiqué pour ce que l'on fait mal ?

Un autre élément nous semble important. Cette approche est économique et ne demande aucun équipement spécial. Elle peut être administrée en milieu naturel, dans la classe, par le professeur, après quelques heures d'entraînement.

Enfin, comme l'attention est un préalable à l'apprentissage scolaire, il faut ajouter qu'il est important, quand elle est acquise, de mettre au point un programme visant l'apprentissage des répertoires de base qui permettent l'adaptation de l'enfant à la société. L'acquisition de l'attention n'est qu'une première étape dans la réalisation d'un tel programme.

## Références

- Becker, W.C., Madsen, C.H., Arnold, C.R. & Thomas, D.R. The contingent use of teacher attention and praise in reducing classroom behavior problems. *Journal of special education*, 1967, 1, 287-307.
- Hall, R.V., Lund, D. & Jackson, D. Effects of teacher attention on study behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 315-322.
- Hall, R.V., Panyan, M., Rabon, D. & Borden, M. Instructing beginning teachers in reinforcement procedures which improve classroom control. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 315-322.
- Kazdin, A.E. & Klock, J. The effect of nonverbal teacher approval on student attentive behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 1973, 6, 643-654.
- Madsen, C.H., Becker, W.C. & Thomas, D.R. Rules, praise, and ignoring : elements of elementary classroom control. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 139-150.
- Thomas, D.R., Becker, W.C. & Armstrong, M. Production and elimination of disruptive classroom behavior by systematically varying teacher's behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 35-45.
- Walker, H.M. & Buckley, N.K. The use of positive reinforcement in conditioning attending behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 245-250.
- Ward, M.H. & Baker, B.L. Reinforcement therapy in the classroom. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 323-328.
- Werry, J.S. & Quay, H.C. Observing the classroom behavior of elementary school children. *Exceptional children*, 1969, 35, 461-470

## TRAITEMENT BÉHAVIORAL DES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS PAR BIBLIOTHÉRAPIE : LES RÉSULTATS DE DEUX ÉTUDES<sup>1</sup>

Gilles Trudel<sup>2, 3</sup>

Université du Québec à Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

Suzanne Saint-Laurent et Sylvain Proulx<sup>4</sup>

Université du Québec à Montréal

Les deux recherches présentées dans cet article étudient les effets de la bibliothérapie dans le traitement des dysfonctionnements sexuels. Deux traitements sont étudiés : les exercices pubococcygiens dans le traitement de problèmes orgasmiques chez la femme et un traitement composite pour traiter l'éjaculation précoce. Les résultats appuient l'efficacité de la bibliothérapie dans le traitement de l'éjaculation précoce. Les auteurs discutent également des variables qui pourraient influencer l'efficacité de la bibliothérapie.

*See end of text for English abstract.*

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

Plusieurs volumes d'auto-traitement ont été publiés au cours des dernières années dans le but d'expliquer les méthodes comportementales pour le traitement de dysfonctionnements sexuels. Par exemple, les livres *Orgasme* de Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo (1979) et *Le Bonheur dans le Couple* de Kaplan (1975) ont été largement répandus. Ces livres s'ajoutent à de nombreux ouvrages américains sur le sujet (voir Bar-bach, 1975 ; Kline-Graber et Graber, 1975 ; etc.).

La bibliothérapie pourrait éventuellement s'avérer un moyen simple et économique de modifier le comportement. Cependant, il y a relativement peu d'information sur l'efficacité de cette approche. Certaines études antérieures sur la bibliothérapie appliquée à divers problèmes comme l'alcoolisme (Millet et Baca, 1981), la

dépression (Schmidt, 1981) et le tabagisme (Glasgow, O'Neil, et Schafer, 1981) donnent lieu à des résultats divergents. Quel impact peut avoir la lecture d'un texte sur le comportement d'un sujet ?

Le présent article décrit les résultats de deux études dans lesquelles la bibliothérapie a été utilisée pour le traitement des dysfonctionnements sexuels.

### Étude A

Dans cette première étude, les exercices pubococcygiens (Kegel, 1952a et 1952b) sont utilisés pour traiter des problèmes d' "anorgasmie" chez les femmes. Ces exercices sont souvent utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres méthodes de traitement de l' "anorgasmie". Ils ont pour but d'améliorer la musculature périvaginale par des exercices répétés de contraction et de relâchement. Il est postulé, en effet, qu'il y a une relation entre un mauvais fonctionnement orgasmique et une mauvaise condition de la musculature dans la région périvaginale. En conséquence, l'amélioration de cette musculature rendrait plus probable la réponse orgasmique. Toutefois, au moment d'entreprendre la présente étude, très peu d'études expérimentales viennent appuyer l'utilité et l'efficacité de ces exercices (Trudel et Saint-Laurent, 1983).

### Méthode

**Sujets.** Douze femmes répondant à des annonces sont choisies pour cette expérience. Elles présentent un problème d' "anorgasmie" situationnelle ("anorgasmie coïtale"). Elles ont un partenaire sexuel régulier et n'ont

<sup>1</sup> Cet article a d'abord été présenté au 14e congrès de la European Association for Behaviour Therapy, Bruxelles, 1984.

<sup>2</sup> Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à Gilles Trudel, D.Ps., département de psychologie, université du Québec à Montréal, case postale 8888, succursale "A", Montréal, Québec, H3C 3P8,

<sup>3</sup> La deuxième étude a été réalisée en partie grâce à une subvention accordée au premier auteur par le Fonds Institutionnel de l'Université du Québec à Montréal.

<sup>4</sup> Les lecteurs intéressés pourront consulter les mémoires de maîtrise de Suzanne Saint-Laurent et de Sylvain Proulx.

pas de problèmes psychologiques majeurs.

**Description de l'évaluation.** Après une évaluation préliminaire par téléphone consistant en une entrevue standardisée, l'expérimentatrice fait parvenir par courrier deux questionnaires psychométriques : le *Questionnaire d'Excitation Sexuelle* (Hoon, Hoon et Wincze, 1978, Trudel, Campbell et Daigle, 1982) et le *Questionnaire d'interaction Sexuelle* (LoPiccolo et Steger, 1974, Trudel et Dufort, sous presse). Les sujets reçoivent aussi un questionnaire clinique leur demandant de décrire leur réaction sexuelle et, plus spécifiquement, les stimulations grâce auxquelles elles parviennent à l'orgasme.

À la fin de l'expérience, les sujets sont à nouveau évalués avec les mêmes instruments. Soixante jours plus tard, une relance est complétée par téléphone. Au cours de cette relance, les sujets sont interrogés sur les éléments les plus importants du questionnaire.

**Traitements.** Les sujets sont divisés au hasard en deux groupes. Il n'y a aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'âge, le nombre d'années de scolarité et le nombre de grossesses. Après le prétest, tous les sujets reçoivent un texte décrivant étape par étape la procédure de traitement. Les sujets du premier groupe reçoivent un texte décrivant les exercices pubococcygiens (groupe PC). Le second groupe reçoit un texte mettant l'accent sur des exercices de sensibilisation sexuelle, sur la relaxation et sur la respiration (groupe SSRR). Chaque sujet reçoit des consignes les incitant à pratiquer ces exercices quotidiennement durant 20 minutes et est rejoint régulièrement par téléphone.

### Résultats et conclusions

Les résultats ayant été rapportés de façon détaillée antérieurement (Trudel et Saint-Laurent, 1982), nous limiterons à dégager les principaux résultats et les principales conclusions.

1. Aucune différence significative n'est observée au questionnaire clinique. En fait, un seul sujet du groupe SSRR devient orgasmique durant l'activité sexuelle "coïtale". Aucun sujet de l'autre groupe n'atteint cet objectif.

2. Les seules différences significatives favorisent le groupe SSRR. Ces différences concernent le *Questionnaire d'Excitation Sexuelle*, quatre échelles du *Questionnaire d'interaction Sexuelle* et la question concernant la satisfaction sexuelle du questionnaire clinique.

3. La présente recherche fut entreprise avant la publication des résultats d'autres recherches sur le sujet (Roughan et Kunst, 1981 ; Chambless, Sultan, Stern, O'Neil, Garrison et Jackson, 1984). En se basant sur ces études, il est évident que d'autres recherches sur les exercices pubococcygiens s'avèrent nécessaires avant que l'on puisse

conclure quoi que ce soit sur leur utilité et leur efficacité dans le traitement des dysfonctionnements sexuels féminins. Des études futures devraient inclure la pratique de ces exercices dans un environnement plus contrôlé. Aussi, il serait nécessaire de faire des études impliquant une observation régulière de la contraction du muscle pubococcygien durant les exercices et des comparaisons de l'évolution de la condition de ce muscle et de la réactivité sexuelle.

### Étude B

Dans la seconde étude, la bibliothérapie est appliquée au traitement de l'éjaculation précoce, problème pour lequel les traitements comportementaux sont considérés très efficaces. Deux traitements sont conçus pour l'éjaculation précoce : la méthode "arrêt-départ" aussi appelée la "pause" (Semans, 1956) et la technique de la "compression" (Masters et Johnson, 1970).

Dans une étude très intéressante, Zeiss (1978) utilise un traitement composite incluant la sensibilisation corporelle (*sensate focus*), l'entraînement à la communication, la pause et la compression. Trois groupes sont comparés. Dans le premier groupe (sans contact), les sujets reçoivent un texte décrivant en douze étapes les techniques utilisées pour traiter l'éjaculation précoce. Le traitement est donc auto-administré. Dans le second groupe (contact téléphonique), le traitement est auto-administré mais il y a en outre un contact téléphonique minimal. Le traitement est en tout point similaire au précédent, mais il comprend un bref contact téléphonique avec un thérapeute à des moments prévus à l'avance. Finalement, la troisième condition (traitement habituel) consiste en une entrevue hebdomadaire avec chaque sujet. Les résultats de cette étude indiquent une amélioration très significative seulement chez les sujets du groupe soumis à une entrevue hebdomadaire et chez ceux participant au traitement avec contact téléphonique. Aucun sujet ne s'améliore dans le groupe sans contact.

Le but de la présente étude est de reproduire l'étude de Zeiss (1978) auprès d'une population francophone. En outre, une plus grande attention est donnée au contrat comportemental. Telle que décrite plus loin, une procédure systématique de renforcement positif est incluse dans ce contrat.

**Sujets.** Vingt-cinq sujets sont recrutés dans les établissements publics de santé ou par des annonces de journaux. Les critères de sélection sont les suivants : 1) éjaculer en moins de cinq minutes après la pénétration ; 2) le problème dure depuis au moins six mois ; 3) le sujet et sa partenaire acceptent tous les deux le traitement.

L'âge de l'homme varie entre 18 et 56 ans avec une moyenne de 32 ans. Pour la femme, son âge moyen se situe entre 18 et 53 ans. Le nombre moyen d'années de scolarité est de 12 ans et le revenu annuel moyen est de \$29,700.00.

**Traitement.** Les sujets sont répartis au hasard en trois groupes expérimentaux et en un groupe de contrôle. Les trois procédures expérimentales sont les mêmes que celles décrites dans l'étude de Zeiss (1978). Mentionnons que le traitement standard consiste en des entrevues de couple avec un thérapeute masculin et féminin<sup>1</sup>. Le texte utilisé avec les deux groupes d'auto-traitement est une adaptation française de celui de Zeiss et Zeiss (1978) intitulé *Prolongez votre plaisir*. Le groupe de contrôle est en fait un groupe d'attente. Après douze semaines, les sujets de ce groupe sont inclus dans l'un des groupes expérimentaux.

Chaque sujet accepte les termes d'un contrat. Selon cet engagement, il verse 70\$ au thérapeute. Après avoir complété chaque étape de la procédure expérimentale, il reçoit immédiatement une partie de cet argent en accord avec les principes du renforcement.

**Évaluation.** Après la sélection des sujets, ceux-ci doivent compléter un test de latence éjaculatoire, répondre à un

questionnaire clinique sur leur problème sexuel, compléter le *Questionnaire d'interaction Sexuelle* (LoPiccolo et Steger, 1974 ; Trudel et Dufort, sous presse) et le *Test d'Adaptation Maritale* (Locke et Wallace, 1959). Une autre évaluation est complétée à la fin du traitement et à la relance de trois mois.

## Résultats

Le tableau 1 décrit des résultats au test de latence éjaculatoire (nombre de secondes entre la pénétration et l'éjaculation). Une augmentation considérable de la latence éjaculatoire est observée. L'analyse de la variance révèle une augmentation significative de la latence éjaculatoire ( $p < .01$ ). D'autres comparaisons statistiques basées sur le test t de Student indiquent une augmentation significative seulement chez les groupes expérimentaux mais aucun changement chez le groupe de contrôle.

**TABLEAU 1**  
**Résultats (en secondes) au test de latence éjaculatoire**

Groupes	Prétest		Post-test	
	M	$\sigma$	M	$\sigma$
Sans contact	114,75	73,03	662,92	287,72
Contact téléphonique	79,14	60,89	553,50	184,06
Traitement habituel	102,38	58,61	646,88	172,81
Contrôle	89,17	113,64	116,33	110,51

Une analyse de variance à trois facteurs est aussi effectuée chez les groupes expérimentaux. Cette analyse utilise les scores de différence dans la latence éjaculatoire entre le post-test et le prétest et entre la relance et le prétest. Les résultats de cette analyse révèlent qu'il n'y a pas de baisse significative de la latence éjaculatoire à la relance. En outre, les sujets obtiennent de meilleurs résultats au test de latence éjaculatoire lorsqu'ils utilisent la compression ou la pause durant ce test.

Le tableau 2 décrit les résultats au *Questionnaire d'interaction Sexuelle* à l'échelle 11 (Score total de satisfaction), à l'échelle 5 (Plaisir moyen, homme) et à l'échelle 6 (Plaisir moyen, femme). Les résultats de cette analyse de variance révèlent une augmentation de la

satisfaction sexuelle à l'échelle 11 à la fois pour les hommes et les femmes ( $p = .05$ ). Cette différence significative est principalement causée par la supériorité du groupe avec contact téléphonique sur le groupe sans contact ( $p < .05$  au test t de Student).

Aucune différence significative n'est observée au *Test d'Adaptation Maritale* (Locke et Wallace, 1959). Cependant, d'autres résultats peuvent aussi être décrits. La plupart des sujets (66,6%) considèrent que ce traitement est très efficace alors que 33,3% des sujets le considèrent comme efficace. Au commencement du traitement, seulement 45% des femmes peuvent atteindre l'orgasme durant le coït. À la fin du traitement, ce pourcentage passe à 67%.

**TABLEAU 2**  
**Résultats au Questionnaire d'interaction Sexuelle**

Groupes	Prétest						Post-test					
	Échelle 5		Échelle 6		Score total		Échelle 5		Échelle 6		Score total	
	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ
Sans contact	6,81	0,82	6,04	1,01	128,40	26,47	6,92	0,70	6,10	0,76	107,83	34,41
Contact téléphonique	6,98	0,51	6,70	0,44	113,50	50,05	6,86	0,52	6,48	0,30	63,71	25,10
Traitement habituel	7,02	0,71	6,82	0,75	118,75	26,30	6,88	0,81	6,81	0,47	82,25	21,90

### Conclusion

Cette étude indique qu'il est possible d'obtenir une amélioration significative dans le traitement de l'éjaculation précoce en utilisant la bibliothérapie et un contrat comportemental basé sur le renforcement. Cette amélioration dans la latence éjaculatoire est identique à celle obtenue lorsque des thérapeutes dirigent le traitement. Quoiqu'il soit difficile d'interpréter la différence entre les résultats de cette étude et celle de Zeiss, il se peut qu'elle puisse être expliquée par le type de contrat comportemental utilisé. Dans ce contrat, nous renforçons nos sujets à chaque fois qu'ils complètent une étape du traitement. Au contraire, le contrat utilisé dans l'étude de Zeiss (1978) ne prévoyait pas le renforcement du sujet après chacune des étapes.

Cependant, il faut mentionner qu'il y a plus d'abandons dans le groupe sans contact. De même, nous observons une moins grande satisfaction sexuelle chez les sujets du groupe sans contact. Ces deux constatations peuvent suggérer qu'une présence d'un thérapeute (au moins par contact téléphonique) peut s'avérer utile avec certains sujets pour les aider à compléter le traitement et à améliorer leur satisfaction sexuelle.

Cependant, pour plusieurs sujets, la bibliothérapie combinée à une procédure de renforcement, peut être suffisante pour traiter l'éjaculation précoce.

### Conclusions sur l'utilité de la bibliothérapie dans le traitement des dysfonctionnements sexuels

1. Les résultats de ces études semblent indiquer que la bibliothérapie peut être utilisée efficacement. Par exemple, il est évident que la pause et la compression sont des méthodes efficaces de traitement de l'éjaculation précoce. Par ailleurs, nous avons maintenant plusieurs raisons de croire que les exercices pubococcygiens ne sont pas en soi utiles pour traiter le dysfonctionnement orgasmique chez la femme.

2. Cependant, nous avons besoin de recherches supplémentaires pour expliquer l'efficacité de la bibliothérapie. Par exemple, il n'est pas facile d'expliquer pourquoi les résultats de notre étude sur l'éjaculation précoce sont supérieurs à ceux obtenus par Zeiss (1978). Ces

différences peuvent être expliquées par le contrat comportemental mais il est possible que d'autres variables soient également responsables de ces résultats.

3. Il serait souhaitable d'étudier, par exemple, les effets de la motivation des sujets à utiliser la bibliothérapie. Aussi, nous devrions considérer les effets des instructions données au sujet utilisant la bibliothérapie. Par exemple, il serait possible de faire une comparaison entre les effets d'instructions positives et des consignes neutres ou même négatives. Il est possible, en effet, que les instructions influencent les attentes des sujets et leur motivation à utiliser la bibliothérapie. Enfin, nous pourrions aussi analyser les effets du type de matériel présenté au sujet. Par exemple, une description très détaillée du traitement sera-t-elle plus efficace qu'une description plus brève ? Le premier type de présentation peut amener une meilleure compréhension des techniques chez certains sujets alors que pour d'autres, il peut sembler redondant et, de ce fait, il risque d'amenuiser leur intérêt.

### Références

- BARBACH, L.G. (1975) *For yourself: the fulfillment of female sexuality*. Doubleday: New York.
- CHAMBLESS, D.L., SULTAN, F.F., STERN, T.E., O'NEILL, C., GARRISON, G., JACKSON, A. (1984) Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 114-118.
- HEIMAN, J., LOPICCOLO, L., LOPICCOLO, L. *Orgasme*. Quebecor, Montreal, 1979.
- HOON, E., HOON, P., WINCZE, J. (1976) The SAI : an inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of sexual behavior*, 5, 234-240.
- KAPLAN, H.S. (1975) *Le bonheur dans le couple : une nouvelle thérapie sexuelle*. Les Éditions Internationales Alain Stanké, Montréal.
- KEGEL, A.H. (1952, a) Stress incontinence and genital relaxation: a non-surgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. *Ciba Clinical Symposia*, 4, 35-51.
- KLINE-GRABER, G., GRABER, B. (1975) *Woman's*

- orgasm: a guide to sexual satisfaction*. Bobbs-Merrill, Indianapolis.
- LOPICCOLO, J., STEGER, J.C. (1974) The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of sexual behavior*, 5, 585-595.
- LOCKE, H.J., WALLACE, K.M. (1959) Short marital-adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Marriage and family living*, 21, 251-255.
- MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. (1970) *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- MILLER, W.R., BACA, L.M. (1981) Two-year follow-up of bibliotherapy for problem drinkers. 15th annual AABT Convention, Toronto.
- ROUGHAN, P.A., KUNST, L. (1981) Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential? *Journal of sex and marital therapy*, 7, 223-229.
- SCHMIDT, M.M. (1981) Amount of therapist contact and outcome in a multimodal depression treatment program. 15th annual AABT convention. Toronto.
- SEMANS, J.H. (1956) Premature ejaculation: a new approach. *Southern medical journal*, 49, 353-358.
- GLASCOW, R.E., O'NEIL, H.K., SCHAFER, L. (1981) Effect of therapist contact on different types of self-help smoking cessation manuals. 15th annual AABT Convention. Toronto.
- TRUDEL, G., CAMPBELL, M., DAIGLE, R. (1982) Étude psychométrique du Questionnaire d'interaction Sexuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 2, 83-87.
- TRUDEL, G., DUFORT, F. Le Questionnaire d'interaction Sexuelle : une analyse psychométrique. *Revue québécoise de psychologie*, sous presse.
- TRUDEL, G., SAINT-LAURENT, S. (1983) A comparison between the effects of Kegel's exercises and a combination of sexual awareness relaxation and breathing on situational orgasmic dysfunction. *Journal of sex and marital therapy*, 9, 204-209.
- ZEISS, R.A. (1978) Self-directed treatment for premature ejaculation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46, 1234-1241.
- ZEISS, R.A., ZEISS, A.M. (1978) *Prolong your pleasure*. New York: Pocket Bro

---

#### Abstract

Two studies, in this paper, present the effects of bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions. Two different treatments are studied: vaginal contraction exercises in the treatment of women's orgasmic problems and a mixed treatment for premature ejaculation. The results support the efficacy of bibliotherapy in the treatment of premature ejaculation. The authors also discuss the nature of the variables influencing the effectiveness of bibliotherapy.

---

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE SOCIALE : UN GUIDE PRATIQUE

### 1. ÉVALUATION ET PHASE PRÉPARATOIRE

Jean-Marie Boisvert <sup>1</sup>

Hôpital Louis-H. Lafontaine

L'auteur présente un guide de l'intervention thérapeutique axée sur le développement de la compétence sociale. Il se base sur la littérature scientifique et sur une expérience clinique de plus de dix ans dans le domaine. Tout au long du texte, il offre des conseils pratiques aux professionnels qui désirent travailler à ce niveau. Cette première partie porte sur l'évaluation des difficultés interpersonnelles, les moyens de préparer efficacement les clients à l'entraînement aux habiletés sociales et les différentes façons de concevoir un tel programme d'entraînement. Une deuxième partie sera consacrée aux procédures de traitement et au contenu d'un programme de développement de la compétence sociale

sociales. Le texte qui suit porte sur l'évaluation des difficultés interpersonnelles, la préparation à la thérapie et la structure d'un programme de développement de la compétence sociale. Dans la deuxième partie, nous verrons les principales procédures utilisées de même que le contenu d'un entraînement aux habiletés sociales.

**L'évaluation des difficultés interpersonnelles.** Il faut bien commencer par le commencement ... Malheureusement, il semble que très peu de cliniciens font une évaluation comportementale avant d'entreprendre une intervention (Corriveau, Galuska, Woods, Mello et Gordon, 1984). Il s'agit sans doute encore ici de cette déplorable distance qu'on trouve souvent entre la recherche et la pratique. Les chercheurs construisent des instruments qui sont peu pratiques en clinique et les cliniciens n'ont ni le temps ni les moyens de les adapter ou d'en construire d'autres. Essayons tout de même de voir comment nous, pauvres cliniciens mal servis, pouvons-nous débrouiller pour évaluer la compétence sociale chez nos clients.

Pour guider nos interventions thérapeutiques, il faut d'abord pouvoir élaborer des hypothèses sur les difficultés que rencontre la personne, les changements à apporter chez le client et dans son milieu et les procédures à utiliser pour favoriser ces changements. Je n'aborderai pas ici les questions de changements dans le milieu qui sont plus du ressort de l'intervention conjugale, familiale, socio-économique ou écologique. Notons simplement que ce sont souvent des questions qu'il faut considérer parallèlement aux problèmes de compétence sociale.

**Les différents types de difficultés interpersonnelles.** Les difficultés interpersonnelles peuvent prendre différentes formes.

Il peut s'agir:

1) **d'anxiété sociale:**

les clients peuvent se sentir très anxieux dans un certain nombre de situations interpersonnelles;

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

#### Introduction

L'avez-vous remarqué? Un malheur n'arrive jamais seul. Très souvent, les personnes qui "se sentent mal dans leur peau" se sentent aussi mal avec les autres. Il existe, en effet, une très forte corrélation entre la gravité des problèmes psychologiques et l'importance des difficultés interpersonnelles (Curran, Miller, Zwick, Monti et Stout, 1980; Griffiths, 1980; Kazdin, 1979). Si votre travail consiste à aider des gens qui ont des problèmes personnels, vous avez donc probablement intérêt à utiliser régulièrement des procédures permettant de développer la compétence sociale.

Je ne veux pas dire que l'entraînement aux habiletés sociales doit être employé avec tous les clients! Ce n'est pas une panacée à tous les problèmes, même interpersonnels. Il y a, bien sûr, plusieurs problèmes qui peuvent être traités de façon plus efficace avec d'autres moyens d'action. Cependant, il y a souvent lieu de donner une place importante à l'analyse et au développement de la compétence sociale chez les personnes à qui nous offrons nos services.

Il est donc essentiel, pour tout thérapeute, de posséder une grille d'analyse des problèmes interpersonnels de même que certaines procédures d'intervention au niveau des habiletés

(1) Cet article est le fruit d'une étroite collaboration de plus de dix ans avec Madeleine Beaudry, travailleuse sociale. Les circonstances n'ont pas permis que ce texte soit écrit en collaboration. Cependant, les points qui y sont traités originent très souvent d'ateliers de formation préparés ensemble. L'auteur tient donc à remercier chaleureusement Madeleine Beaudry pour sa précieuse collaboration. Pour obtenir des tirés-à-part, veuillez communiquer avec l'auteur au Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5. L'auteur tient à profiter de l'occasion pour remercier Roch Morin, psychotechnicien au Service de psychologie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qui s'acquitte, entre autres, de la compilation des données par micro-ordinateur et parfois même de la correction des erreurs de programmation, tout cela avec un grand soin et une grande fiabilité.

2) d'un **manque d'habiletés sociales:**

les clients peuvent avoir de la difficulté à exprimer certains besoins, certaines idées ou certains sentiments, soit dans toute situation interpersonnelle ou encore devant des personnes en particulier;

3) d'une **mauvaise perception de ses propres habiletés:**

les clients peuvent se percevoir socialement inhabiles sans l'être vraiment;

4) d'une **mauvaise perception de la réalité sociale-interpersonnelle:**

les clients peuvent avoir une perception erronée des messages qu'ils reçoivent des autres et les interpréter incorrectement;

5) d'une **combinaison de ces quatre facteurs.**

Marshall et McGrath (Gauthier, Samson, Turbide et Lawson, 1981).

Les trois premières échelles portent sur les comportements assertifs. Il est difficile d'en préférer une parmi elles.

*L'échelle de Rathus.* L'échelle de Rathus constitue une sorte de "classique" et a été validée en français par Bouchard et ses collaborateurs (1975). Elle a été utilisée dans de nombreuses recherches et présente donc un intérêt évident. Cependant, elle contient une majorité d'items d'affirmation de soi négative (faire respecter ses droits, faire des critiques, exprimer des sentiments négatifs, etc.). De plus, le niveau de lisibilité de la version anglaise exige 10 à 12 ans de scolarité (McCormick, 1984) et rien ne porte à croire que la version française est plus facile à comprendre. A ce propos, McCormick (1984) a élaboré, en anglais, une version simplifiée du Rathus dont le niveau de lisibilité ne demande que six années de scolarité.

*L'échelle de Gay.* L'échelle de Gay et de ses collaborateurs semble préférable au Rathus, parce qu'elle présente un plus grand nombre d'items d'affirmation de soi positive (converser, exprimer son accord, exprimer des sentiments positifs, etc.). Elle a été validée en français par Bourque et Ladouceur (1978).

*L'inventaire de Gambrill-Richey.* L'inventaire de Gambrill et Richey est le questionnaire qui m'apparaît le plus intéressant cliniquement, parce qu'il comporte deux échelles, l'une portant sur le degré de malaise ou d'anxiété dans des situations interpersonnelles et l'autre mesurant la probabilité que la personne agisse de façon affirmative dans les mêmes situations. Il est souvent utile de considérer le rapport entre ces deux échelles. Ainsi, Gambrill et Richey (1975) distribuent les répondants en quatre catégories selon leurs résultats aux deux échelles:

- 1) les "non-assertifs", qui présentent un haut niveau de malaise et une faible probabilité de réponses affirmatives;
- 2) les "anxieux performants", qui présentent un haut niveau de malaise et une forte probabilité de réponses affirmatives;
- 3) les "indifférents", qui présentent un bas niveau de malaise et une faible probabilité de réponses affirmatives;
- 4) les "assertifs", qui présentent un bas niveau de malaise et une forte probabilité de réponses affirmatives.

Les "non-assertifs" représentent probablement les clients-types pour l'entraînement aux habiletés sociales. Par ailleurs, les "indifférents" peuvent constituer des candidats difficiles, en ce sens que leur motivation au changement peut être relativement basse.

**Que choisir?** Il est souvent peu pratique de demander à des clients de remplir trois questionnaires portant sur le même construit théorique. Dans un tel cas, je choisirais le Gambrill-Richey à cause de sa pertinence clinique, même s'il n'a pas été validé en français. Mais, il faut souhaiter que des chercheurs

**Les éléments importants de l'évaluation.** Les quatre principaux points à préciser au niveau de l'évaluation initiale des difficultés interpersonnelles sont les suivants:

- 1) Quelles sont les difficultés, parmi celles que je viens de décrire, que ce client rencontre?
- 2) Dans quelles situations les difficultés apparaissent-elles? Le terme "situations" est pris ici dans un sens très large, incluant les aspects physiques et interpersonnels, les actions et réactions verbales et non verbales des autres, autrement dit tout ce qui, dans l'environnement, peut susciter ou renforcer les comportements, les émotions et les cognitions du client.
- 3) Quelles sont les chaînes de comportements, d'émotions, de cognitions et de situations qui amènent le client à manifester les comportements problématiques?
- 4) Quels sont les comportements, les émotions ou les cognitions que ce client aurait avantage à apprendre et à manifester pour résoudre ses difficultés?

Il n'y a pas un moyen idéal pour avoir accès à ces données. Il faut en employer plusieurs. Les instruments habituellement utilisés sont: les questionnaires, les auto-observations, l'évaluation par les pairs, les jeux de rôle et les entrevues.

**Les questionnaires.** Il existe un grand nombre de questionnaires qui portent sur les difficultés dans les relations interpersonnelles. Certains sont traduits en français et, parmi ceux-ci, il en est cinq qui sont particulièrement intéressants:

- 1) l'Échelle d'assertion comportementale de Rathus (Bouchard, Valiquette et Nantel, 1975),
- 2) l'Échelle d'assertion pour adultes de Gay, Hollandsworth et Galassi (Bourque et Ladouceur, 1978),
- 3) l'Inventaire sur l'affirmation de soi de Gambrill et Richey (1975),
- 4) l'Inventaire sur la communication interpersonnelle de Bienvenu (1970, 1971) et
- 5) l'Inventaire d'estime de soi sociale de Lawson,

développent prochainement un instrument qui présenterait les avantages de ces trois derniers questionnaires. Je crois qu'à ce propos, il y a lieu de suivre le développement systématique de nouvelles échelles, telles que l'Échelle du comportement interpersonnel ("Scale for Inter-personal Behaviour") de Arrindell (Arrindell et van der Ende, 1985).

*L'inventaire de Bienvenu.* L'inventaire de Bienvenu est intéressant parce qu'il permet d'évaluer des dimensions qui ne sont que peu touchées dans les autres questionnaires: la révélation de soi, la conscience de soi et de l'autre, l'acceptation des feed-back, la capacité de s'exprimer, la capacité d'écoute, les réactions aux sentiments pénibles, la clarification des messages, l'évitement de la communication, la tendance à monopoliser la conversation, la capacité de tenir compte des différences et le sentiment d'être accepté par les autres (Bienvenu et Stewart, 1976).

*L'inventaire de Lawson.* L'inventaire d'estime de soi sociale constitue un bon indice de la façon dont la personne se perçoit dans des situations interpersonnelles. La version française a été validée par Gauthier et ses collaborateurs (1981).

*L'intérêt clinique des questionnaires.* L'intérêt de ces différents questionnaires n'est pas directement clinique. Il réside surtout dans le fait qu'ils permettent de situer la personne par rapport à une population normale. Mais cliniquement, ils peuvent tout de même aider à préciser les objectifs de traitement d'une personne et orienter l'élaboration du questionnaire individualisé, dont je parlerai plus loin.

**Les auto-observations.** Il est très important de demander aux clients de faire des auto-observations. Ceci les oblige à préciser leurs difficultés. De plus, ça les implique, dès le début, dans une démarche concrète.

Au cours des années, j'ai essayé différentes formules d'auto-observations. J'ai souvent eu de la difficulté à amener les clients à les compléter exactement de la façon dont je le souhaitais. Quand une telle chose se produit à plusieurs reprises et malgré de nombreuses tentatives pour motiver les clients à faire leurs auto-observations, je crois que c'est l'occasion de se dire que "le client a toujours raison". En effet, les formules d'auto-observations, employées traditionnellement, sont souvent construites pour de jeunes étudiants universitaires. Elles sont présentées dans un langage et une formulation peu adaptée au type de clients avec lesquels nous travaillons. J'ai cherché longtemps des moyens de faciliter la cueillette d'auto-observations jusqu'à ce que je trouve une formule élaborée par Peterson (1979) pour l'évaluation des problèmes de couple. J'ai alors adapté cet instrument pour l'auto-observation des interactions sociales. Le lecteur en trouvera le texte à l'Appendice A, sous le titre "**Description des interactions**". A l'usage, ce questionnaire m'est apparu relativement simple et facile à remplir pour les clients. Ces derniers y répondent généralement de façon régulière et fournissent ainsi au thérapeute des informations très utiles cliniquement. La seule difficulté importante semble résider dans le mot "interaction" que certaines personnes ne

comprennent pas et qu'il faut donc leur expliquer préalablement.

Évidemment, il y a parfois des clients qui présentent des difficultés importantes à noter exactement ce qui se passe dans leurs interactions avec les autres. C'est alors à l'évaluateur de les aider à le préciser au cours des entrevues. Mais, à mon avis, il faut quand même exiger qu'ils fassent un minimum d'auto-observations pendant au moins deux semaines avant le traitement et aussi tout au cours du traitement. S'ils refusent ou n'y arrivent pas, on peut douter de leur motivation à changer ou même de la réalité des difficultés qu'ils considèrent avoir.

**Les jeux de rôle.** Un autre moyen que l'on peut utiliser dans l'évaluation consiste à demander aux clients de faire des jeux de rôle portant sur des situations difficiles pour eux ou sur des situations standard. D'ordinaire, on enregistre ces jeux de rôle sur ruban magnétoscopique. Puis, on évalue les comportements des clients au niveau verbal et non verbal, à partir d'une grille d'évaluation (Boisvert, Beaudry, Marchand et Malo, 1979). Je ne veux pas élaborer davantage sur cette procédure pour deux raisons: premièrement, elle demande beaucoup de temps et d'instruments et est rarement réalisable en clinique. Elle est donc surtout utilisée en recherche. Deuxièmement, des études commencent à indiquer qu'elle n'est pas toujours aussi valide qu'on le souhaiterait et ne représente pas nécessairement la meilleure méthode d'évaluation (Argyle, 1984; Arkowitz, 1981; Blake, Andrasik, McCarran, Quinn et Barnett, 1984).

Cependant, il est utile à l'occasion d'employer cette procédure d'une façon clinique (sans magnétoscope et sans l'emploi de plusieurs juges) pour mieux comprendre les situations et les comportements problématiques pour un client donné.

**Les observations des pairs.** On peut aussi demander à des personnes qui côtoient régulièrement le client d'observer ses comportements. Ces observations peuvent avoir le même contenu que les questionnaires ou que les auto-observations du client lui-même, de sorte que l'on peut comparer la perception du client et celle des personnes de son entourage. De telles observations peuvent constituer une source de données intéressantes. Cependant, il n'est pas toujours possible d'en obtenir. Elles sont donc surtout utilisées auprès de personnes qui vivent en institution.

**Les entrevues.** Avant et après avoir recueilli ces différentes données, on fait évidemment des entrevues avec le client pour préciser davantage les situations et les comportements problématiques. Il est, de plus, important de recueillir des informations sur certains aspects que les instruments précédents touchent moins, comme l'histoire antérieure, les facteurs étiologiques, les composantes cognitives et l'environnement social du client.

**Le questionnaire individualisé.** Depuis quelques années, je trouve particulièrement important de faire un questionnaire individuel, à partir des informations recueillies à l'aide des différents instruments d'évaluation. Il s'agit d'un questionnaire construit pour chaque personne et qui tente de regrouper ses principales zones de difficulté et objectifs de traitement. Le principal avantage d'un tel instrument, c'est qu'il nous amène à préciser ce que le client attend de la thérapie, à en faire les buts de nos interventions et à évaluer régulièrement l'atteinte de ces objectifs (Gambrill et Richey, 1986).

Le questionnaire individualisé peut permettre l'évaluation de plusieurs dimensions à partir des mêmes items. Pour ma part, je trouve utile d'utiliser trois échelles: la première porte sur le degré de malaise ou d'anxiété dans chacune des situations difficiles, la seconde évalue le degré de connaissance de ce que le client pourrait faire dans chacune de ces situations et la troisième mesure le degré de motivation à changer dans chacune de ces mêmes situations. Le lecteur intéressé trouvera un exemple des deux premières échelles dans un article récent (Boisvert et Beaudry, 1985). Je considère ce questionnaire comme le principal instrument de mesure des progrès cliniques. Non seulement sert-il au moment de l'évaluation initiale, mais l'échelle de malaise permet aussi de suivre l'évolution des clients tout au cours du traitement.

!! est donc important de la faire remplir à chaque entrevue. Ceci permet d'avoir une mesure continue de l'évolution des clients et de leur donner un feedback relativement précis sur l'atteinte de leurs objectifs initiaux.

**Le jugement clinique.** A partir de toutes les données recueillies, il faut poser un jugement clinique, à savoir si tel client peut profiter d'un entraînement aux habiletés sociales.

Les critères que j'utilise auprès d'une population psychiatrique externe sont les suivants:

- 1) à deux échelles sur 5, la personne présente des résultats qui se situent à au moins un écart-type sous la moyenne de la population normale;
- 2) il faut porter une attention particulière aux non-assertifs non-anxieux (les "indifférents") au test de Gambrill-Richey; il y a lieu de vérifier le degré de motivation de ces clients;
- 3) le client a recueilli des auto-observations relativement bien faites;
- 4) les auto-observations indiquent vraiment des difficultés actuelles;
- 5) les réponses au questionnaire individualisé confirment la présence de difficultés actuelles et de la motivation à changer;
- 6) il y a absence de symptômes psychotiques ou de comportements bizarres; ceci s'applique lorsque l'entraînement a lieu dans un groupe de personnes non institutionnalisées.

On peut évidemment faire des exceptions à ces critères, à partir de notre jugement clinique. Cependant, ils constituent un cadre de référence très pertinent.

Enfin, il est important de faire remplir à nouveau les questionnaires après le traitement et en relance pour vérifier l'efficacité du traitement.

**La prédisposition au changement.** Il est important de diviser la période pré-traitement en deux étapes: la première consiste principalement à faire l'évaluation initiale dont je viens de parler, la deuxième porte surtout sur la préparation à la thérapie.

**Le rôle du thérapeute pendant l'évaluation initiale.** Pendant l'étape de l'évaluation, le thérapeute n'emploiera évidemment pas de procédures d'intervention et évitera de suggérer au client de modifier son comportement, afin de ne pas biaiser indûment l'évaluation. Il doit aussi savoir structurer et contrôler le déroulement des entrevues afin d'aller chercher les informations pertinentes. Ceci ne veut pas dire pour autant qu'il manifesterait une attitude d'indifférence. Il sera très difficile pour le thérapeute d'avoir un bon contact avec le client pendant la thérapie si ce dernier l'a perçu, au cours des premières rencontres, comme un professionnel qui ne fait que poser des questions, prendre des notes et faire passer des questionnaires.

En un sens, la thérapie commence dès le premier contact. Et il est important que, pendant les premières entrevues, l'intervenant manifeste de l'empathie vis-à-vis des difficultés rencontrées par la personne. Celle-ci pourra alors voir le thérapeute comme quelqu'un qui comprend ses problèmes et qui veut et peut l'aider à modifier la situation insatisfaisante. Il s'établira alors une relation de confiance et le thérapeute pourra plus facilement inciter le client à prendre le risque de manifester de nouveaux comportements par la suite (Tryon, 1986).

Diriger habilement une entrevue, poser des questions claires, faire préciser les objectifs du client, répondre à ses questions et à ses remarques, savoir écouter activement, manifester de la compréhension, informer régulièrement la personne des étapes de l'évaluation et du traitement et lui en expliquer le rationnel, tout cela fait sans doute partie des comportements du thérapeute qui améliorent l'efficacité d'un traitement et qui doivent apparaître dès le premier contact avec un client.

**La préparation à la thérapie.** Dès que l'évaluation initiale est terminée, il y a lieu de préparer le client à la thérapie en l'informant du contenu des rencontres thérapeutiques et des procédures utilisées, en favorisant des attentes positives et en incitant la personne à commencer un processus de changement.

*L'information.* Selon les résultats des recherches, les personnes informées d'avance de ce qui se passera en thérapie manifestent des comportements plus "thérapeutiques" et présentent moins d'abandons (Beakeland et Lundwall, 1975; Garrison, 1978; Heithler, 1976; Hoehn-Saric, Frank, Imber, Nash, Stone et Battle, 1964; Jacobs, Trick et Withersty, 1976; Zwick et Attkisson, 1985). Il s'agit donc d'un point à ne pas

négliger. Il vaut toujours mieux que les clients abandonnent avant le début du groupe que pendant le groupe.

Il y a quelques années, Madeleine Beaudry et moi avons rédigé un texte d'introduction que nous donnons aux clients à la fin de l'évaluation initiale (Boisvert et Beaudry, 1985). Ce texte décrit brièvement les buts de l'entraînement aux habiletés sociales, les procédures utilisées et le fonctionnement en thérapie de groupe.

De plus, nous distribuons aux gens un texte résumant les principaux points du livre "S'affirmer et communiquer" (Boisvert et Beaudry, 1979). Puis, nous leur faisons passer un questionnaire sur le contenu de ce dernier texte afin de vérifier s'ils l'ont bien compris. La présentation du texte et la vérification de la compréhension s'inspire des principes de l'enseignement personnalisé, tels qu'élaborés par Fred S. Keller (Boisvert, 1973; Keller et Sherman, 1974; Sherman, 1974).

A un niveau clinique, j'ai cru remarquer que cette préparation à la thérapie est très efficace. Quand le groupe commence, les clients sont généralement capables:

- 1) de faire des auto-observations précises,
- 2) de définir leurs problèmes en termes concrets,
- 3) de ne pas s'attarder sur des problèmes en dehors du thème du groupe (et qu'ils doivent plutôt solutionner en thérapie individuelle) et
- 4) de s'impliquer très rapidement dans un travail de modification de leurs comportements interpersonnels, selon le modèle qui leur est suggéré.

*Le début du changement.* Il peut être important, durant la période pré-traitement, de commencer à faire de la restructuration cognitive, c'est-à-dire de réinterpréter certains événements sous un jour plus favorable au changement. Ainsi, le thérapeute peut aider le client à voir comment une situation interpersonnelle difficile peut être améliorée s'il modifie son propre comportement plutôt que d'attendre que les autres changent le leur.

De plus, certaines personnes ont tendance à interpréter leurs difficultés en termes de traits de personnalité; il est alors très utile de faire une reformulation en termes comportementaux. Des recherches suggèrent, en effet, qu'il est alors plus facile pour le client de modifier son comportement (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978; Janoff-Bulman, 1979; Pretzer, Fleming et Epstein, 1983; Seligman, Abramson, Semmel et Von Baeyer, 1979).

Il est aussi important de manifester une approbation chaleureuse s'il y a un léger progrès, d'autant plus que ceci aidera à maintenir la motivation et à établir une relation thérapeutique positive.

**La conception d'un programme d'entraînement.** Un certain nombre d'exercices et de programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont déjà été publiés (Goldstein, 1981; Goldstein, Sprafkin et Gershaw, 1976; Kelley, 1979; Ouellet et L'Abbé, 1986; Wilkinson et Canter, 1982). Cependant, comme ils ont été faits en fonction d'objectifs spécifiques et pour des clientèles spécifiques, il est souvent préférable que ceux et

celles qui veulent faire de l'entraînement aux habiletés sociales fassent leur propre programme adapté aux besoins particuliers de leur clientèle. Les programmes disponibles demeurent cependant une source d'informations très intéressantes.

Pour élaborer un programme, on doit évidemment se servir de l'information recueillie dans les entrevues d'évaluation, les questionnaires, les auto-observations, les jeux de rôle, possiblement auprès des conjoints, des familles, des amis ou d'autres professionnels en contact avec les clients. Si ceux-ci sont en institution, l'information sur leur fonctionnement quotidien doit aussi servir dans l'élaboration d'un programme.

De plus, le clinicien doit prendre certaines décisions avant de structurer son plan d'intervention:

- 1) Le client doit-il avoir des rencontres individuelles ou peut-il participer à un groupe?
- 2) Le programme doit-il être fait en fonction de ce client particulier (programme individualisé) ou, d'une façon plus générale, répondre à un ensemble de besoins communs à plusieurs clients (programme standardisé)?

**Thérapie de groupe ou thérapie individuelle.** L'entraînement aux habiletés sociales peut se faire en thérapie individuelle ou en thérapie de groupe. Quelles sont les principales raisons pour voir une personne en thérapie individuelle plutôt qu'en groupe?

Une première raison très simple est l'absence de groupe, c'est-à-dire quand il n'y a pas assez de clients pour faire un groupe. Deuxièmement, si la personne est très anxieuse et trouve qu'il lui serait trop difficile de participer à un groupe, il peut être nécessaire de commencer la thérapie par des entrevues individuelles. Troisièmement, si le thérapeute juge que le client ne peut pas s'intégrer dans un groupe ou risque de le perturber, il choisira la thérapie individuelle afin de se concentrer sur les besoins particuliers de cette personne.

Cependant, lorsque quelqu'un a besoin d'un entraînement aux habiletés sociales et qu'il est possible de l'inscrire dans un groupe, c'est généralement la meilleure solution. Il y a peu d'études comparatives de l'efficacité du groupe par rapport à celle de la thérapie individuelle, en ce qui concerne le développement de la compétence sociale. Cependant, se basant sur des recherches plus générales, plusieurs auteurs considèrent que le groupe offre des avantages particuliers qui en font souvent le traitement de choix (Beaudry et Boisvert, 1980; Boisvert et Beaudry, 1985; Horenstein, 1979; MacKenzie, 1986; Rose, 1977; Sansbury, 1978; Toseland et Siporin, 1986).

Voici quels sont ces principaux avantages:

- 1) Les clients qui présentent des difficultés interpersonnelles sont très souvent isolés socialement. Ils auront même, dans plusieurs cas, l'habitude de fuir les rencontres de groupe. Lorsqu'ils se retrouvent dans un groupe de personnes ayant des problèmes semblables, ils font alors l'expérience du support au changement que peut offrir le groupe. Ils peuvent partager leurs expériences et faire la découverte qu'il est important pour eux de ne pas demeurer isolés avec leurs difficultés.

- 2) Les possibilités d'être renforcé sont beaucoup plus

grandes en groupe qu'en individuel. De même, les occasions de donner un feedback ou d'en recevoir se présentent plus souvent.

3) Le fait de voir quelqu'un d'autre progresser au niveau de sa compétence sociale peut se révéler un stimulant important. Nous verrons, dans la deuxième partie de ce texte, comment il peut être important pour les clients de pouvoir observer des modèles qui sont accessibles, i.e. qui se situent à leur niveau.

4) L'économie de temps pour le thérapeute constitue aussi un atout important. Le thérapeute peut alors prendre le temps disponible pour mieux préparer les rencontres ou pour mieux évaluer l'efficacité du traitement offert.

5) Une fois le groupe terminé, les participants qui ont créé des liens d'amitié pendant le groupe continuent souvent à se rencontrer et à se supporter dans leur démarche. Ils sont donc plus autonomes par rapport au thérapeute et se retrouvent avec des sources de renforcement plus diversifiées.

Par ailleurs, il m'apparaît rarement indiqué qu'une personne **commence** une thérapie individuelle en même temps qu'une thérapie de groupe, et surtout avec le même thérapeute. Le client pourra alors avoir tendance à négliger l'une ou l'autre (Bernard et Drob, 1985). Mais, lorsqu'une personne est en thérapie individuelle depuis un certain temps avec un thérapeute autre que le thérapeute de groupe, il ne m'apparaît pas contre-indiqué qu'elle commence une thérapie de groupe tout en continuant en individuel.

**Programme individualisé ou standardisé?** Bien sûr, si on travaille en thérapie individuelle, l'entraînement aux habiletés sociales sera le plus individualisé possible. Mais en groupe, on peut avoir comme but soit de répondre aux besoins individuels de chacun des participants (programme individualisé), soit de répondre à un ensemble de difficultés identifiées pour un groupe donné (programme standardisé).

*Programme individualisé.* Un programme individualisé est planifié en fonction des buts spécifiques de chaque client. A chacune des rencontres, celui-ci travaille sur un aspect particulier de son problème, que ce soit en thérapie individuelle ou en groupe.

Dans ce type de programme, il est important d'ordonner les thèmes, de façon à ce que la personne puisse modifier son comportement selon un rythme qui lui convient. Ceci peut nécessiter la "dissection" systématique d'un thème particulier en petites séquences ou scènes, chacune décrite en termes comportementaux. Par exemple, prenons le thème de "la participation à la conversation avec des collègues de travail". Détaillées en trois étapes, les séquences peuvent être:

1) Initier une conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: regarder la personne, poser une question ouverte, etc.

2) Maintenir la conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: écouter l'autre, donner de l'information sur soi, poser d'autres questions, etc.

3) Terminer la conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: dire une phrase brève et polie

qui permet de clore la conversation, quitter la personne, etc.

*Programme standardisé.* Un programme standardisé prend davantage la forme d'un cours avec exercices pratiques. Il aborde de façon systématique l'apprentissage d'habiletés sociales de base. Le choix des thèmes et du contenu du programme dépend alors des buts de l'entraînement. Il peut s'agir:

- a) d'un entraînement général aux habiletés sociales,
- b) d'un entraînement associé à une situation spécifique (par exemple, se chercher du travail) ou
- c) d'un entraînement associé aux besoins spécifiques de la population à laquelle le programme s'adresse (par exemple, auprès de délinquants).

Est-il préférable d'utiliser un programme standardisé ou un programme individualisé quand on fait un groupe? On ne trouvera pas de réponse à cette question dans la littérature expérimentale. Mais, on peut croire qu'un programme individualisé a plus de chances d'être efficace, étant donné qu'il repose sur une analyse plus spécifique des difficultés de la personne. Toutefois, l'emploi d'un programme standardisé permet d'économiser du temps et d'éviter d'oublier des thèmes importants.

Il me semble que la meilleure solution consiste donc à élaborer d'abord un programme standardisé, surtout si on en est à ses premières armes dans le domaine, puis à individualiser progressivement à mesure qu'on prend de l'expérience. En combinant ainsi les deux types de programmes, on peut répondre rapidement aux besoins communs à la majorité des participants (avec des éléments d'un programme standardisé), tout en prenant une bonne partie du temps de la thérapie pour aider à la solution des problèmes individuels.

## La structuration d'un groupe

**Le nombre de participants.** D'après mon expérience, le groupe idéal se compose de 8 à 12 participants. J'ai déjà fait des groupes de 4 ou 5 participants. Mais, les échanges sont alors moins enrichissants parce que moins nombreux. Il y a moins de possibilités de support, d'entraide et de cohésion de groupe. De plus, les exercices et les jeux de rôles sont faits continuellement avec les mêmes personnes, de sorte qu'ils deviennent rapidement moins intéressants.

Pour avoir finalement 8 à 12 participants, il faut parfois recevoir, avant l'évaluation initiale, une trentaine de demandes, dépendamment du contexte dans lequel on travaille. En effet, la conception de l'entraînement aux habiletés sociales est souvent vague dans l'esprit des candidats comme des référents. Par conséquent, plusieurs références se révéleront non pertinentes au cours de l'évaluation initiale. Plusieurs candidats seront donc refusés ou décideront d'eux-mêmes de ne pas poursuivre cette démarche.

Suite à l'évaluation initiale, on peut alors se retrouver avec 15 à 20 participants. Par la suite, il y a toujours un certain nombre de personnes qui abandonnent soit immédiatement avant que le groupe commence soit après la première rencontre. Ils le font pour diverses raisons: problème d'horaires, manque de motivation, trop grande **anxiété** dans le groupe, etc.

Donc, pour pouvoir faire un groupe de 8 à 12 personnes, on voit qu'il est important d'avoir initialement environ 30 demandes et d'en accepter environ 15.

**Le nombre de thérapeutes.** Évidemment, le nombre de thérapeutes dépend du nombre de participants, et vice versa. Par exemple, pour un groupe de 12 clients, il est souhaitable qu'il y ait deux thérapeutes. Cependant, ce nombre peut être accru dans des circonstances particulières. Ainsi, si vous supervisez des stagiaires, vous pouvez faire des activités en sous-groupe et leur en confier la responsabilité. À mon avis, il s'agit là d'une activité très formatrice.

**Le sexe des participants.** Un groupe idéal est composé d'un nombre à peu près égal de femmes et d'hommes. Il est sans doute préférable d'éviter qu'un participant se retrouve dans un groupe composé presque exclusivement de personnes du sexe opposé. Ce client pourrait se sentir mal à l'aise de partager ses expériences personnelles avec les autres clients et perdre ainsi certains avantages de la thérapie de groupe. Ceci n'est toutefois pas une règle absolue et il ne faut pas avoir peur de faire des expériences nouvelles.

Par exemple, il y a quelques années, nous (Madeleine Beaudry et moi) avons commencé un groupe en faisant deux sous-groupes distincts: un sous-groupe de femmes avec thérapeutes féminins et un sous-groupe d'hommes avec thérapeutes masculins. Les deux sous-groupes se sont rencontrés séparément à six reprises. Puis, nous les avons réunis pour six autres rencontres.

Nous faisons alors l'hypothèse que ces clientes et ces clients seraient plus à l'aise pour discuter des difficultés qui les concernent en tant que femmes ou en tant qu'hommes, dans un groupe composé uniquement de personnes de leur sexe plutôt que dans des groupes mixtes. A un niveau purement clinique, il nous est apparu que cette hypothèse avait été confirmée: les échanges dans chacun des sous-groupes se sont amorcés très rapidement et semblaient très fructueux.

De plus, il y a eu un peu moins d'abandons que dans les groupes que nous avons faits antérieurement, probablement parce que les participants et les participantes se trouvaient alors moins perturbés par des comportements de séduction et par l'anxiété hétérosexuelle qui s'y trouve souvent reliée. Par ailleurs, le groupe a paru moins long, puisqu'après six rencontres, les clients avaient l'impression de recommencer une nouvelle expérience de groupe.

Cependant, au niveau des résultats aux questionnaires, il n'y a pas eu de différence significative par rapport aux groupes faits antérieurement. De plus, quelques clients ont dit qu'ils préféraient le groupe mixte parce qu'il se rapprochait davantage de la réalité de leurs contacts quotidiens. Enfin, le groupe mixte, ayant plus de participants, semblait plus stimulant.

Nous en avons conclu qu'il serait peut-être préférable de faire un moins grand nombre de rencontres séparées (peut-être trois ou quatre) et un plus grand nombre de rencontres mixtes (entre cinq et huit). C'est ce que nous avons essayé en 1985. Pendant les quatre premières rencontres, les femmes et les hommes étaient dans des sous-groupes différents. A la cinquième rencontre, nous avons laissé les participants décider

eux-mêmes de la composition des sous-groupes et ils ont fait des groupes mixtes. Encore une fois, plusieurs nous ont dit préférer de beaucoup les groupes mixtes. Après ces deux essais, je crois qu'à l'avenir, nous ferons autant que possible des groupes mixtes.

**L'âge.** Dans nos groupes, l'âge a varié de 21 à 60 ans. Nous avons cru observer que la différence d'âge permet des échanges variés et des types d'interactions qui se rapprochent des expériences de la vie quotidienne. La mixité semble donc aussi importante au niveau de l'âge qu'au niveau du sexe.

**L'homogénéité des difficultés.** Une certaine homogénéité des difficultés présentées par les clients semble être un facteur important pour la bonne marche d'un groupe. Pour assurer cette homogénéité, certains problèmes constituent des motifs valables pour refuser un client: agressivité non contrôlée, délires, phase maniaque, comportements très étranges, etc. Les personnes présentant de tels problèmes dérangent souvent le bon fonctionnement d'un groupe (Toseland et Siporin, 1986). Par ailleurs, plus un groupe est homogène (par exemple, des groupes de schizophrènes, de femmes violentées, etc.), plus il est valable d'utiliser un programme standardisé adapté aux besoins des participants.

**Le nombre de rencontres.** L'évaluation initiale et la préparation à la thérapie demandent généralement de 2 à 5 rencontres, selon l'importance que l'on accorde à cette phase. Pour ma part, je crois qu'il ne faut pas lésiner sur le nombre de rencontres pré-traitement. Il s'agit d'une phase capitale, dont dépend en grande partie le niveau de succès d'une thérapie. En plus de permettre l'évaluation des problèmes interpersonnels, ces premières rencontres servent à établir des objectifs individuels, à favoriser un contact personnalisé avec un thérapeute, à encourager l'engagement de chaque participant dans une démarche de changement et à le préparer à l'expérience de groupe.

En ce qui concerne l'entraînement lui-même, la formule qui m'apparaît actuellement la plus valable consiste à faire 8 rencontres hebdomadaires, suivies de 1 à 2 rencontres de relance quelques semaines ou quelques mois plus tard. Les rencontres de relance servent à vérifier si l'amélioration se maintient et si les clients poursuivent par eux-mêmes la thérapie, à les encourager dans leurs efforts personnels et à leur donner une aide supplémentaire si de nouvelles difficultés se présentent.

Il semble préférable de fixer d'avance le nombre de rencontres et d'en informer les participants dès l'évaluation initiale. Les recherches suggèrent qu'une telle formule peut être plus efficace (ou, du moins, aussi efficace) qu'une thérapie ayant une durée non déterminée d'avance (Butcher et Koss, 1978; Strassberg, Anchor, Cunningham et Elkins, 19n). En accord avec ces recherches, je considère de plus que, même si les clients désirent poursuivre les rencontres au-delà du nombre déterminé à l'avance, il est généralement bon de mettre un terme aux rencontres afin de ne pas créer de dépendance et de favoriser l'autonomie.

Il arrive aussi que des clients nous demandent de participer à un second groupe. J'hésite beaucoup à acquiescer à une telle demande. Il me semble qu'après 10 à 15 rencontres, chacun sait

ce qu'il peut faire pour poursuivre ou maintenir son évolution. Il ne doit plus compter uniquement sur le support du groupe ou des thérapeutes. Il vaut mieux alors orienter la personne vers une thérapie individuelle où il est peut-être plus facile de travailler sur les besoins de dépendance.

### **La première rencontre de groupe: favoriser la cohésion**

La première rencontre de groupe revêt une importance particulière. Elle doit permettre de créer, dès le début, une cohésion dans le groupe, ce qui semble être un facteur thérapeutique important de même qu'un moyen d'éviter un trop grand nombre d'abandons (Beaudry et Boisvert, 1980; Bednar et Kaul, 1978; Boisvert et Beaudry, 1985). Il y a donc lieu, dès cette première rencontre, de structurer le groupe dans un sens qui favorisera la cohésion.

**Les sous-groupes homogènes.** Il y a plusieurs façons d'augmenter la cohésion dans un groupe. L'une d'elles consiste à faire des sous-groupes homogènes. Cependant, il peut aussi y avoir des avantages à une certaine hétérogénéité. Par exemple, si un sous-groupe est composé uniquement de personnes qui ont de la difficulté à commencer une conversation, il risque d'être fort peu animé. L'important est donc de savoir bien balancer les ressemblances et les différences, de trouver un équilibre entre l'homogénéité et l'hétérogénéité. D'après moi, les groupes présentant une "certaine" hétérogénéité favorisent davantage l'apprentissage, même s'ils sont moins propices à la cohésion.

**Le tutoiement et l'emploi des prénoms.** Un autre moyen d'augmenter la cohésion consiste à favoriser le tutoiement et l'emploi des prénoms entre les participants et aussi avec les thérapeutes. Il demeure toutefois possible qu'il ne soit pas recommandable d'employer un tel moyen, selon les caractéristiques socio-culturelles d'une population donnée. En effet, pour certaines personnes, une telle pratique peut représenter un manque de respect et il est souvent peu utile de chercher à changer cette conception.

**Les premiers exercices.** Une autre façon d'augmenter la cohésion consiste à faire des activités ou des exercices dans ce sens. Il est souvent souhaitable de consacrer la première rencontre à peu près exclusivement à ce type d'exercices. Depuis plusieurs années, j'ai pris l'habitude de commencer les groupes en faisant trois exercices: le "jeu des prénoms", l'"exercice du journaliste" et la "discussion des règles du groupe". Ces activités s'inspirent du livre de Merritt et Walley (19n).

Brièvement, le "**jeu des prénoms**" est un exercice où chacun doit dire de mémoire le prénom d'une personne du groupe, choisie par l'animateur. Les participants et les thérapeutes sont assis en cercle et l'animateur qui dirige le jeu est debout, au centre du cercle. Celui-ci pointe du doigt un participant ou un thérapeute et dit "gauche" ou "droite". La personne désignée doit alors dire le nom de la personne à sa gauche ou à sa droite, selon le cas. Pour mettre un peu de "piquant" à cet exercice, on peut y ajouter des variantes. Par exemple, celui ou celle qui n'arrive pas à se rappeler le nom de la personne désignée doit prendre le rôle de l'animateur au

centre. Ou encore, l'animateur dit "gauche - droite" et alors, chacun doit se trouver une place différente (comme dans le jeu bien connu de la "chaise musicale") et la personne qui finalement n'a pas de chaise devient l'animateur au centre. Une autre variante consiste, pour l'animateur au centre, à demander le nom de d'autres personnes que celles qui sont immédiatement à la gauche ou à la droite de la personne désignée, en disant par exemple "3e à gauche" ou "5e à droite". Cet exercice semble particulièrement efficace pour diminuer l'anxiété des participants et pour mettre, dès le début, un peu d'humour et de camaraderie dans le groupe.

Dans l'"**exercice du journaliste**", les participants et les thérapeutes se divisent en sous-groupes de deux. Puis, chacun recueille des informations personnelles sur la personne avec qui il se trouve et les transmet ensuite à tout le groupe.

La "**discussion des règles du groupe**" consiste à demander aux clients de discuter des règles qu'ils voudraient donner au groupe. On peut leur suggérer un certain nombre de thèmes de discussion, comme par exemple:

- 1) le nombre d'absences ou de retards permis,
- 2) le fait d'avertir de son absence ou de son retard,
- 3) la confidentialité (par rapport aux sous-groupes et au grand groupe): par exemple, peut-on parler de ce qui se passe dans le groupe sans nommer personne ou sans parler de situations spécifiques? (Bien sûr, il faut dès le début exiger de chacun la plus grande confidentialité concernant les révélations personnelles des participants; ce thème a donc principalement pour but de sensibiliser les participants à l'importance de la confidentialité.),
- 4) le fait de manger, de boire ou de fumer au cours des rencontres,
- 5) le moment et la durée des rencontres,
- 6) la pause-café,
- 7) l'utilisation du matériel audio-visuel au cours des rencontres,
- 8) la possibilité pour les thérapeutes d'utiliser les enregistrements audio-visuels pour faire de l'enseignement en dehors des rencontres (en leur précisant bien que si cela devait se faire, les participants auraient toujours le choix de signer ou non une autorisation écrite),
- 9) les contacts entre les participants en dehors des rencontres,
- 10) le co-voiturage (ce thème a surtout pour but de leur indiquer que certains participants seraient sans doute heureux de bénéficier d'un transport en auto pour venir au groupe),
- 11) la stabilité des sous-groupes (il semble généralement important que la composition des sous-groupes demeure la même tout au long des rencontres afin de faciliter les échanges plus personnels et le thérapeute doit le faire remarquer; cependant, il est intéressant que les participants en discutent entre eux et forment leur opinion sur ce sujet),
- 12) et tout autre sujet de leur choix.

Les participants et les thérapeutes se divisent en petits sous-groupes de 4 à 5 personnes et font cette discussion. Une personne de chaque sous-groupe note les opinions des participants. Ensuite, chaque sous-groupe fait un rapport verbal du fruit de ses discussions à tout le groupe et il y a une prise de décision commune sur les règles du groupe.

Cet exercice sur les règles du groupe me semble très important, car il permet aux clients de participer dès le début à l'organisation du groupe et de se sentir alors impliqués dans "leur" groupe.

### La structure des rencontres subséquentes

Au cours des rencontres suivantes, on peut procéder de différentes façons: soit travailler uniquement sur les problèmes individuels, (programme individualisé) ou procéder par thèmes (par exemple, "faire des critiques", "maintenir une conversation", etc. - programme standardisé), ou encore combiner les deux approches. Pour ma part, je préfère généralement combiner les deux approches. Je mets l'emphase sur la résolution des problèmes individuels, mais presque à chaque rencontre, j'é fais un exposé et des exercices sur un thème qui me paraît répondre aux besoins de la majorité des participants.

Chacune des rencontres est donc structurée de la façon suivante: pendant la première partie, les participants se retrouvent en grand groupe. Dès leur arrivée, ils remplissent l'échelle de malaise de leur questionnaire individuel. Ensuite, nous faisons soit des jeux de rôle portant sur leurs difficultés

actuelles, soit un exposé et des exercices sur un thème particulier.

Entre-temps, les réponses aux questionnaires individuels sont compilées par micro-ordinateur à l'aide d'une "base de données". Ainsi, les thérapeutes-animateurs des sous-groupes ont à leur disposition, lors de la deuxième partie, le détail comparatif des résultats de chacun des clients depuis le pré-test ainsi qu'un graphique portant sur l'évolution de chacun.

Pendant la deuxième partie, les participants se réunissent en sous-groupes sous la responsabilité d'un thérapeute-animateur. Ils prennent alors connaissance de leurs résultats au questionnaire individuel, présentent leurs auto-observations de la semaine et parlent de leurs succès et de leurs difficultés. Puis, ils décident sur quels comportements ils vont travailler au cours de la semaine suivante et quels exercices ils feront. Ils peuvent aussi faire un bref jeu de rôle en rapport avec leurs difficultés.

### Conclusion

Nous avons vu, dans ce texte, comment faire l'évaluation de candidats à un entraînement aux habiletés sociales, comment préparer les clients à cette forme de thérapie et comment concevoir la structure d'un tel programme thérapeutique. La deuxième partie sera consacrée aux procédures de traitement de même qu'au contenu d'un entraînement aux habiletés sociales.

### Références

- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critic and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-94.
- ARGYLE, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of the British Psychological Society*, 37, 405-410.
- ARKOWITZ, H. (1981). Assessment of social skills. In M. Hersen et A.S. Bellack (Eds), *Behavioral assessment: A practical handbook* (2e édition). New York: Pergamon.
- ARRINDELL, W.A., VANDER ENDE, J. (1985). Cross-sample invariance of the structure of self-reported distress and difficulty in assertiveness: Experiences with the Scale for Interpersonal Behaviour. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 7, 205-243.
- BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- BEAUDRY, M., BOISVERT, J.M. (1980). L'approche comportementale et la thérapie de groupe. *Service Social*, 29, 113-124.
- BEDNAR, R.L., KAUL, T.J. (1978). Experiential group research: Current perspectives. In S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2e édition). New York: Wiley.
- BERNARD, H.S., DROB, S. (1985). The experience of patients in conjoint individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 129-146.
- BIENVENU, M.J. (1970). A guide to accompany the Interpersonal Communication Inventory. Document Inédit.
- BIENVENU, M.J. (1971). An Interpersonal Communication Inventory. *Journal of Communication*, 21, 381-388.
- BIENVENU, M.J., STEWART, D.W. (1976). Dimensions of interpersonal communication. *Journal of Psychology*, 93, 105-111.
- BLAKE, D.D., ANDRASIK, F., McCARRAN, M.S. QUINN S., BARNETT (November 1984). A Concurrent validity of six separate measures of social skill. Document présenté au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Philadelphie, Pennsylvanie.
- BOISVERT, J.M. (1973). Application de l'analyse du comportement dans l'enseignement supérieur. *Bulletin de l'Association pour l'Analyse et la Modification du Comportement*, 3, 11-17.

- BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M. (1985). Les difficultés interpersonnelles et l'entraînement aux habiletés sociales. O. Fontaine, J. Cottraux et R. Ladouceur (Eds), *Cliniques de thérapie comportementale*. Liège, Belgique: Mardaga.
- BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M., MARCHAND, A., MALO, S. (1979). Les effets d'un programme d'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. *Revue de Modification du Comportement*, 9, 71-86.
- BOUCHARD, M.A., VALIQUETTE, C., NANTEL, M. (1975). Étude psychométrique de la traduction française du Rathus Assertiveness Schedule. *Revue de Modification du Comportement*, 5, 89-103.
- BOURQUE, P., LADOUCEUR, R. (1978). Validation de l'échelle d'assertion pour adultes de Gay, Hol-landsworth et Galassi. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 10, 351-355.
- BUTCHER, J.N., KOSS, M.P. (1978). Research on brief and crisis-oriented psychotherapies. S.L. Garfield et A. E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2e édition). New York: Wiley.
- CORRIVEAU, D.P., GALUSKA, E., WOODS, S., MELLO, T., GORDON, M. (Novembre 1984). Practical innovations in the assessment of social skill and social anxiety. Document présenté au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Philadelphie, Pennsylvanie.
- CURRAN, J.P., MILLER, 1., ZWICK, W., MONTI, M., STOUT, R. (1980). The socially inadequate patient: Incidence rate, demographic features, and hospital and post-hospital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 375-382.
- GAMBRILL, E.D., RICHEY, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- GAMBRILL, E.D., RICHEY, C.A. (1986). Criteria used to define and evaluate socially competent behavior among women. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 183-196.
- GARRISON, J.E. (1976). Written vs. verbal preparation of patients for group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 130-134.
- GAUTHIER, J., SAMSON, P., TURBIDE, D., LAWSON, J.S. (1981). Adaptation française du Social Self-Esteem Inventory. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 13, 218-225.
- GOLDSTEIN, A.P. (1981). *Psychological ski// training: The structured learning technique*. New York: Pergamon.
- GOLDSTEIN, A.P., SPRAFKIN, R.P., GERSHAW, N.J. (1976). *Ski// training for community living: Applying structured learning therapy*. New York: Pergamon.
- GRIFFITHS, A.D.P. (1980). Social skills and psychological disorder. In W.T. Singleton. P. Spurgeon et R.B. Stammers (Eds), *The analysis of social ski//*. New York: Plenum.
- HEITLER, J.B. (1976). Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. *Psychologies/ Bulletin*, 83, 339-352.
- HOEHN-SARIC, R., FRANK, J.D., IMBER, S.D., NASH, E.H.JR., STONE, A.R., BATTLE, C.C. (1964). Systematic preparation of patients for psychotherapy: 1. Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- HORENSTEIN, M. (1979). Les thérapies comportementales en groupe. *Journal de Thérapie comportementale*, 1, 75-83.
- JACOBS, M.K., TRICK, O.L., WITHERSTY, D. (1976). Pretraining psychiatric inpatients for participation in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 361-367.
- JANOFF-BULMAN, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- KAZDIN, A.E. (1979). Sociopsychological factors in psychopathology. In A.S. Bellack et M. Hersen (Eds) *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum.
- KELLER, F.S., SHERMAN, J.G. (1974). *The Keller Plan Handbook: essays on a Personalized System of Instruction*. Menlo Park, California: Benjamin.
- KELLEY, C. (1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. La Jolla, California: University Associates.
- MACKENZIE, K.R. (1986). Commentary: "When to recommend group treatment". *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 207-210.
- MCCORMICK, I.A. (1984). A simple version of the Rathus Assertiveness Schedule. *Behavioral Assessment*, 7, 95-99.
- MERRITT, R.E., WALLEY, D.D. (19n). *The Group leader's handbook: resources, techniques and survival skills*. Champaign, Illinois: Research Press.
- OUELLET, R., L'ABBÉ, Y. (1986). *Programme d'entraînement aux habiletés sociales*. Brossard, Québec: Éditions Behaviora.
- PETERSON, D.R. (1979). Assessing interpersonal relationships by means of interaction records. *Behavioral Assessment*, 1, 221-236.
- PRETZER, J.L., FLEMING, B., EPSTEIN, N. (1983). Cognitive factors in marital interaction: The role of specific attributions. Document présenté au World Congress of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- ROSE, D.D. (19n). *Group therapy: a behavioral approach*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- SANSBURY, D.L. (1979). The role of the group in behavioral group therapy. In D. Upper et S.M. Ross (Eds), *Behavioral group therapy, 1979: an annual review*. Champaign, Illinois: Research Press.
- SELIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A., VON BAEYER, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-248.

- SHERMAN, J.G. (Ed.) (1974). *Personalized System of Instruction: 41 germinal papers*. Menlo Park, California: Benjamin.
- STRASSBERG, D.S., ANCHOR, K.N., CUNNINGHAM, J., ELKINS, D. (19n). Successful outcome and number of sessions: When do counselors think enough is enough? *Journal of Counseling Psychology, 24*, 4n-480.
- TOSELAND, R.W., SIPORIN, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. *International Journal of Group Psychotherapy, 36*, 171-201.
- TRYON, G.S. (1986). Client and counselor characteristics and engagement in counseling. *Journal of Counselling Psychology, 33*, 471-474.
- WILKINSON, J., CANTER, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. New York: Wiley.
- ZWICK, R., ATTKISSON, C.C. (1985). Effectiveness of a client pretherapy orientation videotape. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 514-524.

## Appendice A

### Description des interactions

A chaque soir, choisissez les interactions avec d'autres personnes qui ont été les plus importantes pour vous durant la journée.

Il n'est pas nécessaire que ces interactions soient très complexes. Elles peuvent être très simples et ne durer que quelques secondes (par exemple: saluer quelqu'un, remercier quelqu'un, etc.). Il peut arriver aussi qu'elles soient compliquées, qu'elles impliquent plusieurs personnes et qu'elles aient duré un certain temps.

De plus, il peut s'agir de situations où vous avez été satisfait(e) ou insatisfait(e) de vous-même.

Une fois que vous avez fait votre choix, **répondez aux questions suivantes pour chacune des interactions que vous avez choisies:**

Nom: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

- 1.- Dans quelles conditions cette interaction s'est-elle produite ? C'est-à-dire où et quand ? Et quels étaient vos sentiments au moment où l'interaction a commencé ?

---

---

---

---

---

---

- 2.- Comment l'interaction a-t-elle débuté ? Qui a dit ou fait quoi à qui ?

---

---

---

---

---

---

3.- Que s'est-il produit ensuite ? S.V.P. décrivez l'échange du début à la fin. Qui a dit ou fait quoi à qui ? Qu'avez-vous pensé ou ressenti ? Qu'est-ce que l'autre (ou les autres) personne(s) semblai(en)t penser ou ressentir ? Comment cela s'est-il terminé ?

---

---

---

---

---

4.- Indiquez en pourcentage jusqu'à quel point vous êtes satisfait(e) de votre façon d'agir dans cette interaction; 0% signifie que vous êtes extrêmement insatisfait(e) de votre comportement, 50% que vous n'êtes ni satisfait(e) ni insatisfait(e), 100% que vous êtes extrêmement satisfait(e) et les autres % indiquent des degrés de satisfaction ou d'insatisfaction intermédiaires.

**Je suis satisfait(e) à \_\_\_\_\_ % de ma façon d'agir dans cette interaction.**

5.- Si vous êtes insatisfait(e) de votre comportement dans cette interaction, écrivez comment vous aimeriez agir à l'avenir dans une situation semblable ?

---

---

---

---

---

**P.S. Si nécessaire, vous pouvez prendre une autre feuille pour compléter vos réponses.**

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE SOCIALE : UN GUIDE PRATIQUE

### II. CONTENU D'UN PROGRAMME DE TRAITEMENT

**Jean-Marie Boisvert**  
Hôpital Louis-H. Lafontaine

La deuxième partie de ce texte porte sur le type de comportements que l'on peut considérer comme socialement compétents et qui constituent le contenu d'un entraînement aux habiletés sociales. Étant donné les caractéristiques des clients qui reçoivent un tel entraînement, il est généralement souhaitable de considérer en priorité l'apprentissage de comportements interpersonnels positifs et la modification des cognitions. Par la suite, le thérapeute peut avoir à travailler sur la communication non verbale, la conversation, les demandes, les refus, les critiques et les compliments.

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

#### Introduction

Les psychothérapeutes ont besoin de la littérature expérimentale pour les guider dans leur pratique, s'ils veulent éviter que la psychothérapie soit « une technique non définie, appliquée à des problèmes non précisés, avec des résultats non prévisibles » (Raimy, 1950, p. 93). Les résultats des recherches devraient idéalement leur permettre de comprendre la nature des problèmes de leurs clients aux niveaux comportemental, cognitif, émotif et social, ensuite leur procurer des instruments valides pour identifier ces problèmes et enfin leur faire connaître des procédures de traitement efficaces pour modifier les comportements.

Or, le domaine de la compétence sociale est très complexe et la recherche s'y est développée d'une façon un peu anarchique. On a d'abord eu, durant les années '70, un grand nombre d'études expérimentales sur les procédures d'apprentissage. Les cliniciens ont pu, comme nous allons le voir dans la troisième partie de ce texte, en retirer un ensemble de connaissances très appréciables. Il y eut, presque en même temps, plusieurs recherches sur les instruments de mesure des habiletés sociales. La première partie de ce texte en a traité

(Boisvert, 1987).

Mais, ce n'est que tout récemment que les chercheurs ont commencé à explorer les composantes comportementales, cognitives, émotives et sociales des habiletés sociales. Et il est particulièrement important d'avoir des informations à ce niveau pour élaborer des programmes d'entraînement aux habiletés sociales qui soient bien adaptés aux clients.

#### L'Évaluation Sociale des Comportements Interpersonnels.

Les personnes qui présentent des inhabiletés et de l'anxiété sociales se perçoivent négativement, sont préoccupées par la perception que les autres ont d'eux-mêmes, s'attendent à être perçus négativement, ont peur d'être jugées négativement et reçoivent très mal les feedbacks négatifs (Argyle, 1984; Clark et Arkowitz, 1975; Curran, Wallander et Fischetti, 1980; Deffenbacher et Payne, 1978; Eisler, Frederiksen et Peterson, 1978; Heimberg, Dodge et Becker, 1987; McNamara et Delamater, 1984; Morrison et Bellack, 1981; O'Banion et Arkowitz, 1977; Smith et Sarason, 1975). À ce propos, les résultats de plusieurs recherches semblent de prime abord peu encourageants pour les thérapeutes qui veulent apprendre des comportements plus affirmatifs à ces personnes. Il semble, en effet, que le comportement affirmatif peut être facilement perçu comme agressif et indésirable et peut amener les autres à réagir défensivement (Connor, Serbin et Ender, 1978; Epstein, 1980; Ford et Hogan, 1978; Hull et Schroeder, 1979; Keane, St. Lawrence, Himadi et Kelly, 1983; Keane, Wedding et Kelly, 1983; Kelly, Kern, Kirkley, Patterson et Keane, 1980; Kelly, St. Lawrence, Bradlyn, Himadi, Graves et Keane, 1982; Kern, 1982; Kern, Cavell et Beck, 1985; Marriott et Foster, 1978; St. Lawrence, Hansen, Cutts, Tisdelle et Irish, 1985; Woolfolk et Dever, 1979).

Évidemment, les autres se mettront moins souvent en colère devant un comportement affirmatif que devant un comportement agressif (Hollandsworth et Cooley, 1978). Mais à première vue, ça semble quand même peu rassurant, surtout pour quelqu'un qui craint le jugement d'autrui...

Mais attention ! Dans ces recherches, on ne présente aux

évaluateurs qu'un seul type de comportement affirmatif, celui qui porte sur la défense des droits personnels. Et comme le font remarquer Lowe et Storm (1984), « Il n'est pas étonnant qu'un observateur qui voit quelqu'un défendre ses droits à plusieurs reprises considère que cette personne est probablement égoïste et désagréable en général ». Mais voilà ! On n'est pas obligé de passer sa vie à défendre ses droits. On n'est pas obligé, non plus, de n'utiliser que des procédés défensifs pour défendre ses droits. D'autres recherches ont montré que si l'on sait exprimer aux autres des sentiments positifs, ces derniers verront d'une façon très favorable que l'on défende aussi ses droits à l'occasion (Heisler, et McCormack, 1982; Hrop et Rakos, 1985; Kem, 1982; Kem et al., 1985; Levin et Gross, 1984; Lewis et Gallois, 1984; Lowe et Storm, 1984; Rakos et Hrop, 1983; Romano et Bellack, 1980; St. Lawrence et al., 1985; Woolfolk et Dever, 1979). De plus, il semble que les comportements d'auto-dépréciation ne sont pas perçus favorablement (Levin et Gross, 1987 ; Solomon, Brehony, Rothblum et Kelly, 1982).

Les résultats de ces recherches sur l'évaluation sociale de divers comportements interpersonnels ont une implication clinique très importante : il est nécessaire de planifier l'entraînement aux habiletés sociales, de telle sorte que les premières tentatives du client de manifester des comportements nouveaux constituent, à son point de vue, une réussite au niveau interpersonnel. Afin d'obtenir ainsi des renforçateurs dans son environnement naturel, le client devra d'abord émettre des comportements qui ont une grande probabilité d'être renforcés. Très souvent, les personnes inhabiles socialement reçoivent très peu de renforcements tout simplement parce qu'elles sont elles-mêmes très peu renforçantes pour les autres.

### **L'Apprentissage de Comportements Interpersonnels**

**Positifs.** Que l'on travaille en thérapie individuelle ou de groupe, il semble de plus en plus évident que les comportements interpersonnels positifs sont les premiers qu'il faut apprendre aux personnes socialement inhabiles (Delamater et McNamara, 1986). Depuis quelques années, j'ai pris l'habitude de consacrer systématiquement les deux premières semaines d'un entraînement aux habiletés sociales aux thèmes suivants : l'expression des sentiments positifs, l'écoute active, l'empathie et le respect de l'autre.

*L'expression des sentiments positifs.* Le premier exercice que je propose aux clients de faire en dehors des rencontres consiste à identifier une ou deux personnes envers lesquelles ils ressentent des sentiments positifs et de leur exprimer ces sentiments.

Certains clients ne voient pas l'importance de manifester leurs sentiments positifs ou pensent que les autres les perçoivent nécessairement, sans qu'ils aient à les exprimer. D'autres sont plutôt gênés ou mal à l'aise de montrer leurs sentiments positifs. Il est donc important de décrire le rationnel qui sous-tend l'apprentissage de tels comportements : Exprimer davantage ses sentiments positifs et manifester ouvertement son appréciation de l'autre rend la communication plus agréable, suscite le rapprochement et l'intimité, encourage l'autre à répéter le comportement qu'il vient d'émettre (renforcement positif) et peut l'inciter à exprimer à son tour des sentiments positifs.

L'expression de sentiments positifs peut se faire aux niveaux verbal et non verbal et le client a avantage à savoir combiner les deux. Au niveau non verbal, le fait de sourire, de donner une poignée de mains chaleureuse ou de mettre la main sur l'épaule permettent de montrer qu'on apprécie être en présence d'une personne.

Au niveau verbal, le client doit apprendre à exprimer clairement et directement ses sentiments. On considère généralement que les phrases qui expriment le plus directement les sentiments sont celles qui commencent par « je » ou « cela me » au lieu de commencer par « tu ». Par exemple, si quelqu'un dit : « J'aime ta façon d'agir dans tes relations avec les gens et avec moi. Cela me rend heureux de parler avec toi », les sentiments sont exprimés plus directement que s'il dit : « Tu es très aimable. » La façon directe et précise d'exprimer ses sentiments peut être résumée dans une formule très simple. Elle consiste à dire : « Je ressens tel sentiment quand tu fais telle action précise dans telle situation précise ».

*L'écoute active et l'empathie.* L'écoute active consiste à montrer à l'autre qu'on s'intéresse à ce qu'il dit, qu'on l'encourage à continuer de parler et qu'on veut le comprendre. Pour cela, il faut d'abord être attentif à l'autre, le regarder et éviter les distractions, ajouter des signes de tête ou des phrases brèves qui montrent son intérêt et qui encouragent l'autre à continuer (par exemple, dire « oui », « hum-hum », « d'accord », « c'est intéressant », « peux-tu m'expliquer ça davantage », etc.).

Écouter ne veut pas dire donner des conseils ou porter des jugements de valeur. Écouter quelqu'un, c'est une façon de lui manifester du support, de la compréhension ou de l'acceptation. C'est une condition sine qua non d'un comportement d'empathie.

L'écoute active implique aussi des comportements de vérification des sentiments et des pensées de l'autre. Celui qui écoute activement s'assure qu'il a bien compris le message de l'autre et qu'il ne fait pas que deviner ce qui se passe dans la tête de son interlocuteur. Certaines personnes donnent un sens au comportement de l'autre, à ses paroles ou à ses sentiments sans vérifier l'exactitude de leurs interprétations (ce que les auteurs américains appellent le « mind reading »). Des croyances irrationnelles viennent souvent valoriser ce genre de communication (ou d'absence de communication) : « Je suis tellement sensible que je sais ce que les autres ressentent sans qu'ils me le disent ». De plus, l'histoire antérieure ou les expériences passées influencent les attentes et amènent parfois le client à prêter à l'autre des sentiments qu'il n'a pas vraiment. Pour éviter d'interpréter les autres incorrectement et pour les encourager à s'exprimer plus clairement, il faut leur demander directement ce qu'ils pensent ou ressentent, en utilisant des phrases comme « J'ai l'impression que tu veux dire que... », « Si j'ai bien compris, tu penses que... », « Est-ce que tu ressens... », etc.

Ces comportements d'écoute seraient parmi les plus grands renforçateurs que les personnes peuvent se donner l'une à l'autre dans une relation intime ou amicale (Jacobson et Margolin, 1979).

*Le respect de l'autre.* Il est important aussi que les clients apprennent à manifester leur respect vis-à-vis des besoins, des sentiments et des points de vue des autres.

Certaines personnes distinguent parfois mal le respect des besoins, des sentiments et des points de vue des autres et l'engagement à satisfaire ces besoins ou à être d'accord avec ces sentiments et ces points de vue. Il y a lieu alors de les aider à faire cette distinction et de les encourager à exprimer ouvertement qu'ils reconnaissent les besoins, les sentiments et les points de vue de l'autre, en leur faisant remarquer que cela ne signifie pas qu'ils s'engagent à être d'accord avec l'autre.

Quand, dans une conversation, une personne essaie de prouver qu'elle a raison sans reconnaître le point de vue de l'autre, il y a bien peu de chances qu'elle comprenne l'autre (ou qu'elle se sente comprise). Il y a donc lieu d'indiquer à de tels clients qu'ils ont personnellement intérêt à comprendre que l'autre a une logique et des sentiments qui lui sont propres et à montrer qu'ils le respectent à ce niveau. Une façon de montrer à l'autre que l'on reconnaît et respecte ses besoins et ses opinions, c'est de dire, par exemple, « Si je comprends bien, tu aimerais (ou tu penses) que... », et de répéter l'essentiel du message de l'autre.

Ce point peut être particulièrement difficile pour un client lorsqu'il n'est pas d'accord avec une autre personne ou qu'il est blessé par ce que l'autre a dit. Il n'est pas porté alors à reconnaître que ce que l'autre dit ou demande a du sens pour lui, que s'il était à sa place, il agirait ou penserait sans doute de la même façon ou éprouverait les mêmes sentiments. Pourtant, une réponse empathique qui précède le comportement affirmatif fait en sorte que ce dernier comportement est perçu comme moins hostile, plus aimable, plus compétent et plus satisfaisant. En effet, l'affirmation de soi empathique est reçue de manière plus favorable que le seul comportement affirmatif et est associée à des attentes de conséquences plus positives, autant du point de l'observateur que de l'acteur (Kern, 1982 ; Woolfolk et Dever, 1979 ; Zollo, Heimberg et Becker, 1985).

Certains auteurs en thérapie de couple ont identifié ce comportement empathique sous le nom de « validation » (Gottman, Notarius, Gonzo et Markman, 1976 ; Gottman, 1979). Ils ont remarqué que les couples satisfaits se distinguent des couples insatisfaits par le fait qu'ils « valident » l'autre plus souvent (c'est-à-dire reconnaissent que son point de vue peut avoir du sens pour lui), avant de dire ce qu'ils pensent ou ressentent. D'autre part, les couples insatisfaits émettent immédiatement leurs pensées ou leurs sentiments après que l'autre a parlé. Ceci est sans doute aussi lié à la satisfaction dans plusieurs autres types de relations interpersonnelles.

Non seulement est-il important que les clients sachent manifester de la compréhension quand ils ne sont pas d'accord avec les autres, mais il est aussi fondamental qu'ils apprennent à exprimer leur accord avec les autres, s'il y a lieu. C'est un type de comportement qui facilite certainement la communication interpersonnelle et qui est probablement peu fréquent chez plusieurs personnes qui présentent des inhabiletés sociales. Et pourtant, à ma connaissance, aucune recherche n'a évalué cet aspect et peu de programmes d'habiletés sociales s'en préoccupent.

**La Modification des Cognitions.** Plusieurs recherches ont montré que les personnes non affirmatives ou anxieuses socialement sont différentes des personnes qui n'ont pas ce type de problèmes, au niveau de leurs croyances, de leurs attentes et de leurs autoverbalisations face aux comportements affirmatifs (Alden, 1984 ; Aiden et Cappe, 1981 ; Aiden et Safran, 1978 ; Deffenbacher et Payne, 1978 ; Eisler et al., 1978 ; Lohr, Nix, Dunbar et Mosesso, 1984 ; McNamara et Delamater, 1984 ; Schwartz et Gottman, 1976). Il y a donc lieu, très tôt dans une thérapie, de porter une attention particulière aux cognitions qui peuvent empêcher les clients de développer leur compétence sociale ou de diminuer leur anxiété sociale (Heimberg et al., 1987).

En groupe, j'introduis le thème des cognitions en faisant d'abord passer un questionnaire aux clients. Pour ce, le questionnaire que j'ai trouvé le plus intéressant est celui de Glass, Merluzzi, Biever et Larsen (1982). Il a été construit empiriquement selon les principes suggérés par Golfried et D'Zurilla (1969). Cependant, il porte sur des situations hétérosociales. J'ai donc dû l'adapter pour qu'il fasse référence à toute situation interpersonnelle. Comme mon but n'est pas d'obtenir une mesure exacte, mais plutôt de m'en servir comme outil thérapeutique, cette modification a peu d'importance. J'ai nommé cette adaptation « Questionnaire sur les Autoverbalisations dans les Interactions Sociales » (Boisvert, 1986).

Les réponses à ce questionnaire sont compilées par micro-ordinateur<sup>1</sup>. Puis, un programme d'informatique permet de faire ressortir, pour chacun des participants, la liste des autoverbalisations positives utilisées, la liste des autoverbalisations négatives utilisées et, pour chacune de ces dernières, une suggestion d'une alternative plus rationnelle. Ensuite, ces résultats sont remis aux clients, qui sont invités à en discuter en sous-groupes. Cette discussion a pour but principal de sensibiliser les clients au rôle des cognitions dans l'anxiété sociale, de sorte qu'il est ensuite plus facile d'aborder ce thème avec eux.

Les animateurs des sous-groupes (qui, dans mon cas, sont généralement des stagiaires en psychologie) doivent tenir compte des principes énoncés par Safran, Vallis, Segal et Shaw (1986). Selon ces auteurs, certaines cognitions sont plus fondamentales que d'autres et, si l'on réussit à les identifier, l'intervention sera alors plus fructueuse. Ces cognitions plus fondamentales seraient idiosyncratiques et reliées à la perception de soi. Pour y avoir accès, il serait important de ne pas s'empresser de confronter les cognitions qui apparaissent en premier et de prendre le temps qu'il faut pour analyser en détail la perception de soi reliée à l'événement qui suscite ces cognitions.

**L'Apprentissage d'autres Types de Comportements Interpersonnels.** L'apprentissage des comportements interpersonnels positifs et l'introduction au rôle des cognitions sont, je crois, les deux premiers thèmes à traiter dans un programme d'entraînement aux habiletés sociales. Par la suite, on peut introduire d'autres éléments selon les difficultés présentées par les clients.

<sup>1</sup> L'auteur tient à profiter de l'occasion pour remercier Roch Morin, psychotechnicien au Service de psychologie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qui s'acquitte, entre autres, de la compilation des données par micro-ordinateur et parfois même de la correction des erreurs de programmation, tout cela avec un grand soin et une grande fiabilité.

*La communication non verbale.* Plusieurs recherches ont montré l'importance des composantes non verbales dans la communication humaine (Boisvert et Beaudry, 1979 ; Harper, Wiens et Matarazzo, 1978). Le contact des yeux, les différentes caractéristiques de la voix (hauteur, volume, vitesse du débit), l'expression faciale et gestuelle (posture, gestes, distance interpersonnelle) peuvent appuyer, contredire ou remplacer les messages verbaux.

La façon de modifier le comportement non verbal dans l'entraînement aux habiletés sociales a évolué au cours des années. L'importance de faire des exercices pour modifier directement les comportements non verbaux a semblé s'estomper peu à peu, tant dans les recherches que dans les programmes thérapeutiques. Ceci est probablement dû au fait que ces comportements se modifient souvent suite à l'acquisition d'habiletés au niveau verbal ou à la diminution de l'anxiété (Stravynski, Grey et Elie, 1987).

Pour ma part, je fais rarement des exercices portant uniquement sur la modification des comportements non verbaux (par exemple, une désensibilisation portant sur le contact des yeux). J'intègre l'apprentissage des comportements non verbaux aux exercices qui portent sur le comportement verbal. Par exemple, au moment d'un jeu de rôle sur la façon de faire une critique, je peux souligner au client l'importance de regarder la personne, de parler d'une voix assez forte, etc. À d'autres moments, quand le comportement non verbal ne semble pas congruent avec le comportement verbal (par exemple, une cliente sourit en disant à un ami qu'elle n'aime pas quelque chose), je donne un feedback à la personne sur l'effet que peuvent avoir ces différents messages et je lui demande d'essayer d'avoir un comportement non verbal plus en accord avec son intention (par exemple, ne pas sourire en exprimant un désaccord).

*La conversation.* Bon nombre de clients éprouvent des difficultés importantes à commencer et/ou à maintenir une conversation, surtout avec des personnes qui ne leur sont pas tout à fait familières.

*Les caractéristiques de l'interlocuteur.* Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes inhabiles socialement ont souvent une perception inexacte de la réalité sociale, se sentent faussement rejetées et sont de mauvais décodeurs. Il y a donc lieu d'essayer d'améliorer leur perception sociale (Argyle, 1984 ; Morrison et Bellack, 1981). Par exemple, on peut leur apprendre à reconnaître les indices caractéristiques d'une personne qui veut ou ne veut pas engager une conversation.

En général, une personne qui ne veut pas parler présente une ou plusieurs des particularités suivantes : elle sourit très peu, a un regard plutôt hostile ou évite de regarder son interlocuteur, a une voix dure, est tendue, répond très brièvement et « sèchement » aux questions et ne pose pas elle-même de questions.

Par contre, une personne qui a le goût de parler sourit, a un regard, une voix et des gestes chaleureux et accueillants, répond aux questions en donnant de l'information sur elle-même et pose elle aussi des questions.

Connaissant ces indices, le client peut observer le comportement des personnes avec qui il veut converser et juger si celles-ci sont disponibles pour parler. Il évitera ainsi d'attribuer à son manque d'habiletés le fait qu'il n'arrive pas à engager la conversation avec une personne qui ne veut pas converser.

*Oser dire quelque chose.* Quand on commence une conversation, il ne faut pas craindre d'utiliser les clichés du genre : « Il fait beau aujourd'hui », « Il y a beaucoup de monde en ville, ce soir », etc.

Les clients craignent parfois d'avoir l'air stupide s'ils disent de telles simplicités. Ils attendent donc d'avoir des choses très importantes à dire avant d'adresser la parole à quelqu'un. Mais plus ils attendent, plus ils sont anxieux et moins ils se sentent capables d'engager une conversation.

Il faut aussi encourager les clients à se servir des éléments d'une situation qui sont communs aux deux personnes (par exemple, « J'aime bien ce magasin, mais il n'y a pas beaucoup de vendeurs pour nous aider », « Puis-je vous aider à porter vos paquets ? ») ou à utiliser l'information qu'ils possèdent sur l'autre (par exemple, « Je remarque que vous avez un livre sur la musique ; est-ce un sujet qui vous intéresse ? »).

*Maintenir une conversation.* Pour aider un client à maintenir une conversation, on peut lui suggérer les moyens suivants : poser des questions ouvertes, écouter l'autre d'une façon active, donner de l'information sur soi et utiliser l'information sur l'autre.

*Poser des questions ouvertes.* Les questions ouvertes sont des questions qui amènent des réponses autres que « oui » ou « non » et qui permettent donc d'obtenir plus d'informations sur l'autre. Ces questions ouvertes commencent habituellement par « qu'est-ce que », « pourquoi », « comment » etc., alors que les questions fermées commencent par « est-ce que », « as-tu », etc.

*Écouter l'autre activement.* Le récepteur doit porter attention au contenu et au sentiment du message de l'émetteur. Il s'agit donc d'aider le client à être attentif au message de son interlocuteur et à lui donner un feedback, comme nous l'avons vu précédemment.

*Donner de l'information sur soi.* Évidemment, pour maintenir une conversation, il ne suffit pas d'écouter. Il est important d'aider le client à parler de ce qu'il pense, de ce qu'il ressent ou de ce qu'il fait dans la vie. Il doit faire cela sans trop s'éloigner du sujet de conversation, c'est-à-dire en apportant son point de vue personnel ou une expérience personnelle en relation avec le sujet discuté.

Les clients se demandent parfois jusqu'à quel point ils peuvent parler de choses personnelles aux autres personnes. Très souvent, ils n'osent pas se révéler. Une recherche a montré que les gens qui se sentent seuls peuvent passer autant de temps avec d'autres personnes que les gens qui ne se sentent pas seuls, mais ils se révèlent moins (Williams et Solano, 1983). Je suggère donc à mes clients d'adopter, comme principe général, de suivre le rythme de leur interlocuteur. Plus celui-ci s'implique personnellement, plus le client a intérêt à le faire aussi. On peut aussi suggérer aux personnes qui se sentent seules d'entrer davantage en contact avec des femmes, étant

donné que les femmes se révèlent plus que les hommes et qu'il semble plus facile de parler de choses personnelles avec des femmes qu'avec des hommes (Wheeler, Reis et Nezlek, 1983).

*Utiliser l'information sur l'autre.* Au cours d'une conversation, l'autre personne donne des informations sur elle-même, sur ce qu'elle pense, sur ce qu'elle fait dans la vie etc. Il est important d'être attentif à ces informations et de s'en servir pour relancer la conversation.

Cette information peut aussi être non verbale, et le client peut alors vérifier s'il a bien compris le sens de l'expression non verbale ou donner un **un** feed-back sur cette information.

*Les demandes.* Pour aider les clients à faire des demandes, il peut être utile de leur indiquer une démarche à suivre : d'abord identifier la demande, puis prévoir les risques et les bénéfices possibles et enfin émettre la demande.

*Identifier la demande.* Il est souvent plus facile de se plaindre et de critiquer que de dire exactement ce que l'on veut, mais c'est en même temps beaucoup plus néfaste pour les relations interpersonnelles. Il est donc important de réfléchir pour identifier soi-même le comportement que l'on attend de l'autre et pour ne pas l'obliger à le deviner. Il s'agit alors de transformer les plaintes négatives (par exemple, « Je me sens dévalorisée et peu importante pour toi, parce que tu ne t'informes jamais de mon travail ») en demandes positives (par exemple, « J'aimerais que tu me demandes plus souvent ce que je fais à mon travail et que tu m'écoutes quand j'en parle »).

De plus, il peut être important d'aider le client à reconnaître son droit de faire une demande (ce qui n'enlève pas aux autres le droit de refuser).

*Prévoir les risques et les bénéfices.* Faire une demande (ou ne pas la faire) comporte certains risques et certains bénéfices qu'il est bon d'évaluer à l'avance, en se posant les questions suivantes :

- Qu'est-ce que je peux perdre en ne faisant pas cette demande ?
- Qu'est-ce que je peux perdre en faisant cette demande ?
- Qu'est-ce que je peux gagner en ne faisant pas cette demande ?
- Qu'est-ce que je peux gagner en faisant cette demande ?

On peut donc apprendre aux clients à se poser ces questions lorsqu'ils hésitent à faire une demande, pour éviter qu'ils se laissent guider par des peurs irrationnelles.

*Être un bon émetteur.* Celui qui fait une demande est un émetteur et il doit respecter les règles d'une bonne communication. Son message doit être clair et bref, c'est-à-dire sans détails inutiles (du genre flatteries, attaques et justifications interminables) et sans changer de sujet. Par ailleurs, il est généralement important d'employer une formule polie et respectueuse, du genre « voudrais-tu » ou « pourrais-tu », étant donné que ceci favorise une perception plus favorable de la part de l'autre. De plus, dans certains cas, il

peut être bon de faire précéder la demande d'un message indiquant que nous nous préoccupons de la façon dont l'autre recevra notre demande. Par exemple, on peut dire : « Tu vas peut-être me trouver bizarre, mais j'aimerais que... » (Gervasio, 1987, Woolfolk et Dever, 1979).

Si l'autre personne ne semble pas avoir bien compris notre demande, on peut le vérifier, en disant par exemple : « Je ne suis pas sûr de m'être exprimé assez clairement. Comment avez-vous compris ce que je viens de dire ? ». Évidemment, certaines façons de demander ainsi un feedback peuvent donner à l'autre l'impression qu'on met en doute ses capacités intellectuelles ; il y a donc lieu d'être prudent dans l'utilisation de ce type de verbalisations (Gervasio, 1987).

Dans certaines situations, il peut être utile que le message soit « redondant », c'est-à-dire qu'il soit répété. Une technique qui peut être utile pour faire des demandes consiste justement en une répétition du message. C'est la technique du « disque rayé ». Il s'agit de répéter la demande d'une manière persistante et calme, sans se laisser entraîner dans des sujets secondaires ou dans des conflits inutiles. Certains auteurs présentent de fortes réticences à recommander cette technique (Gervasio, 1987 ; Lange et Jakubowski, 1976). Ce qui me semble certain, c'est qu'elle doit être employée prudemment, c'est-à-dire ne pas servir de moyen de manipuler les autres ou de ne pas les écouter quand ils expriment leurs droits légitimes ou leurs points de vue personnels.

D'ailleurs, on peut aussi utiliser l'affirmation de soi progressive, c'est-à-dire être de plus en plus ferme dans sa demande. Par exemple, à un voisin qui nous permet d'entendre gratuitement ses tout derniers disques, on peut commencer par dire : « Pourriez-vous baisser le volume de votre système de son, s'il vous plaît ? ». Puis, s'il ne répond pas positivement à notre demande, on peut s'expliquer davantage et aller finalement jusqu'à dire : « Si vous ne baissez pas votre système de son, je devrai appeler la police. »

Si notre interlocuteur répond d'une façon vague, on peut lui demander de préciser sa réponse ou même lui offrir notre propre interprétation de son point de vue. Par exemple, on peut lui dire : « Veux-tu dire que tu aimerais mieux ne pas sortir ce soir ? ». Évidemment, comme toutes les autres verbalisations, celle-ci exige que l'on ait une perception exacte des réactions de l'autre et que l'on prévoit que celui-ci ne considérera pas ce message comme une allusion à sa difficulté de s'exprimer et comme une insulte.

*Les refus.* Pour apprendre à faire des refus, le client doit tenir compte des points suivants : Premièrement, avant de faire un refus, il est important de bien comprendre la demande. Ceci peut paraître simpliste, mais il arrive que les demandes ne sont pas exprimées clairement et la personne inhabile socialement se croit obligée de répondre à ce qu'elle pense que l'autre attend d'elle. La vérification du contenu de la demande peut donc être utile.

Ensuite, il faut savoir résister aux pressions que peut faire l'autre pour obtenir une décision rapide. Le client doit savoir dire par exemple : « J'ai besoin d'y réfléchir avant de refuser ou d'accepter. » Il est important qu'il prenne le temps nécessaire pour juger de la légitimité d'une demande. En effet, Chiauzzi

et Heimberg (1983, 1986) ont montré que les personnes non affirmatives évaluent trop facilement les demandes comme étant raisonnables.

Puis, lorsqu'on exprime un refus, il est très important d'être empathique, surtout si on s'adresse à quelqu'un de proche (Cooley et Hollandsworth, 1977 ; Gervasio, 1987 ; Winship et Kelley, 1976). Contrairement à ce que certains auteurs ont affirmé (Booraem et Flowers, 1978), il peut être bon aussi de donner les raisons de son refus. Il semble, en effet, qu'un refus constitue une réponse particulièrement blessante, notamment pour un ami (Lewis et Gallois, 1984).

Si, suite au refus, l'autre insiste, le client peut employer la procédure de l'affirmation de soi progressive. Cette technique consiste à être d'abord poli et compréhensif tout en exprimant son refus, et à devenir de plus en plus ferme si l'autre continue à insister. Celui qui veut faire un refus peut donc commencer par manifester de l'empathie en rapport avec le contenu de la demande : « Je comprends que tu désires telle chose mais... ». Ensuite, il peut manifester de l'empathie en rapport avec le processus, tout en exprimant ses sentiments face à l'insistance de l'autre : « Je comprends que tu tiens beaucoup à ta demande, mais je trouve que tu ne respectes pas ma décision ». Puis, si l'autre continue à insister, il peut faire une demande de changement de comportement : « J'aimerais vraiment que tu cesses d'insister ».

Enfin, on peut offrir une alternative à celui qui fait une demande. Par exemple, au lieu de refuser directement, on peut dire à l'autre : « J'aimerais bien faire une sortie avec toi, mais je n'ai pas le goût d'aller au théâtre. Si on allait plutôt au cinéma... Il y a un film dont j'ai entendu parler et que j'aimerais beaucoup aller voir. »

*Faire des critiques.* Faire et recevoir des critiques sont d'autres comportements problématiques pour les personnes qui présentent des inhabiletés sociales. Celles-ci donnent souvent une connotation « morale » négative à la critique. Elles n'osent pas exprimer leur désaccord et sont même mal à l'aise de se sentir en désaccord avec quelqu'un. Pourtant, la critique peut être constructive et favoriser le maintien des relations interpersonnelles. Malheureusement, c'est souvent le contraire qui se produit. Les critiques peuvent être la source de conflits interpersonnels importants, soit parce que les personnes en cause n'arrivent pas à exprimer leurs désaccords d'une façon adéquate, soit parce qu'elles ont de la difficulté à accepter et à répondre aux critiques des autres.

*Prendre conscience de ses sentiments négatifs.* La première étape dans l'apprentissage de la façon de faire des critiques consiste à prendre conscience de ses sentiments négatifs. Il faut parfois faire remarquer au client que le fait de ressentir un sentiment négatif, ce n'est pas la même chose que le fait d'agir selon ce sentiment. Il est tout à fait légitime, par exemple, de ressentir de la colère et il est important de reconnaître ce sentiment comme tel. Mais, cela ne veut évidemment pas dire que l'on va nécessairement passer aux actes.

*Les auto-verbalisations et la perception de l'autre.* La peur de l'expression des sentiments négatifs est très souvent

accompagnée d'auto-verbalisation ou de peurs concernant les conséquences que pourraient avoir l'expression de tels sentiments. Si ces cognitions empêchent la personne de s'exprimer, il y a lieu de les analyser et de les modifier.

De plus, les clients doivent acquérir une perception réaliste des bénéfices et des risques associés au fait de faire (ou de ne pas faire) une critique, selon la personne à laquelle ils la font et selon la situation dans laquelle ils se trouvent. Ils peuvent apprendre à analyser ces différentes données, un peu comme je le suggérais pour les demandes. Cependant, les critiques créent souvent une situation plus délicate que les demandes. Il est donc particulièrement important de savoir écouter, regarder, intégrer les composantes verbales et non verbales du comportement de l'autre et en comprendre la signification. La capacité de percevoir adéquatement la réalité interpersonnelle aidera la personne à décider comment s'exprimer (Delamater et McNamara, 1986 ; Morrison et Bellack, 1981).

Par ailleurs, il n'est pas toujours possible de prévoir exactement les avantages et désavantages d'un comportement donné dans une situation donnée. Il faut s'attendre à faire parfois des erreurs de jugement et à ne pas s'exprimer d'une façon idéale. Encore ici, il peut être important de modifier les cognitions de certains clients qui ne peuvent pas tolérer de faire des erreurs ou d'être imparfaits.

*Les comportements qui favorisent l'acceptation d'une critique.* Il peut être très utile d'indiquer aux clients que certains comportements favorisent l'acceptation d'une critique.

*Des faits précis.* Celui qui fait une critique doit décrire le comportement indésirable le plus objectivement possible. Ses remarques doivent porter sur des faits précis.

*Pas d'accusations.* Il faut éviter autant que possible d'être accusateur, de juger l'autre ou de le blâmer, en faisant des commentaires du genre « Tu dois être stupide pour penser que ce que tu viens de dire ne me fait pas de peine ». Il est certes préférable de faire précéder la critique d'un commentaire positif, si possible, par exemple, on peut dire : « Je trouve que la plupart du temps tu apportes une contribution très positive à nos discussions, mais cette fois, je n'ai pas aimé que lu me critiques d'une façon sarcastique. À l'avenir, j'aimerais que tu respectes plus mon point de vue. » (Gervasio, 1987).

*Les sentiments.* Il est important d'utiliser le « je » et de parler des sentiments provoqués par cette situation ou ce comportement.

*Être bref.* Généralement, il y a lieu d'exprimer sa critique d'une façon claire et relativement brève. Quand l'autre a compris, il est à déconseiller d'insister lourdement.

*Être constructif.* La personne doit indiquer clairement quel est le comportement qu'elle aimerait que l'autre adopte à l'avenir.

Évidemment, l'expression des critiques exige parfois que les personnes en cause utilisent la technique de résolution de problèmes pour en arriver à une entente acceptable pour les deux. Nous verrons, dans la troisième partie de ce texte, en quoi consiste cette procédure.

*Répondre aux critiques.* Quand un client a de la difficulté à

répondre aux critiques d'une façon adéquate, il suffit souvent de lui apprendre les habiletés verbales nécessaires sans chercher à modifier directement ses auto-verbalisations, parce que ces habiletés présupposent des cognitions adéquates ou peuvent les provoquer.

Mais, dans certains cas, il peut être nécessaire d'aider la personne à modifier ses pensées négatives. Celles-ci tournent souvent autour de l'idée qu'il est catastrophique que les autres voient des limites en nous ou s'aperçoivent de nos défauts ou de nos erreurs.

Les clients se demandent aussi souvent comment leurs réponses aux critiques seront perçues par les autres. À ce sujet, il est important de noter qu'une recherche a montré que les réponses affirmatives aux critiques sont généralement perçues d'une façon plus favorable que les réponses passives ou agressives (Frisch et Froberg, 1987).

**Procédure générale.** Lorsque je travaille sur la façon de recevoir des critiques, je commence généralement par apprendre aux clients une procédure générale pour répondre aux critiques. Et je leur explique à peu près dans les termes suivants :

*L'écoute.* Quand quelqu'un nous critique, il faut d'abord bien écouter la critique. Ensuite, on vérifie le contenu de la critique et on fait préciser ce que l'autre veut dire au lieu d'essayer de le deviner. Il est important de montrer à l'autre que l'on veut comprendre son point de vue et ses sentiments.

*Les cognitions.* Il faut porter une attention particulière aux autoverbalisations qui pourraient nous porter à nous sentir inutilement coupable, humilié, incompetent. On peut se dire qu'il est normal de faire des erreurs et d'être critiqué de temps à autre.

*La réponse.* Il est très important de répondre à ce que l'autre dit et non à ce que nous pensons qu'il veut dire, sans quoi on risque de dramatiser inutilement la situation.

*Un problème à la fois.* Il y a lieu d'éviter de critiquer l'autre à son tour et de contre-attaquer. Si nous avons des critiques à faire à l'autre, on fait d'abord le point à propos de la critique de l'autre, avant de faire nos propres critiques.

*Le type de critique.* Il faut ensuite juger si nous considérons que la critique est vraie, fausse ou vague.

*Procédures spécifiques* Après avoir déterminé le type de critique reçu, on peut utiliser une procédure plus spécifique.

*Critiques vagues.* Une critique vague, c'est une critique générale qui peut plus ou moins être faite à n'importe qui et qui ne se rapporte pas à un événement précis (par exemple, « tu es paresseux »).

Devant une critique vague, il est particulièrement important de demander à l'autre de préciser sa critique, de l'aider à le faire et de vérifier si nous comprenons bien le contenu et le sentiment dans le message de l'autre. C'est ce que l'on appelle la procédure d'« enquête négative » (forme 1).

Cette procédure peut nous aider à comprendre l'intention de l'autre quand il nous critique de façon vague et imprécise. Ensuite, nous pouvons juger si sa critique est vraie ou fausse d'après nous et employer les procédures pour répondre aux critiques vraies ou aux critiques fausses.

Si, après que nous avons employé la procédure d'enquête négative, l'autre persiste dans ses critiques vagues et n'arrive pas à préciser son message, on peut alors exprimer directement nos sentiments en rapport avec ce qui se passe et demander un changement de comportement.

Mais il se peut aussi que l'on ait affaire à un critiqueur chronique. La technique de l'« écran de brouillard » est souvent une façon efficace de répondre aux critiqueurs chroniques. Cette technique consiste à se montrer d'accord avec la critique vague, tout en indiquant qu'il ne s'agit que d'une possibilité ; donc, à répondre aussi souvent que nécessaire et de manière vague, en n'offrant pas de résistance (comme le brouillard), de sorte que l'autre se fatigue de critiquer. Par exemple, à quelqu'un qui nous accuse d'être paresseux, on peut répondre : « Oui, il est possible qu'il m'arrive d'être paresseux. »

Évidemment, il faut être prudent dans l'emploi de cette technique. Elle ne doit être employée que rarement et dans des cas extrêmes, car elle peut devenir manipulatrice et nous empêcher de reconnaître des critiques valables (Gervasio, 1987 ; Booraem et Flowers, 1978).

*Critiques vraies.* Devant une critique que nous jugeons vraie, la première chose à faire consiste à admettre notre erreur d'une façon claire (et à nous en excuser) sans pour autant nous déprécier ou nous humilier. C'est ce que l'on appelle « l'affirmation de soi négative ». Cette technique consiste à indiquer notre point de vue sur l'erreur (ou l'habitude) qui nous est reprochée. Par exemple, on peut dire à l'autre qu'il s'agit soit d'une erreur que l'on fait rarement et que l'on va réparer si possible, soit d'une habitude que l'on désire changer, soit d'une habitude que l'on ne désire pas changer ou même d'une habitude que l'on ne sait pas encore si on veut la changer ou non. Si, après cela, l'autre continue à insister avec la même critique, on peut exprimer directement nos sentiments en rapport avec le fait qu'il insiste et demander qu'il change son comportement. Ou encore, on peut employer la technique de l'enquête négative (forme 2), en demandant à l'autre s'il a autre chose à nous reprocher. De cette façon, ou bien l'autre nous fera une critique plus importante qu'il avait de la difficulté à nous faire, ou encore, s'il s'agit d'un critiqueur chronique, il finira par cesser ses critiques.

*Critiques fausses.* Devant une critique fausse, la première réaction adéquate consiste sans doute à nier directement la critique en employant si nécessaire la procédure du disque rayé. Si l'autre insiste, on peut alors lui donner les informations que nous avons sur la situation ou lui expliquer clairement notre point de vue. S'il continue d'insister, on peut exprimer directement nos sentiments à propos du fait qu'il insiste et qu'il ne nous croit pas. On peut aussi demander un changement de comportement, c'est-à-dire qu'il cesse ses critiques.

Si l'autre continue toujours à faire la critique qu'on juge fausse, on peut employer l'enquête négative (forme 2) qui consiste à demander calmement à l'autre si l'on a fait autre chose qui lui déplaît. Ceci permet soit de faire cesser les critiques abusives ou d'arriver à une critique vraie.

Le tableau 1 présente un résumé des réponses possibles aux différents types de critiques.

**Tableau 1**

*Réponses aux critiques*

Première réaction	Réactions subséquentes s'il y a insistance
Enquête négative (forme 1)	Réponses aux critiques vagues 1) Expression directe des sentiments 2) Demande de changement de comportement 3) Écran de brouillard
Affirmation de soi négative	Réponses aux critiques vraies 1) Expression directe des sentiments 2) Demande de changement de comportement 3) Enquête négative (forme 2)
Négation Disque rayé	Réponses aux critiques fausses 1) Donner des informations (ou son point de vue) 2) Expression directe des sentiments 3) Demande de changement de comportement 4) Enquête négative (forme 2)

*Les réactions face à la colère.* Les personnes inhabiles socialement ont souvent de la difficulté à affronter une situation où quelqu'un leur fait une critique tout en étant en colère. Il y a d'abord lieu de leur faire remarquer qu'il est généralement difficile de communiquer et de s'entendre avec quelqu'un qui est très en colère. Que faire alors ?

Il est important d'éviter d'insulter l'autre, même si celui-ci est très blessant pour nous, car cela ne ferait qu'envenimer la situation. Il vaut mieux garder son calme et offrir à l'autre de discuter de ce qui le préoccupe, mais en autant qu'il se calme. Par exemple, on peut lui dire : « J'aimerais parler avec toi de ce qui te dérange, mais je voudrais le faire calmement. Sans ça, ce sera très difficile d'arriver à se comprendre. Alors, j'aimerais que nous parlions ensemble calmement de tout cela. »

Si c'est nécessaire, il faut répéter notre message (disque rayé). Enfin, si notre interlocuteur ne se calme pas, il est souvent préférable de remettre la conversation à plus tard et même de quitter les lieux, surtout si la personne devient menaçante physiquement. On peut même en prendre directement la responsabilité en disant : « Je comprends que tu es fâché, mais je ne me sens pas capable de poursuivre cette discussion. Je préfère que nous en reparlions demain ».

*Recevoir des compliments.* On retrouve, face aux compliments, les mêmes types de réponses inadéquates que face aux critiques : gêne, anxiété et négation. Cependant, ces réactions sont généralement de moindre intensité que les réactions face aux critiques. C'est sans doute pourquoi on y porte moins attention au niveau clinique. Mais, il y a quand même certains clients qui peuvent profiter d'un apprentissage de la façon de recevoir les compliments. Les techniques que je suggère pour répondre aux

compliments ressemblent à celles que j'ai proposées précédemment pour répondre aux critiques.

*Les compliments justes.* Devant un compliment que nous jugeons avoir mérité, il suffit de remercier l'autre en souriant, comme on remercie quelqu'un de nous avoir donné un cadeau. On peut aussi ajouter la technique de l'affirmation de soi positive. Cette procédure consiste à indiquer à l'autre que nous jugeons nous-même avoir telle qualité ou avoir fait tel comportement intéressant et que nous sommes heureux qu'il l'ait remarqué.

*Les compliments faux.* La première chose à faire devant un compliment que nous jugeons faux (qu'il s'agisse d'une erreur ou d'une flatterie), c'est de nier tout simplement. Si l'autre insiste quand même, on peut s'expliquer davantage et lui donner plus d'informations sur notre point de vue. Enfin on peut employer la technique de l'enquête positive. Cette procédure consiste à demander à l'autre d'expliquer le pourquoi des compliments que l'on juge faux. Par exemple, on peut dire : « J'aimerais savoir sur quoi tu te bases pour me faire ce compliment. »

*Les compliments vagues.* On peut aussi se servir de l'enquête positive pour faire préciser les compliments que l'on juge trop vagues ou trop généraux. Par exemple, quelqu'un vous félicite pour votre intelligence. Vous pouvez alors lui répondre : « Je te remercie. Mais, je serais très curieux de savoir ce que j'ai fait qui t'amène à me dire cela. »

**Conclusion**

Dans la deuxième partie de ce texte, j'ai expliqué ma conception du contenu d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales. Les caractéristiques des personnes inhabiles

socialement portent à croire qu'il est préférable de commencer un tel entraînement en mettant l'accent sur les comportements interpersonnels positifs et sur les cognitions qui font obstacle au développement de la compétence sociale. Par la suite, le thérapeute peut travailler sur des composantes qui sont problématiques pour ses clients, comme la communication non verbale, la conversation, les demandes, les refus, les critiques et les compliments. Dans la prochaine et dernière partie de ce texte, je traiterai des procédures de traitement qu'on peut employer dans l'entraînement aux habiletés sociales.

## Références

- Alden, L. (1984). An attributional analysis of assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 607-618.
- Alden, L. et Cappe, R. (1981). Nonassertiveness: Skill deficit or selective self-evaluation? *Behavior Therapy*, 12, 107-114.
- Alden, L. et Safran, J. (1978). Irrational beliefs and non-assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 357-364.
- Argyle, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of the British Psychological Society*, 37, 405-410.
- Boisvert, J. M. (1986). *Questionnaire sur les auto-verbalisations dans les interactions sociales* (Adaptation du « Social Interaction Self-Statement Test » de Glass et al., 1982). Document inédit, Hôpital Louis- H. Lafontaine, Montréal.
- Boisvert, J. M. (1987). Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique. I. Évaluation et phase préparatoire. *Revue de Modification du Comportement*, 17, 6-22.
- Boisvert, J. M. et Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Booraem, C. D., Flowers, J. V. (1978). A procedural model for the training of assertive behavior. In J. Whiteley et J. V. Flowers (Eds), *Approaches to assertion training* (pp. 15-46). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Chiauszi, E. et Heimberg, R. G. (1983). The effects of subject's level of assertiveness, sex, and legitimacy of request on assertion-relevant cognitions: An analysis by postperformance videotape reconstruction. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 555-564.
- Chiauszi, E., Heimberg, R. G. (1986). Legitimacy of request and social problem solving: A study of assertive and nonassertive subjects. *Behavior Modification*, 10, 3-18.
- Clark, J. V. et Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and the self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.
- Connor, J. M., Serbin, L. A. et Ender, R. A. (1978). Responses of boys and girls to aggressive, assertive and passive behaviors of male and female characters. *Journal of Genetic Psychology*, 133, 59-69.
- Cooley, M. L. et Hollandsworth, J. G. (1977). A strategy for teaching verbal content of assertive responses. In R. E. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations. Application, issues* (pp. 75-81). San Luis Obispo, CA: Impact.
- Curran, J. P., Wallander, J. L. et Fischetti, M. (1980). The importance of behavioral and cognitive factors in heterosexual-social anxiety. *Journal of Personality*, 48, 375-382.
- Deffenbacher, J. L. et Payne, D. M. J. (1978). Relationship of apprehension about communication to fear of negative evaluation and assertiveness. *Psychological Reports*, 42, 370.
- Delamater, R. J. et McNamara, J. R. (1986). The social impact of assertiveness: Research finding and clinical implications. *Behavior Modification*, 10, 139-158.
- Eisler, R. M., Frederiksen, L. W. et Peterson, G. L. (1978). The relationship of cognitive variable to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
- Epstein, N. (1980). Social consequences of assertion, aggression, passive aggression, and submission: Situational and dispositional determinants. *Behavior Therapy*, 11, 662-669.
- Ford, J. D. et Hogan, D. R. (1978, décembre). *Assertiveness and social competence in the eye of the beholder*. Document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Frisch, M. B., Froberg, W. (1987). Social validation of assertion strategies for handling aggressive criticism: Evidence for consistency across situations. *Behavior Therapy*, 18, 181-191.
- Gervasio, A. H. (1987). Assertiveness techniques as speech acts. *Clinical Psychology Review*, 7, 105-119.
- Glass, C. R., Merluzzi, T.V., Biever, J. L. et Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Golfried, M. R. et D'Zurilla, T. J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical psychology* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Gottman, J. M., Notarius, C., Gonso, J. et Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Harper, R. G., Wiens, A. N. et Matarazzo, J. D. (1978). *Nonverbal communication: The state of the art*. New York: Wiley.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S. et Becker, R. E. (1987). Social phobia. In L. Michelson et M. L. Ascher (Eds), *Anxiety and stress disorders* (pp. 280-309). New York: Guilford.
- Heisler, G. H. et McCormack, J. (1982). Situational and personality influences on the reception of provocative responses. *Behavior Therapy*, 13, 743-750.
- Hollandsworth, J. G. Jr. et Cooley, M. L. (1978). Provoking anger and gaining compliance with assertive versus aggressive responses. *Behavior Therapy*, 9, 640-646.
- Hrop, S., Rakos, R. F. (1985). The influence of race in the social evaluation of assertion in conflict situations. *Behavior Therapy*, 16, 478-493.
- Hull, D. B. et Schroeder, H. E. (1979). Some interpersonal effects of assertion, nonassertion, and aggression. *Behavior*

- Therapy, 10, 20-28.*
- Jacobson, N. S. et Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Keane, T. M., St. Lawrence, J. S., Himadi, W. G. et Kelly, J. A. (1983). Blacks' perceptions of assertive behavior. *Behavior Modification, 7, 97-111.*
- Keane, T. M., Wedding, D. et Kelly, J. A. (1983). Assessing subjective responses to assertive behavior: Data from patient samples. *Behavior Modification, 7, 317-330.*
- Kelly, J. A., Kern, J. M., Kirkley, B. G., Patterson, J. N. et Keane, T. M. (1980). Reactions to assertive versus unassertive behavior: Differential effects for males and females and implications for assertiveness training. *Behavior Therapy, 11, 670-682.*
- Kelly, J. A., St. Lawrence, J. S., Bradlyn, A. S., Himadi, W. G., Graves, K. A. et Keane, T. M. (1982). Interpersonal reactions to assertive and unassertive styles when handling conflict situations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 33-40.*
- Kern, J. M. (1982). Predicting the impact of assertive, empathic-assertive, and nonassertive behavior: The assertiveness of the assertee. *Behavior Therapy, 13, 486-498.*
- Kern, J. M., Cavell, T. A. et Beck, B. (1985). Prediction differential reactions to male's versus female's assertions, empathic-assertions, and nonassertions. *Behavior Therapy, 16, 63-75.*
- Lange, A. et Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive-behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press.
- Levin, R. B. et Gross, A. M. (1984). Reactions to assertive versus nonassertive behavior: Females in commendatory and refusal situations. *Behavior Modification, 8, 581-592.*
- Levin, R. B., Gross, A. M. (1987). Assertiveness style: Effects on perceptions of assertive behavior. *Behavior Modification, 11, 229-240.*
- Lewis, P. N. et Gallois, C. (1984). Disagreements, refusals, or negative feelings: Perception of negatively assertive messages from friends and strangers. *Behavior Therapy, 15, 353-368.*
- Lohr, J. M., Nix, D. et Mosesso, L. (1984). The relationship of assertive behavior in women and a validated measure of irrational beliefs. *Cognitive Therapy and Research, 8, 287-297.*
- Lowe, M. R., Storm, M. (1984, novembre). Being assertive or being liked: A genuine dilemma? Document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphie.
- Marriott, S. et Foster, S. L. (1978, décembre). *Functional effects of assertive communication styles: outcome and parameters*. Document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- McNamara, J. R. et Delamater, R. J. (1984). The assertion and sensitivity of rejection. *Psychological Reports, 55, 719-724.*
- Morrison, R. L. et Bellack, A. S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behavior Therapy, 12, 69-79.*
- O'Banion, K. et Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective attention for affective information about the self. *Social Behavior and Personality, 5, 321-328.*
- Raimy, V. C. (Ed.) (1950). *Training in clinical psychology (Boulder Conference)*. New York: Prentice-Hall.
- Rakos, R. F. et Hrop, S. (1983). The influence of positive content and mode of presentation on the social evaluation of assertive behavior in conflict situations. *Behavior Counseling and Community Interventions, 3, 152-164*
- Romano, J. M. et Bellack, A. S. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 478-490.*
- Safran, J. D., Vatlis, T. M., Segal, Z. V. et Shaw, B.F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10, 509-526.*
- Schwartz, R., Gottman, J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 910-920.*
- Smith, R. E. et Sarason, I. G. (1975). Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 429.*
- Solomon, L. J., Brehony, K. A., Rothblum, E. D. et Kelly, J. A. (1982). Corporate manager's reaction to assertive social skills exhibited by males and females. *Journal of Organizational Behavior Management, 4, 49-63.*
- St. Lawrence, J. S., Hansen, D. J., Cutts, T. F. Tisdelle, D. A. et Irish, J. D. (1985). Situational context: Effects on perceptions of assertive and unassertive behavior. *Behavior Therapy, 16, 51-62.*
- Stravynski, A., Grey, S. et Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 224-228.*
- Wheeler, L., Reis, A. et Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and social roles. *Journal of Personality and Social Psychology, 45, 943-953.*
- Williams, J. G. et Solano, C. H. (1983). The social reality of feeling lonely. *Personality and Social Behavior Bulletin, 9, 237-242.*
- Winship, B. J. et Kelley, J. D. (1976). A verbal response model of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology, 23, 215-220.*
- Woolfolk, R. L. et Dever, S. (1979). Perception of assertion: An empirical analysis. *Behavior Therapy, 10, 404-411.*
- Zollo, L. J., Heimbert, R. G. et Becker, R. E. (1985). Evaluations and consequences of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 295-301.*

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE SOCIALE : UN GUIDE PRATIQUE

### III. PROCÉDURES DE TRAITEMENT

Jean-Marie Boisvert<sup>1</sup>

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Université du Québec à Montréal

La troisième partie de ce texte se base sur une synthèse des recherches pour décrire les principales procédures de traitement permettant aux clients d'acquérir des comportements socialement plus adéquats, de les pratiquer, de les façonner, de les maintenir et de les généraliser. Enfin, l'auteur propose quelques procédures qui peuvent être utiles lorsqu'une personne ne semble pas pouvoir profiter d'un traitement qui, théoriquement, devrait l'aider.

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

#### Introduction

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales emploient généralement plusieurs procédures d'apprentissage, à différents moments de la thérapie (Beaudry et Boisvert, 1982). Pour fins d'analyse, on peut les regrouper de la manière suivante :

1. Procédures d'acquisition de la réponse
  - A. Consignes (« instructions » et « coaching »)
  - B. Modelage ou apprentissage par imitation (« modeling »)
  - C. Modelage en imagination (« covert modeling »)
2. Procédures de répétition de la réponse
  - A. Jeu de rôle comportemental (« behavior rehearsal »)
  - B. Jeu de rôle en imagination (« covert rehearsal »)
3. Procédures de façonnement de la réponse
  - A. Rétroaction (« feed-back »)
  - B. Renforcement

4. Procédures de maintien et de généralisation de la réponse
  - A. Procédures cognitives
  - B. Résolution de problèmes
  - C. Exercices quotidiens (« homeworks »)
5. Procédures d'intervention face à la résistance
  - A. Autocritique du thérapeute
  - B. Analyse fonctionnelle des cognitions et des émotions
  - C. Réinterprétation
  - D. Anti-sabotage
  - E. Injonction paradoxale

Ce regroupement conserve toutefois un caractère théorique et un peu arbitraire. Par exemple, des procédures d'acquisition de la réponse, comme le modelage en imagination, peuvent se révéler très efficaces pour maintenir le comportement, lorsqu'elles sont employées en tenant compte des résultats des recherches sur leur efficacité. Par contre, des procédures de maintien de la réponse, comme les procédures cognitives, ne semblent pas supérieures à d'autres pour maintenir le comportement. Il s'agit donc d'un regroupement temporaire et utilitaire.

**Les Procédures d'Acquisition de la Réponse.** Il apparaît d'abord important de transmettre au client de l'information sur les types de comportements interpersonnels souhaitables. Les deux procédures fréquemment employées pour permettre cette acquisition de la réponse sont les consignes et le modelage.

*Les consignes.* Par l'intermédiaire des consignes, le client reçoit de l'information verbale à propos des nouveaux comportements à acquérir. On lui explique généralement les principes de base à partir desquels il pourra créer sa propre

<sup>1</sup> Cet article est le fruit d'une étroite collaboration de plus de dix ans avec Madeleine Beaudry, travailleuse sociale. Les circonstances n'ont pas permis que ce texte soit écrit en collaboration. Cependant, les points qui y sont traités originent très souvent d'ateliers de formation préparés ensemble. L'auteur tient donc à remercier chaleureusement Madeleine Beaudry pour sa précieuse collaboration. Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à l'auteur, Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5.

réponse dans différentes situations interpersonnelles. Pour transmettre ces consignes, on peut se servir de différents médias : magnétophone, vidéo, ou texte écrit. Pour ma part, je distribue aux clients un texte que j'ai décrit dans la première partie de cet article (Boisvert, 1987).

Les consignes constituent un moyen important de transmission de l'information, mais elles doivent être combinées à d'autres procédures d'apprentissage, surtout lorsqu'il s'agit d'apprendre des comportements interpersonnels complexes ou difficiles à décrire verbalement (Hersen, Eisler, Miller, Johnson et Pinkslon, 1973 ; McFallet Lillesand, 1971 ; Nesbitt, 1981).

*Le modelage ou apprentissage par imitation.* Le modelage est une méthode permettant de donner de l'information au client en lui présentant un modèle qui émet un comportement à imiter (modelage positif) ou à éviter (modelage négatif) (Twentyman et Zimmering, 1979). Ce modèle peut être présenté sur ruban magnétique, sur ruban vidéoscopique ou sur film. De plus, les participants d'un groupe ou le thérapeute peuvent servir de modèles. Pour que le modelage soit efficace, certains facteurs sont très importants.

*Caractéristiques du modèle.* Les caractéristiques du modèle présenté doivent se rapprocher de celles de l'observateur. Par exemple, le modèle ne doit pas être trop compétent par rapport à l'observateur (Bandura, Ross et Ross, 1963 ; Friedrich et Stein, 1975). Par ailleurs, le type de comportement à imiter détermine parfois des critères de sélection du modèle ; ainsi, dans une étude sur la modification du comportement de jeunes hommes timides, les modèles sont nécessairement des hommes (Twentyman et McFall, 1975).

*Temps d'exposition.* Le temps d'exposition ne doit pas être trop court (McFall et Twentyman, 1973).

*Conséquences du comportement.* Les conséquences du comportement doivent être positives pour le modèle, car les conséquences négatives (comme la punition) réduisent la probabilité de l'imitation (Bandura, 1965).

*Populations cibles.* Les caractéristiques des populations auxquelles on s'adresse constituent aussi un facteur important. Le modelage semble profiter particulièrement aux enfants (Conger et Keanee, 1981) et aux clients psychiatriques ayant un diagnostic de schizophrénie (Eisler, Blanchard, Fitts et Willians, 1978). Avec d'autres populations (par exemple, les étudiants et les clients non psychotiques), il y a avantage à utiliser surtout d'autres procédures comme le jeu de rôle, les consignes ou le feed-back, car le modelage n'ajoute rien ou presque à ces procédures en termes d'efficacité et est peu efficace lorsqu'employé seul (Galassi, Galassi et Vedder, 1981 ; Goddard, 1981 ; Nesbitt, 1981 ; Uhlemann, Lea et Stone, 1976 ; Voss, Arrick et Rimm, 1978 ; Winship et Kelley, 1976).

*Le modelage en imagination (« covert modeling »).* Le modelage en imagination consiste à décrire et à faire imaginer au client une situation où une personne ayant à peu près les mêmes caractéristiques que lui se conduit d'une façon socialement compétente. Par exemple, on demande à un client

d'imaginer qu'un ami fait un refus à une personne à qui il a lui-même de la difficulté à exprimer un refus. Évidemment, une telle procédure est difficilement applicable en groupe et est généralement utilisée en thérapie individuelle.

Des recherches ont montré que le modelage en imagination est aussi efficace que le modelage externe et que le jeu de rôle comportemental. Cependant, le jeu de rôle comportemental semble ajouter à l'efficacité du modelage en imagination et être perçu comme plus acceptable en tant que méthode thérapeutique par les sujets (Hersen, Kazdin, Bellack et Turner, 1979 ; Kazdin, 1980, 1982 ; Rosenthal et Reese, 1976).

Pour augmenter les effets de cette technique à court et à long terme, on peut présenter plusieurs modèles plutôt qu'un seul, demander au client d'élaborer par lui-même les scènes imaginées et enfin de résumer verbalement la situation et les réponses affirmatives qu'il a imaginées (Kazdin, 1976, 1979, 1980).

Pour ma part, lorsque j'utilise une procédure en imagination, je demande au client de décrire ce qu'il imagine pendant qu'il l'imagine. Ceci permet d'une part de s'assurer que la personne emploie correctement la procédure. D'autre part, je crois que les clients qui ont de la difficulté à imaginer une scène y arrivent plus facilement s'ils la décrivent tout en ayant les yeux fermés.

Voici un exemple de consignes utilisées pour faire du modelage en imagination :

« Vous dites que, quand vous parlez avec votre patron, vous avez de la difficulté à le regarder dans les yeux. Mais, y a-t-il un de vos collègues qui n'a pas cette difficulté à votre connaissance ? »

Une fois que le client a identifié cette personne, le thérapeute poursuit :

« Maintenant, fermez vos yeux et détendez-vous le plus possible... Puis, pensez à votre collègue qui n'a pas la même difficulté que vous à regarder votre patron dans les yeux. Imaginez que vous observez cette personne en train de parler avec votre patron. Elle est détendue, parle en le regardant dans les yeux (sans le fixer constamment) .... Imaginez bien son expression faciale... Observez bien comment elle agit... »

« Maintenant, imaginez à nouveau la même scène et décrivez-moi à voix haute ce que vous imaginez... »

« Imaginez maintenant que vous faites exactement ce que faisait votre collègue tout à l'heure. Vous êtes calme et détendu(e), vous parlez en regardant votre interlocuteur dans les yeux. Décrivez-moi à voix haute ce que vous faites... »

« Au cours de la prochaine semaine, j'aimerais que vous fassiez la même chose, mais cette fois dans la réalité, en reproduisant le comportement de votre collègue ».

**Les Procédures de Répétition de la Réponse.** L'apprentissage par répétition de la réponse fait partie intégrante de presque tous les programmes d'entraînement aux habiletés sociales. Le but de cette répétition est d'aider le client

à se sentir à l'aise face à des comportements nouvellement acquis et à les reproduire facilement dans des situations sociales appropriées. Les procédures de répétition de la réponse, tout comme les procédures d'acquisition de la réponse, s'emploient rarement seules. Elles sont généralement accompagnées de consignes, modelage, renforcement et rétroaction.

La répétition de la réponse peut se faire sous forme de jeu de rôle comportemental (« behavior rehearsal ») ou en imagination (« covert rehearsal »).

*Le jeu de rôle comportemental.* Le jeu de rôle comportemental consiste à reproduire, s'il était en situation réelle et comme s'il se comportait de façon compétente dans cette situation.

Plusieurs recherches ont vérifié les effets du jeu de rôle comportemental sur les comportements interpersonnels et présentent des résultats positifs (Kazdin, 1980,

1982 ; Lazarus, 1966 ; McFall et Marston, 1970 ; McFall et Twentyman, 1973 ; Nes-bitt, 1981 ; Twentyman, Gibraltar et Inz, 1979).

Twentyman et ses collaborateurs (1979) ont comparé différentes formes de jeux de rôle (le jeu de rôle ordinaire, le jeu de rôle renversé et le jeu de rôle exagéré) à l'absence de traitement et à un traitement complet (jeu de rôle, modelage et consignes). Dans le jeu de rôle renversé, on demande au client de jouer le rôle de personnes significatives au lieu de jouer son propre rôle. Le jeu de rôle exagéré consiste à faire jouer le rôle d'une façon exagérément affirmative, mais non agressive. Les résultats de cette recherche indiquent que le jeu de rôle renversé employé seul ne donne pas de résultats positifs, alors que le jeu de rôle exagéré et le traitement complet produisent les progrès les plus importants au niveau de plusieurs mesures. Le jeu de rôle exagéré peut donc constituer une procédure intéressante à utiliser.

**Le jeu de rôle en imagination.** Dans le jeu de rôle en imagination, le client s'exerce en imagination à produire un comportement social adéquat dans une situation donnée, suite aux consignes du thérapeute. Les recherches comparant le jeu de rôle comportemental et le jeu de rôle imaginé ne trouvent aucune différence significative entre les deux procédures (McFall et Lillesand, 1971 ; McFall et Twentyman, 1973).

Le jeu de rôle en imagination présente l'avantage de pouvoir être employé par le client où et quand bon lui semble. Cependant, il ne lui permet pas de recevoir un feed-back très clair sur la façon dont il a fait l'exercice. C'est pourquoi il semble plus avantageux d'utiliser le jeu de rôle comportemental dans les premières phases du traitement.

**Les Procédures de Façonnement de la Réponse.** Le façonnement de la réponse consiste à raffiner les comportements nouvellement acquis au moyen de la rétroaction ou feed-back et du renforcement. Cette phase de la thérapie est nécessaire parce qu'il est rare que le client atteigne le degré de comportement désiré par les seules consignes ou par les seules procédures de modelage ou de jeux de rôle sans façonnement.

*La rétroaction (feed-back).* Le feed-back consiste à donner au client des informations claires, spécifiques et descriptives de

son comportement. C'est une information qui décrit la situation plutôt que de l'interpréter, et renseigne le client sur l'effet de son comportement sur la personne avec qui il interagit. Le feed-back négatif informe le client que changement de comportement est nécessaire tandis qu'un feed-back positif lui dit que son comportement est adéquat.

Ces informations peuvent provenir de différentes sources : le client lui-même, les autres participants à une thérapie de groupe, le thérapeute ou des moyens audiovisuels.

*Rétroaction par le client lui-même.* On peut demander au client de décrire lui-même son comportement en termes observables, en éliminant les jugements globaux et négatifs. C'est une procédure intéressante que d'amener le client à observer son propre comportement car, surtout au début de la thérapie, ses perceptions sont souvent vagues, générales et négatives.

*Rétroaction par les autres membres du groupe.* Après avoir demandé au client de donner son propre feed-back, le thérapeute peut demander aux membres du groupe de donner leur feed-back au client. Ceci constitue un apprentissage important au niveau de la communication. Il ne s'agit pas de favoriser la critique ou l'appréciation vague et générale, mais d'aider les participants à décrire objectivement ce qu'ils ont perçu et à en parler en termes de comportements observables.

*Rétroaction par le thérapeute.* Enfin, le thérapeute peut aussi donner son feed-back. Il doit s'efforcer de fournir de l'information utile au client et non seulement une appréciation positive ou négative de sa performance en général. Plus cette information est claire et précise par rapport à la tâche accomplie (ou à accomplir), plus elle sera utile au client pour modifier son comportement. Il ne faut pas oublier non plus que le thérapeute sert de modèle dans sa façon de donner le feed-back.

*Rétroaction par des moyens audiovisuels.* On peut aussi se servir de moyens audio-visuels pour donner un feed-back aux clients. Il faut cependant noter que les recherches sur cette forme de rétroaction donnent des résultats contradictoires (Beaudry et Boisvert, 1982 ; Galassi et al., 1981). A mon avis, certains auteurs s'emballent beaucoup trop rapidement concernant l'efficacité du feed-back audiovisuel (voir, par exemple, Argyle, 1981).

Plusieurs clients ont tendance à s'évaluer eux-mêmes très négativement lorsqu'ils se voient sur vidéo. Les thérapeutes doivent donc être très prudents dans l'utilisation de cette forme de feed-back et veiller à diminuer l'impact que peut avoir une telle auto-évaluation négative. Ils doivent éviter de donner du feed-back à l'aide de moyens audiovisuels lorsque les comportements ainsi enregistrés peuvent être évalués négativement par le client.

La rétroaction audiovisuelle peut donc être utile si elle est combinée à d'autres procédures, si la séquence choisie pour le visionnement porte sur des comportements réussis ou pouvant être jugés favorablement par le client et si le visionnement est accompagné de commentaires structurés de la part du thérapeute. Pour être efficace, l'utilisation de moyens audiovisuels semble donc exiger du thérapeute un excellent

jugement clinique et une capacité de faire une analyse comportementale rapidement.

**Le renforcement.** Le renforcement est utilisé la plupart du temps sous forme d'approbations ou de félicitations au moment où le client montre une amélioration de son comportement, soit après un jeu de rôle, soit quand il rapporte au thérapeute ou au groupe des situations récentes où il a manifesté un changement de comportement intéressant.

Même si aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est penchée sur l'efficacité de cette seule procédure dans le traitement des habiletés sociales, son utilisation est largement fondée sur les nombreuses recherches montrant l'efficacité du renforcement positif pour accroître la fréquence des comportements humains (Redd, Porter-field et Anderson, 1979).

Dans l'entraînement aux habiletés sociales, le renforcement peut être donné soit par le thérapeute, soit par les membres du groupe s'il y a lieu, soit par le client lui-même (Beaudry et Boisvert, 1980 ; Boisvert et Beaudry, 1980 ; Rehm et Marston, 1968).

Il y a lieu d'encourager particulièrement l'auto-renforcement chez les clients dont les difficultés interpersonnelles s'accompagnent de sentiments dépressifs. Les personnes déprimées émettent de nombreux comportements verbaux d'autodépréciation et de culpabilité. Reconnaître le côté positif de ses comportements aide à combattre la dépression.

Enfin, comme les recherches qui emploient des techniques de renforcement entre les rencontres obtiennent des résultats intéressants au niveau du maintien du comportement (Azrin, Flores et Kaplan, 1975; Rehm et Marston, 1968; Schinke et Rose, 1976; Shoemaker et Paulson, 1976), il semble très bon d'encourager les clients à trouver différents renforçateurs dans leur environnement naturel et, pour ceux qui participent à des groupes, à se renforcer entre eux par différents moyens (appels téléphoniques, sorties en commun, etc.).

**Les Procédures de Maintien et de Généralisation de la Réponse.** Comment peut-on s'assurer que les habiletés sociales acquises dans une situation ou un contexte précis se maintiendront dans le répertoire comportemental d'une personne et même qu'elles se généraliseront à d'autres aspects de sa vie ? Il ne faut pas considérer a priori que le maintien et la généralisation des comportements nouvellement appris vont se faire automatiquement. Il y a toujours lieu de prévoir des procédures à cette fin.

**Les procédures cognitives.** Certains auteurs ont fait l'hypothèse que les procédures cognitives pouvaient favoriser le maintien et la généralisation des habiletés sociales (Eisler, Frederiksen et Peterson, 1978 ; Hersen, Eisler et Miller, 1974 ; McFall et Lillesand, 1971).

Il serait trop long de décrire ici les différentes techniques cognitives (voir Morley, Shepherd et Spence, 1983). Notons simplement que leurs principaux buts consistent à identifier les processus cognitifs mésadaptés de l'individu, à modifier directement les croyances fausses ou irrationnelles et les attentes négatives par rapport aux conséquences probables des

comportements à apprendre et à faire acquérir de nouvelles habiletés cognitives.

Plusieurs études expérimentales ont comparé l'efficacité des méthodes cognitives et des procédures plus strictement comportementales dans l'entraînement aux habiletés sociales. Quelques recherches constatent une supériorité des procédures cognitives sur les procédures comportementales dans le traitement des habiletés sociales (Derry et Stone, 1979 ; Glass, Gottman et Shmurak, 1976). D'autres trouvent qu'une combinaison d'interventions cognitives et comportementales donne de meilleurs résultats que l'utilisation isolée de l'un ou l'autre type de techniques (Jacobs et Cochran, 1982 ; Kaplan, 1979). Cependant, la majorité des recherches portant sur ce point n'obtiennent pas de telles différences significatives. De plus, ces recherches montrent généralement que les méthodes cognitives n'augmentent pas les possibilités de maintien ou de généralisation des comportements appris, par rapport aux méthodes strictement comportementales. Enfin, les interventions comportementales semblent pouvoir modifier les cognitions tout autant que les interventions cognitives (Aiden, Safran et Weideman, 1978 ; Bommert et Kessler, 1981 ; Bourque et Schofield, 1981 ; Carmody, 1978 ; Craighead, 1979 ; Fremouw et Zitter, 1978 ; Hammen, Jacobs, Mayol et Cochran, 1980 ; Linehan, Golfried et Golfried, 1979 ; Stravynski et Greenberg, 1987 ; Stravynski, Marks et Yole, 1982 ; Wolfe et Fodor, 1977).

Il n'est donc pas évident que les procédures cognitives ajoutent à l'efficacité d'un traitement plus strictement comportemental, même si elles peuvent être tout aussi efficaces. Certains auteurs (Aiden et al., 1978 ; Hourque et Schofield, 1981 ; Hammen et al., 1980) considèrent que les deux types d'interventions donnent des résultats identiques parce qu'ils accroissent tous les deux les sentiments d'efficacité personnelle (Bandura, Adams et Beyer, 1977).

Par ailleurs, il serait intéressant que la recherche arrive à préciser si les méthodes cognitives sont plus appropriées avec certains clients qu'avec d'autres, si elles doivent être employées à certains moments de la thérapie plutôt qu'à d'autres et enfin, si elles doivent être employées pour des problèmes spécifiques. Par exemple, des recherches ont montré que les techniques cognitives sont peu efficaces avec des personnes présentant un faible niveau de développement sociocognitif ou conceptuel (Joyce-Moniz, 1979 ; Stoppard et Henri, 1987).

Le développement de procédures cognitives constitue un apport intéressant au niveau de la pratique, même si celles-ci n'ont pas répondu à tous les espoirs qu'on avait entretenus. En attendant que les recherches précisent pour quels types de problèmes et avec **qui** les méthodes cognitives sont les plus efficaces, il faudra se fier au jugement clinique des thérapeutes. Pour ma part, il m'apparaît que les techniques comportementales sont toujours l'instrument de choix, mais qu'il y a souvent avantage à les enrichir d'interventions cognitives auprès des personnes qui, cliniquement, semblent y répondre favorablement.

**La résolution de problèmes.** Les personnes inhabiles socialement rencontrent souvent un grand nombre de

problèmes interpersonnels qu'elles semblent incapables de résoudre. D'après D'Zurilla et Golfried (1971), la procédure de résolution de problèmes devrait amener le client à devenir son propre thérapeute et, par conséquent, à maintenir et généraliser davantage les comportements acquis. Quelques recherches semblent confirmer cette hypothèse, mais elles sont encore peu nombreuses et portent rarement sur les habiletés sociales (Sarason, 1981 ; Shore, 1981 ; Spivack, Platt et Shore, 1976). On ne connaît pas non plus l'efficacité différentielle de chacune des composantes de cette méthode.

Lorsque la technique de résolution de problèmes est utilisée par deux personnes dans le but de résoudre leurs conflits, elle requiert des habiletés de base au niveau de la communication (savoir exprimer ses sentiments, écouter activement, reconnaître le point de vue de l'autre, etc.). Par conséquent, cette procédure n'est généralement pas employée au début de la thérapie, mais seulement après que les clients ont acquis une certaine maîtrise des habiletés de communication.

Il y a cinq étapes dans la procédure de résolution de problèmes : 1) l'orientation générale, 2) la définition du problème, 3) l'exploration des différentes solutions possibles, 4) la prise de décision et 5) la vérification des résultats.

*L'orientation générale.* L'attitude générale d'une personne devant un problème peut être un facteur déterminant dans la résolution de celui-ci. Ainsi, être capable de reconnaître qu'il y a un problème, qu'il est normal d'en avoir, que chaque personne a le droit d'exprimer ses désaccords en autant qu'elle respecte l'autre et qu'il est possible de trouver des solutions, tout cela constitue un prérequis nécessaire à la résolution du problème.

De plus, certaines règles doivent être respectées pour que le processus de résolution de problèmes interpersonnels puisse plus facilement amener les résultats souhaités :

- 1) Ne parler que d'un seul problème à la fois. Éviter de changer de sujet ou de répondre à une plainte par une autre plainte.
- 2) Écouter l'autre en essayant de comprendre le contenu de son message et les sentiments qu'il exprime.
- 3) Pas d'inférence. Parler de ce qui est observable seulement. Éviter de prêter à l'autre des sentiments ou des intentions qu'il n'a pas clairement exprimés.
- 4) Pas de menaces, d'insultes ou de provocations afin de garder un climat propice à la discussion.
- 5) Accepter sa part de responsabilité dans le problème. Cela ne veut pas dire d'accepter nécessairement de changer son comportement, mais plutôt d'admettre sa part de responsabilité sans culpabilité.

*La définition du problème.* Il est important de définir le problème de façon précise, en termes de comportements observables, car il est difficile de trouver une solution satisfaisante à un problème défini de manière vague et générale. On peut suggérer au client d'employer, pour le faire, une formule du type : « Quand tu fais tel comportement dans

telle situation, je ressens tel sentiment et j'aimerais que cela se passe autrement ».

Parler des sentiments qu'un comportement provoque permet à la personne d'ex-pliquer son point de vue sans être accusatrice. De plus, être bref dans la définition du problème oriente la discussion vers la recherche de solutions, aide à passer plus de temps à résoudre le problème qu'à chercher ses causes ou ses origines. Enfin, une formule comme « j'aimerais que cela se passe autrement » permet à la personne de passer des plaintes aux demandes de changements positifs.

*L'exploration des différentes solutions possibles.* Une fois que le problème est défini de façon satisfaisante, il faut se demander ce qu'il est possible de faire pour améliorer la situation et éviter que le problème se répète. A cette étape, il faut imaginer le plus de solutions possibles, sans juger pour le moment si ces solutions sont bonnes ou mauvaises.

Cette étape est importante et peut être particulièrement difficile pour le client inhabile socialement. La crainte de la réaction de l'autre, la difficulté d'imaginer qu'il peut avoir un comportement différent de celui qu'il a normalement, la peur de faire des demandes sont autant de facteurs qui peuvent nuire à l'exploration des solutions.

*La prise de décision.* Il s'agit ici d'évaluer les différentes solutions apportées et de choisir laquelle ou lesquelles apparaissent les meilleures. Il faut examiner chaque solution et juger si elle est réaliste et si elle peut vraiment résoudre le problème et prévoir quelles en seront les conséquences à court et à long terme, pour soi et pour les autres.

Le thérapeute peut aider le client à faire ce choix à partir de certains critères comme : 1) la facilité d'exécution, 2) la conformité aux valeurs personnelles et 3) le rapport coût-bénéfice (efforts à fournir par rapport aux résultats).

On peut faire la liste des avantages et désavantages de chacune des solutions apportées et classer celles-ci sur une échelle en cinq points : 1) « très bonne », 2) « bonne », 3) « ni bonne ni mauvaise », 4) « mauvaise » et 5) « très mauvaise ».

Enfin, le fait d'écrire la solution choisie peut aider le client à s'en souvenir et l'inciter à la mettre en pratique.

*La vérification des résultats.* Le client doit prévoir un moment où il pourra évaluer les avantages et les désavantages réels de la solution choisie. Il peut alors répondre aux questions suivantes : Le résultat obtenu est-il vraiment satisfaisant ? Existe-t-il des solutions qui me demanderaient moins d'efforts pour les mêmes résultats (rapport coût/bénéfice) ?

Enfin, il est important que le client ne considère pas comme un échec le fait de ne pas avoir trouvé « la » bonne solution dès le premier essai.

*Les exercices quotidiens.* Dans le but d'assurer la généralisation et le maintien des effets de l'entraînement aux habiletés sociales, les programmes comprennent généralement des exercices portant sur des comportements spécifiques que les clients doivent pratiquer entre les rencontres. Certains thérapeutes leur demandent de faire des jeux de rôles ou de s'auto-observer. Mais, la plupart leur suggèrent de s'exercer à faire des comportements de plus en plus complexes dans leur

réalité quotidienne. Généralement, les exercices faits pendant la semaine sont rapportés au groupe, où on en discute. Le thérapeute et le client peuvent évaluer les résultats de l'exercice, souligner les succès, analyser les échecs et préciser les améliorations nécessaires.

Il n'y a pas, à notre connaissance, de recherche qui a isolé ce facteur pour en démontrer l'efficacité. Son utilisation est plutôt basée sur une déduction logique : s'il est bon que le client fasse des jeux de rôle ou apprenne à modifier son comportement pendant les séances de thérapie, il est certainement bon qu'il puisse s'exercer en dehors des rencontres, puisque le but même du traitement est que le client présente un comportement adéquat dans son environnement naturel.

Certains points semblent importants dans la façon de proposer des exercices quotidiens aux clients (Eisler et Frederiksen, 1980) :

- 1) Les exercices doivent être en relation directe avec le but du traitement.
- 2) Ils doivent être gradués de façon à ce que le client puisse les réussir relativement facilement. Le comportement peut être pratiqué d'abord en entrevue, afin de s'assurer que le client comprend bien ce qu'il doit faire et est convaincu de pouvoir le réussir.
- 3) Le client doit faire des auto-observations en rapport avec ses exercices quotidiens. Il peut ainsi rapporter, au cours de la séance de thérapie, ses résultats ou ses échecs et recevoir du renforcement et du feedback.

### Les Procédures d'intervention face à la Résistance

*Le point de vue des comportementalistes.* Les behavioristes ont rejeté le concept de résistance pendant longtemps (Birchler, 1981 ; Spinks et Birchler, 1982). Plusieurs d'entre eux considèrent encore aujourd'hui que ce concept a été inventé pour expliquer et excuser l'inefficacité de certaines thérapies. C'est un peu méchant, mais peut-être n'ont-ils pas tout à fait tort ? Lorsqu'une thérapie ne réussit pas, c'est toujours très tentant pour un thérapeute d'en attribuer la responsabilité au client et de parler de résistance.

*La récupération du concept de résistance.* Quoiqu'il en soit, au cours des dernières années, quelques comportementalistes (notamment en thérapie de couple) ont commencé à s'intéresser au concept de résistance, pour désigner le fait que certains clients ne répondent pas à une procédure de traitement qui semble pourtant bien adapté aux problèmes qu'ils présentent, et ce, à plusieurs reprises.

En voici quelques exemples :

- 1) Semaine après semaine, un client ne complète pas les exercices quotidiens qu'il a pourtant accepté de faire.
- 2) Dans certaines situations précises (et toujours le même type de situations), un client semble incapable d'utiliser ses habiletés sociales après avoir pourtant très bien intégré ces nouveaux comportements.
- 3) Après avoir fait des progrès importants, un client cesse de progresser ou même retrouve les problèmes qu'il présentait au début de la thérapie.

Cependant, les behavioristes éviteront de parler de résistance lorsqu'un client semble incapable d'apprendre certaines habiletés, lorsqu'il a reçu des consignes inadéquates ou insuffisantes, lorsqu'il rejette globalement l'approche qui lui est proposée ou lorsqu'il n'aime pas le thérapeute.

*Les raisons de la résistance.* Pour expliquer leurs résistances, les clients peuvent faire appel à des événements extérieurs (visite inattendue, trop de travail ou trop d'activités, etc.) ou à des traits de caractère (« je suis trop spontané pour décider d'avance des exercices », « je ne suis pas capable de changer », « ces exercices sont trop mécaniques pour moi », etc.).

Mais, lorsqu'on va au-delà de ces premières verbalisations, on trouve souvent d'autres raisons qui peuvent expliquer l'apparition de résistances, comme les suivantes :

- 1) Le thérapeute propose un exercice ou un « homework » qui vient en opposition à une règle ou à un principe qui est important pour le client, qu'il ne se sent pas capable de transgresser, mais qu'il n'a pas explicité. Par exemple, dans un groupe, une cliente avait beaucoup de difficultés à faire des demandes. Elle venait tout juste d'aménager dans un nouvel appartement et, comme elle vivait seule et n'avait pas beaucoup d'argent, elle aurait bien aimé que son frère s'offre pour aller peindre son nouvel appartement. Nous lui avons alors suggéré d'en faire la demande à son frère plutôt que d'attendre qu'il devine ses besoins et qu'il s'offre. Deux semaines de suite, elle a accepté de faire cette demande, mais à la rencontre suivante, elle ne l'avait pas fait, trouvant différentes raisons : « je n'ai pas eu le temps », « je suis trop gênée », etc. Nous avons alors exploré davantage ce qui se passait. Nous avons ainsi découvert que cette cliente avait appris, dans sa famille, une règle selon laquelle une femme qui demande de l'aide à un homme manifeste un comportement de soumission inacceptable. Si elle l'avait fait, elle se serait donc sentie humiliée.
- 2) Un besoin non exprimé (ce qu'on appelle un « agenda caché ») empêche le client de progresser. Par exemple, un client se dit motivé à changer son comportement et à faire des exercices quotidiens, mais ne les fait jamais. Son agenda caché, c'est qu'il voit le groupe beaucoup plus comme une occasion de rencontrer des femmes que comme une activité thérapeutique.
- 3) Le client a des attentes catastrophiques en rapport avec le changement qui lui est demandé. Par exemple, le thérapeute suggère au client de dire non à une demande déraisonnable de sa mère, mais le client a peur, sans trop en être conscient, que sa mère répande la rumeur qu'il est un enfant ingrat et qu'il soit alors rejeté par toute la famille.

### Comment intervenir face à la résistance

*Autocritique du thérapeute.* Lorsqu'un client et de sa

situation. S'il considère qu'il n'a pas fait d'erreurs importantes à ce niveau et que la résistance se produit à plusieurs reprises, il peut alors intervenir de différentes façons. Le choix de la procédure dépendra du type de résistance présenté, des hypothèses du thérapeute concernant le problème sous-jacent et, bien sûr, des préférences et des compétences du thérapeute (puisque nous n'avons ici pratiquement aucun guide au niveau de la recherche expérimentale).

*Analyse fonctionnelle.* La première stratégie à employer, avant d'utiliser des méthodes plus risquées, consiste sans doute à tenter d'évaluer avec le client quelles sont les cognitions et les émotions liées à la résistance, c'est-à-dire aux comportements qu'il n'arrive pas à faire. On peut donc lui poser des questions comme « Qu'est-ce qui arriverait si tu faisais cette activité que tu essaies de faire depuis 3 semaines ? Qu'est-ce que tu ressentirais alors ? Qu'est-ce que tu penserais de toi-même, des autres ? Comment crois-tu que les autres te verraient à ce moment-là ? », etc.

Si une telle analyse permet de clarifier le problème sous-jacent, le client peut ensuite décider plus facilement de ce qu'il fera à l'avenir (c'est-à-dire s'il changera ou non son comportement) et le thérapeute peut alors orienter ses interventions en fonction de cette décision.

*Anti-sabotage.* Une deuxième procédure qui a été proposée pour faire face à la résistance s'appelle la procédure d'anti-sabotage (Birchler et Spinks, 1980). Cette procédure a pour but de prévoir, d'identifier et de modifier à l'avance les tendances que peuvent avoir certains clients à ne pas accomplir certains types de tâches. Elle comprend quatre étapes :

- 1) Imaginer avec le client toutes les raisons qu'il pourrait trouver pour ne pas faire la tâche qu'il accepte actuellement de faire (« brainstorming »).
- 2) Identifier les façons de résister les plus probables.
- 3) Amener le client à discuter des moyens qu'il prendra pour modifier sa façon d'agir à ce moment-là.
- 4) Renforcer le fait qu'il s'efforce de prévoir les résistances possibles et lui faire remarquer les avantages qu'il y a à prévoir à l'avance de telles résistances.

*Réinterprétation.* Une troisième stratégie qui peut être employée consiste à formuler explicitement une nouvelle interprétation de la situation. Il s'agit donc ici de proposer au client une hypothèse concernant les problèmes sous-jacents qui peuvent expliquer les difficultés actuelles. Cette hypothèse se basera le plus possible sur les faits observés, mais sera nouvelle et peut-être même étonnante pour le client. Idéalement, elle l'amènera à diminuer ses résistances ou sa difficulté à risquer de nouveaux comportements.

L'interprétation sera d'ordinaire formulée sur un mode hypothétique. Par exemple, le thérapeute dira : « Je me demande s'il ne se passe pas telle et telle chose », ou encore « J'ai l'impression qu'il se passe telle chose. Est-ce que je me trompe ? ». Une telle façon de présenter l'interprétation laisse au client la possibilité de la rejeter et permet d'éviter qu'il y ait une résistance encore plus grande. Si le client est d'accord avec

la réinterprétation, le thérapeute peut alors orienter ses interventions en fonction de cette interprétation et vérifier si elle est valable.

*L'injonction paradoxale.* La quatrième stratégie qu'on peut employer, c'est l'injonction paradoxale. Plusieurs behavioristes voient cette méthode comme une stratégie manipulatrice, inappropriée et en désaccord total avec l'approche de l'apprentissage social. Pour ma part, je considère que l'injonction paradoxale n'est pas nécessairement incompatible avec l'approche behaviorale. Cependant, elle doit être utilisée modérément, étant donné le peu de recherches expérimentales portant sur son utilisation et les dangers qu'elle peut comporter si elle est employée d'une façon inadéquate.

L'injonction paradoxale consiste, pour le thérapeute, à présenter un rationnel ou à prescrire des symptômes ou des exercices qui placent les clients dans une contrainte thérapeutique ou qui permet de faire ressortir la résistance.

Théoriquement, l'efficacité du paradoxe dépendrait de deux facteurs principaux : 1) que le paradoxe se base sur une interprétation exacte ou du moins probable de la situation et acceptable pour le client et 2) que la tâche demandée soit inacceptable ou impossible à réaliser pour le client.

Jusqu'à tout récemment, la description et les conditions d'efficacité de l'injonction paradoxale demeuraient relativement vagues et à un niveau très théorique. Mais tout récemment, Shoham-Salomon et Rosenthal (1987) ont publié un texte tout à fait intéressant. Ces auteurs ont fait la synthèse des recherches sur les procédures paradoxales. Ils en ont trouvé 12 qui portent sur le traitement de l'agoraphobie, de l'insomnie, du stress, de la dépression et de la « procrastination » (i.e. la tendance à remettre au lendemain). Ils remarquent d'abord qu'il y a cinq types d'interventions paradoxales, qu'on peut regrouper à l'intérieur d'un modèle théorique à deux facteurs (voir le tableau 1).

**Tableau 1**

**Les différents types d'interventions paradoxales**

Connotation	Prescription	
	de changement	de symptôme
Positive		
Reconstruction		A
Recadrage	C	B
Non positive		
Neutre	O	D
Négative	O	E

Le premier facteur, c'est ce qui est prescrit : un symptôme ou un changement. Prescrire un symptôme, ça veut dire demander au client de produire le symptôme dont il veut se débarrasser. Ainsi, on dira à un client déprimé de se laisser aller à être déprimé en se concentrant sur des pensées négatives et en évitant les situations joyeuses. Le rationnel de cette procédure, c'est que le symptôme est perçu par le client comme un événement incontrôlable. Alors, ou le client sera incapable de produire le symptôme volontairement ou il se sentira capable de le contrôler.

Prescrire un changement, ça veut dire demander au client d'adopter un comportement différent du symptôme. Par exemple, on demandera à un client anxieux d'essayer de se relaxer.

Le deuxième facteur, c'est la façon dont le thérapeute fait la prescription. Il peut le faire avec une connotation positive ou négative. La connotation, c'est le rationnel et le contexte théorique dont se sert le thérapeute pour présenter la prescription.

Une connotation positive peut être soit une réinterprétation du processus sous-jacent au symptôme (reconstruction) ou du symptôme lui-même (recadrage ou « re-framing »), en termes positifs. Par exemple, on dira à une personne qu'elle est souvent en conflit avec son patron, non pas parce qu'elle ou son patron sont malades ou déséquilibrés, non pas parce qu'ils manifestent de la mauvaise volonté, mais parce qu'ils sont pris dans des séquences d'interactions, dans une sorte de cercle vicieux qui s'est établi graduellement et parce qu'ils veulent beaucoup que leur relation soit parfaite et sans conflits. Le thérapeute peut ensuite prescrire un symptôme à ce client, par exemple, en lui disant de se permettre d'être en conflit (Paradoxe de type A).

Shoham-Salomon et Rosenthal ne semblent pas avoir trouvé d'exemple d'une prescription de changement suite à une reconstruction, dans la littérature, et ils n'en parlent pas, mais, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas possible. Par exemple, on peut dire à un client : « Vous désirez beaucoup entrer en contact avec des femmes. Mais, à chaque fois que vous le faites, vous êtes anxieux parce que vous vous efforcez

beaucoup d'être un compagnon agréable. C'est très bien de vouloir être agréable pour les autres. Mais, pendant la prochaine semaine, si vous entrez en contact avec une femme, ne vous forcez pas pour être agréable, pensez plutôt à passer une bonne soirée. Observez alors ce qui se passe et nous en reparlerons ensemble à la prochaine rencontre. » C'est un type de paradoxe qui m'apparaît souvent efficace cliniquement.

La connotation positive portant sur le symptôme a pour but de modifier la signification négative du symptôme. Par exemple, on dira à un client déprimé qu'il est chanceux d'être en contact avec ses émotions, que c'est une grande qualité d'être capable, comme lui, d'accepter la solitude ou d'être capable de se sacrifier pour les autres. Théoriquement, si le client accepte cette réinterprétation, il cessera d'être déprimé parce qu'il est déprimé, ce qui justement maintient le symptôme. Le thérapeute peut faire suivre ce recadrage d'une prescription de symptôme (i.e., « Laisse-toi aller à être déprimé ») (Paradoxe de type B) ou d'une prescription de changement (i.e., « Évite les pensées déprimantes : va visiter des amis ») (Paradoxe de type C).

Supposons, par exemple, qu'une cliente se dit incapable de faire une critique à son mari d'une façon adéquate. A chaque fois qu'elle veut lui demander de changer un de ses comportements, elle le fait d'une façon accusatrice et agressive. Son mari devient alors très défensif et cela conduit à un conflit interminable. Elle a fait des jeux de rôle sur cette situation et semble avoir appris une nouvelle façon de faire des critiques. De plus, le thérapeute s'est montré très ingénieux et lui a donné des exercices quotidiens qui semblaient bien adaptés à sa situation. Mais, elle affirme qu'elle continue à se quereller avec son mari tout autant qu'avant.

Une façon d'utiliser le paradoxe ici consisterait pour le thérapeute à lui expliquer qu'une communication non conflictuelle représente probablement, pour elle, une relation trop intime et qu'elle a actuellement de la difficulté à vivre une telle relation. Le thérapeute peut alors lui donner comme nouvelle tâche de converser le moins possible ou même pas du tout avec son mari au cours de la semaine suivante, afin de ne pas avoir à subir la menace d'une trop grande intimité. Le thérapeute ajoute que le seul type de conversation qui lui permet d'éviter cette menace et qui lui sera permis, c'est d'être accusatrice et de se quereller avec son mari (Paradoxe de type B). Enfin, il peut lui dire qu'il est très important qu'elle essaie honnêtement de suivre cette consigne et que, quoiqu'il arrive, cet exercice permettra sans doute de recueillir des informations importantes pour poursuivre la thérapie.

Le thérapeute peut donc présenter cette nouvelle tâche un peu comme une expérience de courte durée permettant de vérifier si l'absence de communication avec le mari rend vraiment cette cliente plus heureuse ou moins anxieuse. Une telle prescription paradoxale constitue une explication fonctionnelle possible et il est probablement impossible pour cette cliente de suivre une telle directive à la lettre. De plus, en essayant de se restreindre à une communication agressive avec son époux, la cliente prendra peut-être plus conscience de son rôle actif dans leurs querelles et de sa capacité d'en contrôler la fréquence. Cette procédure peut donc avoir pour

effet une diminution des accusations et des querelles, du moins à court terme.

Les connotations non positives peuvent être soit neutres soit négatives. Une connotation neutre consiste, pour un thérapeute, à demander à un client de produire un symptôme volontairement, soit pour des fins diagnostiques, soit pour que le client augmente la conscience de soi (Paradoxe de type D). La connotation négative a pour but de convaincre le client de l'irrationalité de son symptôme. Par exemple, on dira à un client déprimé que sa dépression n'est qu'une manifestation passive-agressive de son désir de punir les autres ou de les faire sentir coupables. Et on pourra faire suivre cette explication d'une prescription de symptôme (Paradoxe de type E).

Shoham-Salomon et Rosenthal considèrent que les traitements non paradoxaux sont des procédures à connotation non positive et avec prescription de changement. Ces auteurs ont fait une méta-analyse portant sur les différentes recherches qu'ils ont recueillies. La méta-analyse est une méthode statistique qui permet de regrouper les résultats de toutes les recherches et de vérifier si les effets des méthodes d'intervention sont significatifs et dans quelles conditions.

Shoham-Salomon et Rosenthal trouvent alors que les procédures paradoxales sont aussi efficaces que les autres procédures immédiatement après la thérapie, mais plus efficaces à une relance d'un mois et plus efficaces avec les clients qui ont les symptômes les plus graves (ce dernier résultat n'est basé que sur deux recherches). De plus, les interventions paradoxales avec connotations positives sont les plus efficaces de toutes. Les prescriptions de symptôme sans connotation positive constituent les interventions les moins efficaces de toutes. Par ailleurs, il n'y a pas de différence d'efficacité entre la prescription de symptôme et la prescription de changement. Les auteurs considèrent quand même que la prescription de symptôme serait la procédure la plus efficace avec les clients les plus résistants, en se basant sur les résultats d'une étude qui met en corrélation la résistance et les résultats du paradoxe de type 1

Évidemment, cette méta-analyse se base sur un nombre limité de recherches, dont aucune ne porte sur l'entraînement aux habiletés sociales, de sorte que ces conclusions ne sont que des pistes à être explorées davantage, mais il s'agit peut-être de pistes intéressantes.

L'utilisation de l'injonction paradoxale demande beaucoup d'habileté et d'expérience. Il faut prendre garde que le client ne l'interprète comme une insulte. Il est donc nécessaire que la relation client-thérapeute soit excellente, que le client soit assuré que le thérapeute veut vraiment l'aider et que le rationnel présenté par le thérapeute soit plausible.

Par ailleurs, une recherche sur l'efficacité de l'injonction paradoxale dans un tout autre domaine, celui du traitement de l'insomnie (Turner et Ascher, 1982), a montré que cette méthode est tout à fait inefficace quand elle est utilisée par des thérapeutes inexpérimentés. On peut facilement supposer que c'est aussi vrai, et même encore plus vrai, dans l'entraînement aux habiletés sociales. Par conséquent, on ne devrait l'utiliser qu'en dernier ressort.

## Conclusion

La troisième et dernière partie de ce texte a porté sur les différentes procédures de traitement à la disposition des thérapeutes qui font de l'entraînement aux habiletés sociales. Ces méthodes ont pour but l'acquisition de la réponse (consignes, modelage et modelage en imagination), sa répétition (jeux de rôle comportemental et en imagination), son façonnement (rétroaction et renforcement) et son maintien et sa généralisation (procédures cognitives et exercices quotidiens). De plus, j'ai exploré les différentes stratégies qu'on peut utiliser quand un client ne semble pas répondre aux techniques habituelles.

## Références

- Aiden, L., Safran, J. et Weideman, R. (1978). A comparison of cognitive and skills training strategies in the treatment of unassertive clients. *Behavior Therapy*, 9, 843-846.
- Argyle, M. (1981). The contribution of social interaction research to social skills training. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social competence* (pp. 261-286). New York: Guilford.
- Azrin, N. H., Flores, T. et Kaplan, S. J. (1975). Job finding club: a group assisted program for obtaining employment. *Behavior Research and Therapy*, 13, 17-27.
- Bandura, A. (1965). Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Bandura, A., Adams, N. E. et Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavior change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 125-139.
- Bandura, A., Ross, D. et Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- Beaudry, M. et Boisvert, J. M. (1980). L'approche comportementale et la thérapie de groupe. *Service Social*, 29, 113-124.
- Beaudry, M. et Boisvert, J. M. (1982). Les procédures d'apprentissage dans l'entraînement aux habiletés sociales. *Psychiatrie Francophone*, no. 4, 13-22.
- Birchler, G. R. (1981). Paradox and behavioral marital therapy. *American Journal of Family Therapy*, 9, 92-94.
- Birchler, G. R. et Spinks, S. H. (1980). Behavioral-systems marital and family therapy: Integration and clinical application. *American Journal of Family Therapy*, 8, 6-28.
- Boisvert, J. M. (1987). Le développement de la compétence sociale : Un guide pratique. I. Évaluation et phase préparatoire. *Revue de Modification du Comportement*, 17, 6-22.
- Boisvert, J. M. et Beaudry, M. (1980). La pratique de l'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. *Journal de Thérapie Comportementale*, 2, 9-26.
- Bommert, H., Kessler, E. (1981, septembre). *Cognitive restructuring in assertiveness training*. Document présenté au Congrès sur les thérapies comportementales-cognitives, Lisbonne.

- Bourque, P., Schofield, H. (1981). L'évaluation de stratégies comportementales et cognitives dans l'entraînement à l'assertion. *Revue de Modification du Comportement*, 11, 169-177.
- Carmody, T. P. (1978). Rational-emotive, self-instructional, and behavioral assertion training : facilitating maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 241-253.
- Conger, J. C., Keane, S. P. (1981). Social skills intervention in the treatment of isolated or with-drawn children. *Psychological Bulletin*, 90, 478-495.
- Craighead, L. W. (1979). Self-instructional training for assertive refusal behavior. *Behavior Therapy*, 10, 529-542.
- Derry, P. A. et Stone, G. L. (1979). Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 213-221.
- D'Zurilla, T. J. et Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eisler, R. M., Hlanchard, E. B., ritts, H. et Williams, J. G. (1978). Social skill training with and without modeling on schizophrenic and non-psychotic hospitalized psychiatric patients. *Behavior Modification*, 2, 147-172.
- Eisler, R. M. Et Frederiksen, L. W. (1980). *Perfecting social skills: a guide to interpersonal behavior development*. New York: Plenum.
- Eisler, R. M., Frederiksen, L. W. et Peterson, G. L. (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
- Fremouw, W. J. et Zitter, R. E. (1978). A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 9, 248-259.
- Friedrich, L. K. et Stein, A. li. (1975). Prosocial television and young children: the effects of verbal labeling and role playing on learning and behavior. *Child Development*, 46, 27-38.
- Galassi, J. P., Galassi, M. D. et Vedder, M. J. (1981). Perspectives on assertion as a social skills model. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social competence* (pp. 287-345). New York: Guilford.
- Glass, C. R., Gottman, J. M. et Shmur.tk, S. H. (1976). Response acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 520-526.
- Goddard, R. C. (1981). Increase in assertiveness and actualization as a fonction of didactic training. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 279-287.
- Hammen, C. L., Jacobs, M., Mayol, A. et Cochran, S. D. (1980). Dysfunctional cognitions and the effectiveness of skills and cognitive-behavioral assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 685-695.
- Hersen, M., Eisler, R. M. et Miller, P. M. (1974). An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behavior Research and Therapy*, 12, 295-3 IO.
- Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M., Johnson, M. B. et Pinkston, S. G. (1973). Effects of practice, instructions, and modeling on components of assertive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 11, 443-451.
- Hersen, M., Kazdin, A. E., Bellack, A. S. et Turner, S. (1979). Effects of live modeling, covert modeling, and rehearsal on assertiveness in psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 369-377.
- Jacobs, M. K. et Cochran, S. D. ( 1982). The effects of cognitive restructuring on assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 63-76.
- Joyce-Moniz, L. (1979, septembre). *Social-cognitive development and self-control of thoughts*. Document présenté au Congrès de l'Association Européenne de Thérapie Comportementale, Paris.
- Kaplan, D. A. (1979, décembre). *Behavioral, cognitive and behavioral-cognitive approaches to group assertion training*. Document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Kazdin, A. E. (1976). Effects of covert modeling, multiple models, and model reinforcement on assertive behavior. *Behavior Therapy*, 7, 211-222.
- Kazdin, A. E. (1979). Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 725-733.
- Kazdin, A. E. (1980). Covert and overt rehearsal and elaboration during treatment in the development of assertive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 18, 191-201.
- Kazdin, A. E. (1982). The separate and combined effects of covert and overt rehearsal in developing assertive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 20, 17-25.
- Lazarus, A. A. (1966). Behavior rehearsal vs non-directive therapy vs advice in effecting behavior change. *Behavior Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Linehan, M., Golfried, M. et Golfried, A. (1979). Assertion therapy: skill training or cognitive re-structuring. *Behavior Therapy*, 10, 372-388.
- McFall, R. M. et Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- McFall, R. M. et Marston, A. R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 295-303.
- McFall, R. M. et Twentyman, C. T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.
- Monti, P. M., Fink, E., Norman, N., Curran, J., Huyes, S. et Caldwell, A. (1979). Effect of social skills training groups and social skills bibliotherapy with psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 189-191.
- Morley, S., Shepherd, G. et Spence, S. (1983). Cognitive approaches to social skills training. In S. Spence et G.

- Shepherd (Eds), *Developments in social skills training* (pp. 305-333). New York: Academic Press.
- Nesbitt, E. B. (1981). Use of assertive training in teaching the expression of positively assertive behavior. *Psychological Reports, 49*, 155-161.
- Redd, W. H., Porterfield, A. L. et Anderson, B. L. (1979). *Behavior modification: Behavioral approaches to human problems*. New York: Random House.
- Rehm, L. P. et Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: an instigation therapy technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 565-574.
- Rosenthal, T. L. et Reese, S. L. (1976). The effects of covert and overt modeling on assertive behavior. *Behavior Research and Therapy, 14*, 463-469.
- Sarason, B. R. (1981). The dimensions of social competence: Contributions from a variety of re-search areas. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social Competence* (pp. 100-122). New York: Guilford.
- Schinke, S. P. et Rose, S. D. (1976). Interpersonal skill training in groups. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 442-448.
- Shoemaker, M. E. et Paulson, T. L. (1976). Group assertive training for mothers: a family interventions strategy. In E. J. Mash, L. C. Handy et L. A. Hamerlynck (Eds), *Behavior modification approaches to parenting* (pp. 167-179). New York: Branner/Mazel.
- Shoham-Salomon, V. et Rosenthal, R. (1987). Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987, 55*, 22-28.
- Shure, M. B. (1981). Social competence as a problem-solving skill. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social Competence* (pp. 158-185). New York: Guilford.
- Spinks, S. H. et Birchler, G. R. (1982). Behavioral-systems marital therapy: Dealing with resistance. *Family Process, 21*, 169-185.
- Spivack, G., Plait, J. J. et Shore, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoppard, J. M. et Henri, G. S. (1987). Conceptual level matching and effects of assertion training. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 55-61.
- Stravynski, A. et Greenberg, D. (1987). Cognitive therapies with neurotic disorders: Clinical utility and related issues. *Comprehensive Psychiatry, 28*, 141-150.
- Stravynski, A., Marks, I. et Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1378-1385.
- Turner, R. M. et Ascher, L. M. (1982). Therapist factor in the treatment of insomnia. *Behavior Research and Therapy, 20*, 33-40.
- Twentyman, C. T., Gibraltar, J. C. et Inz, J. M. (1979). Multimodal assessment of rehearsal treatments in an assertion training program. *Journal of Counseling Psychology, 26*, 384-389.
- Twentyman, C. T. et McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 384-395.
- Twentyman, C. T. et Zimmering, R. T. (1979). Behavioral training of social skills: a critical review. In M. Hersen, R. M. Eisler et P. M. Miller (eds), *Progress in behavior modification* (Vol. 7). New York: Academic Press.
- Uhlemann, M. R., Lea, G. W. et Stone, G. L. (1976). Effect of instructions and modeling on trainees low in interpersonal-communication skills. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 509-513.
- Voss, J. R., Arrick, M. C. et Rimm, D. C. (1978). Behavioral rehearsal, modeling, and coaching in assertive training. *Behavior Therapy, 9*, 970-971.
- Winship, B. J. et Kelley, J. D. (1976). A verbal response mode) of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 215-220.
- Wolfe, J. et Fodor, L. (1977). Modifying assertive behavior in women: a comparison of three approaches. *Behavior Therapy, 8*, 567-574.

## LE TRAITEMENT DE L'AGORAPHOBIE EN GROUPE : PERSPECTIVES INTERESSANTES

André Marchand<sup>1, 2</sup>, Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry, Michel Bérard et Gilles Gaudette

Hôpital Louis-H.-Lafontaine

La présente étude tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe. Le traitement inclut (1) des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés ; (2) des rencontres hebdomadaires permettant de réévaluer et de préciser les exercices appropriés ; (3) une procédure d'auto-traitement expliquée dans 2 manuels, un à l'usage de l'individu agoraphobique et l'autre du partenaire ; (4) des rencontres spécifiques pour les partenaires des clients. Les effets du traitement sont évalués à l'aide des questionnaires suivants : a) l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur, b) les questionnaires sur les sensations physiques et les pensées phobiques, c) une hiérarchie individuelle et collective des situations anxiogènes, d) un questionnaire d'affirmation de soi, e) de satisfaction conjugale, et f) d'estime de soi. L'analyse des résultats à mesures répétées, (pré-test, post-test et relance) révèle des améliorations significatives dans la plupart des questionnaires. La discussion porte sur les résultats obtenus et sur les différents moyens utilisés dans le but d'améliorer le présent traitement.

*See end of text for English abstract.*

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

Depuis quelques années, plusieurs auteurs confirment la supériorité de l'exposition *in vivo* dans le traitement de l'agoraphobie (Chambless, 1982 ; Emmelkamp, 1979, 1982a, 1982b ; Janson et Öst, 1982 ; Marchand et Bérard, 1982). Selon Janson et Öst, cette procédure permet d'obtenir des résultats cliniques significatifs dans 60 à 70% des cas. L'exposition *in vivo* comme telle regroupe plusieurs modes d'application et chacun comporte à la fois des avantages et des désavantages différents en termes d'incitation à l'exposition et en termes de rapport coût/efficacité. Pour

Emmelkamp (1982b) et Goldstein (1982), la combinaison de différentes modalités permet souvent de mieux répondre aux besoins et particularités des clients et augmente l'efficacité du traitement. Parmi les diverses modalités, l'exposition *in vivo* en groupe présente de nombreux avantages (Chambless et Goldstein, 1980 ; Charest, Vitaro et Boisvert, 1974 ; Emmelkamp, 1982a, 1982b ; Hand, Lamontage et Marks 1974 ; Marchand et Bérard, 1982 ; Vitaro, Charest et Boisvert, 1981 ; Watson, Mullet et Pillay, 1973). Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975), Hafner et Marks (1976), cette procédure se révèle tout aussi efficace que l'exposition *in vivo* individuelle et entraîne de plus une économie de temps pour le thérapeute. Toutefois, peu de recherches se sont attardées à explorer les avantages cliniques reliés à la situation de groupe. On peut d'abord supposer que l'exposition *in vivo* en groupe permet de diminuer l'anxiété sociale reliée aux manifestations "agoraphobiques" et aide à augmenter la fréquence des comportements d'affirmation de soi et de communication interpersonnelle. De plus, l'individu à l'intérieur d'un groupe ne se perçoit plus comme un cas unique et, de ce fait, a sans doute tendance à moins se dévaloriser. Cette situation d'autre part permet aux participants de s'aider mutuellement et d'agir comme modèles les uns pour les autres. Elle leur donne aussi l'opportunité de travailler avec un thérapeute de leur choix puisque la situation de groupe permet la participation de plusieurs intervenants. On peut même favoriser le changement de thérapeutes afin de diminuer la dépendance et d'augmenter l'impact de messages identiques venant de thérapeutes différents.

Cependant, la situation de groupe entraîne aussi des désavantages. Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975) et Hand et ses collaborateurs (1974), certains individus peuvent perturber et ralentir le progrès des autres membres du groupe soit parce qu'ils manifestent de nombreuses réactions pathologiques ou ne respectent pas les consignes. En outre, certains participants progressent trop rapidement et constituent de ce fait des modèles trop parfaits.

1. Également du centre de psychologie comportementale.

2. Les demandes de tirés à part doivent être adressées à André Marchand, hôpital Louis-H.-Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5. Tél.: 514-253-8200

L'introduction de nouvelles modalités telles des interventions individualisées et des séances d'exposition individuelles permet de pallier ces désavantages.

En vue de favoriser le progrès après traitement, plusieurs auteurs suggèrent d'ajouter des procédures d'auto-traitement où le client décide par lui-même de s'exposer aux situations anxiogènes (Emmelkamp et Mersch, 1982 ; Hafner et Marks, 1976 ; Teasdale, Walsh, Lancashire et Mathews, 1977 ; Vitaro et al., 1981). Suite à l'élaboration de programmes d'auto-traitement où les participants apprennent rapidement à s'exposer seuls, Emmelkamp, (1974 et 1980) et Emmelkamp et Kuipers (1979), notent que cette procédure permet aux agoraphobes de continuer à faire des progrès par eux-mêmes après le traitement. Selon Emmelkamp (1982b), cette procédure s'applique toutefois difficilement avec des participants qui requièrent beaucoup de support.

D'autres cliniciens impliquent un membre de la famille dans le processus thérapeutique, allant même jusqu'à lui faire jouer le rôle de thérapeute (Jones, Sinnott et Fordham, 1980 ; Mathews, Gelder et Johnston, 1981 ; Mathews, Teasdale, Munby, Johnston et Shaw, 1977 ; O'Brien *et al.*, 1982). Mathews et ses collaborateurs (1982) élaborent un programme de traitement à domicile où le client prend la responsabilité de ses exercices. Le partenaire joue un rôle de soutien actif et le thérapeute devient un conseiller et un superviseur. Le client et son partenaire reçoivent un manuel expliquant en détail la procédure d'exposition. Les résultats indiquent une amélioration équivalente au traitement de groupe conventionnel et cette amélioration se poursuit à la relance. Jannoun et ses collaborateurs (1980) obtiennent des résultats similaires. La combinaison de différents modes d'incitation à l'exposition *in vivo* semble être une nécessité.

À l'intérieur des recherches, plusieurs auteurs soulignent d'autres problèmes qui semblent souvent reliés à l'agoraphobie. De nombreuses études décrivent les agoraphobes comme des personnes dépendantes, peu affirmatives et ayant une faible estime de soi (Andrews, 1966 ; Chambless, 1982a ; Ellis, 1979 ; Emmelkamp, 1979 ; Emmelkamp et Cohen-Keltenis, 1975 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Goldstein-Fodor, 1974). Certaines recherches dégagent une faible relation entre l'agoraphobie et le manque d'affirmation de soi (Arrindell, 1980 ; Burglass et al., 1977 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Marks, 1967). Selon Emmelkamp (1980) et Emmelkamp, Van Der Haut et de Vries (1983), le degré d'affirmation de soi ne semble pas modifié par le traitement de l'agoraphobie et il n'influence pas non plus l'efficacité du traitement. Cependant peu de recherches examinent cette variable.

D'autres études rapportent des difficultés maritales importantes (Fry, 1962 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Goldstein-Fodor, 1974 ; Goldstein et Swift, 1977 ; Hafner, 1982 ; Hand et Lamontage, 1976 ; Torpy et Measey, 1974). La seule étude comparative existante (Buglass *et al.*, 1977) ne démontre aucune relation entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritales. Par contre, certaines études soulignent que les conflits maritales et les problèmes familiaux diminuent la probabilité de réussite dans le

traitement de l'agoraphobie (Bland et Hallam, 1981 ; Hafner, 1976, 1977b ; Hudson, 1974 ; Mathews, Gelder et Johnston, 1981 ; Milton et Hafner, 1979). D'autres chercheurs observent une amélioration de la satisfaction maritale pour la majorité des couples lors de la diminution des manifestations agoraphobiques ; l'inverse se produit chez quelques couples (Barlow, Mavissakalian et Hay, 1981 ; Cobb, McDonald, Marks et Stern, 1980 ; O'Brien, Barlow et Last, 1982).

L'affirmation de soi, la satisfaction conjugale et l'estime de soi, vu leur importance dans le traitement méritent certainement d'être étudiées davantage.

La présente recherche tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe afin de favoriser l'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes. Elle comprend des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés. Les rencontres hebdomadaires permettent de réévaluer et de préciser les exercices appropriés. Elle inclut une procédure d'auto-traitement expliquée dans deux manuels, un à l'usage de l'agoraphobe et l'autre du partenaire. Les partenaires deviennent personnes-ressources et des rencontres sont planifiées avec eux. Au cours des séances, il y a plusieurs exercices d'exposition *in vivo* en groupe et des discussions sur les problèmes rencontrés et les techniques pour les résoudre. En plus cette étude tente d'évaluer l'effet du traitement sur des variables telles l'affirmation de soi, l'estime de soi et les relations conjugales.

## Méthode

**Sujets.** Cette recherche regroupe 13 participants (10 femmes et 3 hommes) recrutés à la clinique externe de l'Hôpital L.-H. Lafontaine. Âgés de 24 à 55 ans, ( $x:38,6$ ;  $<S:11,53$ ), les participants rapportent les premières manifestations d'agoraphobie datant en moyenne de 11,1 ans pour une variation de 2 mois à 30 ans (6 :9,9). Deux des participants quittent le groupe après la troisième rencontre, l'une en raison de problèmes familiaux, l'autre se disant satisfaite des résultats obtenus. Une troisième participante décide après 6 rencontres de continuer seule la démarche. L'analyse inclut les résultats de ces 3 participants.

**Expérimentateurs.** Trois psychologues, une travailleuse sociale et un stagiaire en psychologie, tous d'orientation comportementale animent le groupe.

**Instruments.** Cinq questionnaires servent à mesurer plus spécifiquement le degré de l'agoraphobie. *L'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur (F.S.S.)* contient une liste de 51 items représentant différentes peurs ou situations (Geer, 1965). *Le questionnaire sur les pensées phobiques (Q.P.P.)* porte sur les cognitions habituellement notées chez les agoraphobes (Chambless, Gallagher et Bright, 1981). *Le questionnaire sur l'évaluation des sensations physiques (Q.S.P.)* examine la fréquence d'apparition et le degré de peur reliés à diverses sensations habituellement ressenties par les agoraphobes (Chambless et al., 1981). *L'échelle de malaise et prédispositions*

*générales* (EMC, EPC) se compose de différentes situations potentiellement anxiogènes qui peuvent se retrouver dans les environs de l'hôpital où a lieu le traitement : métro, autobus, centre commercial, hôpital... (Boisvert, 1981).

*L'échelle de malaises et de prédispositions individuelles* (EMI, EMP) comprend une liste détaillée de diverses situations anxiogènes, construite à partir des informations obtenues lors de la première entrevue d'évaluation.

*Autres mesures.* Trois questionnaires permettent de recueillir de l'information sur les composantes suivantes : affirmation de soi, estime de soi et satisfaction conjugale.

*L'inventaire sur l'affirmation de soi* (Gambrill et Richey, 1975) se compose d'items évaluant le degré de malaise et la probabilité d'émission de la réponse affirmative dans diverses situations interpersonnelles où les participants doivent s'affirmer. *L'échelle de satisfaction conjugale* (Azrin, Naster et Jones, 1973) regroupe 10 critères évaluant la satisfaction dans le couple. Une dernière échelle (Lawson, Marshall et McGrath, 1981) permet d'évaluer l'estime de soi sociale.

### **Démarches**

*Sélection et mesure.* Deux entrevues permettent de sélectionner les participants. Ces entrevues sont effectuées par 6 thérapeutes qui travaillent en équipe de deux.

La première entrevue vise à examiner les diverses manifestations physiologiques, comportementales et cognitives du problème et à évaluer les situations pouvant déclencher et maintenir ce dernier. Cette entrevue permet en plus d'élaborer une liste détaillée des situations anxiogènes. Cette liste sert par la suite à construire une échelle de malaise et une échelle de prédisposition à diverses situations problématiques. Les intervenants suggèrent la participation au groupe du partenaire, soit le conjoint, un parent ou un ami. Les clients remplissent ensuite une série de questionnaires.

La deuxième entrevue permet de compléter l'analyse du problème à l'aide d'échelles et de questionnaires. A la fin de cette rencontre, les intervenants informent le client de sa participation ou non au groupe de traitement. Les participants sélectionnés reçoivent un court texte expliquant les buts et les diverses activités du groupe.

Sont sélectionnés pour la présente recherche, les clients qui présentent des manifestations physiologiques, comportementales et cognitives d'agoraphobie en fonction de leurs réponses à l'échelle de malaise et de prédispositions générales et selon le jugement clinique des thérapeutes. Sont exclus les clients présentant des manifestations psychotiques.

*Méthode d'évaluation.* L'évaluation se déroule en 3 phases : le pré-test, échelonné sur 3 semaines ; le post-test, 2 semaines après le traitement et la relance, 3 mois après le traitement.

*Traitement.* À la première rencontre, ils informent les participants des buts poursuivis et du canevas général du traitement et organisent une discussion sur ce sujet. Puis, les

participants font des activités visant à favoriser la cohésion sociale du groupe. Par la suite, chaque participant reçoit un manuel sur l'agoraphobie; ce manuel explique en termes simples en quoi consiste l'agoraphobie et quels comportements et attitudes adopter pour y faire face.

La deuxième séance porte sur le contenu du manuel et une discussion sur les aspects les moins bien assimilés à lieu. Après quoi, les participants (et leur partenaire) sont répartis en sous-groupes avec un thérapeute ; ce dernier aide chacun des participants à se fixer un exercice quotidien à pratiquer selon une hiérarchie.

Au cours des séances suivantes, l'accent est mis sur l'exposition graduelle aux situations phobiques, collectivement durant les rencontres et individuellement entre temps (auto-traitement). Ces séances débutent par une discussion en groupe sur les exercices pratiqués entre les rencontres. Cette discussion permet de préciser, superviser et planifier des stratégies d'approche. Elle permet d'évaluer les progrès obtenus et les difficultés rencontrées. Par la suite, les participants planifient en sous-groupes les exercices d'exposition à effectuer à la maison et prennent connaissance de l'exercice collectif qu'ils devront pratiquer *in vivo* pendant la seconde moitié de la rencontre. Ils se répartissent en sous-groupes en fonction de la difficulté à affronter pour chacun. L'exercice *in vivo* complété, ils reviennent à la clinique où ils discutent de la démarche qu'ils viennent d'accomplir.

Entre les séances, certains participants se rencontrent pour s'encourager mutuellement et pour discuter des progrès individuels et des moyens utilisés pour vaincre l'anxiété.

*Participation des partenaires.* Les partenaires participent à la deuxième, sixième et dernière rencontre. À la deuxième rencontre, les partenaires et les participants sont divisés en sous-groupes d'environ 6 personnes chacun pour échanger sur les problèmes d'agoraphobie. Par la suite, en grand groupe, un animateur explique comment bâtir une hiérarchie des situations anxiogènes. Le partenaire et le client construisent ensemble cette hiérarchie. Les participants sans partenaire sont regroupés. Enfin, les partenaires discutent en sous-groupes distincts de leurs réactions personnelles face aux problèmes d'agoraphobie et de la façon dont ils croient pouvoir aider au traitement. Le partenaire reçoit de plus un texte intitulé "manuel du partenaire" semblable au manuel remis au client.

À la sixième rencontre, les partenaires sont répartis en sous-groupes avec les clients, ils discutent des exercices effectués durant la semaine et choisissent de nouveaux thèmes si nécessaire. Ils participent à l'exercice collectif (aller au centre commercial). Au retour, la discussion porte sur l'influence du partenaire sur le déroulement de l'exercice.

Enfin, à la 12e rencontre, il y a discussion face au fonctionnement du groupe et à l'intégration des partenaires.

## RÉSULTATS

Les tableaux I, II et III résument l'ensemble des résultats obtenus aux différents questionnaires.

TABLEAU 1  
Moyennes et écarts-types des mesures dépendantes lors des trois phases

Mesures	Pré-test		Post-test		Relance	
	Moy	$\sigma$	Moy	$\sigma$	Moy	$\sigma$
EMI	2,43	,58	1,29	,86	1,44	,85
EPI	2,27	,46	1,15	,83	1,34	,85
EMG	2,04	,88	0,93	,80	,91	,84
EPG	1,53	,80	0,58	,64	,78	,84
FSS	3,94 <sup>a)</sup>	,50	3,05	1,07	3,32	1,06
QPP	2,45	,63	1,95	,55	2,12	,92
QSPP	3,21	,64	2,49	,80	2,51	1,22
QSPF	2,96	,56	2,41	,86	2,52	1,16
IASM	2,45	,62	1,99	,70	2,15	,90
IASP	2,74	,37	2,33	,50	2,27	,86
ESC	7,12	1,33	5,78	1,23	6,37	,94
IES	3,42	,96	4,10	,79	3,54	1,20

a) Cette moyenne est calculée avec les résultats de 12 sujets.

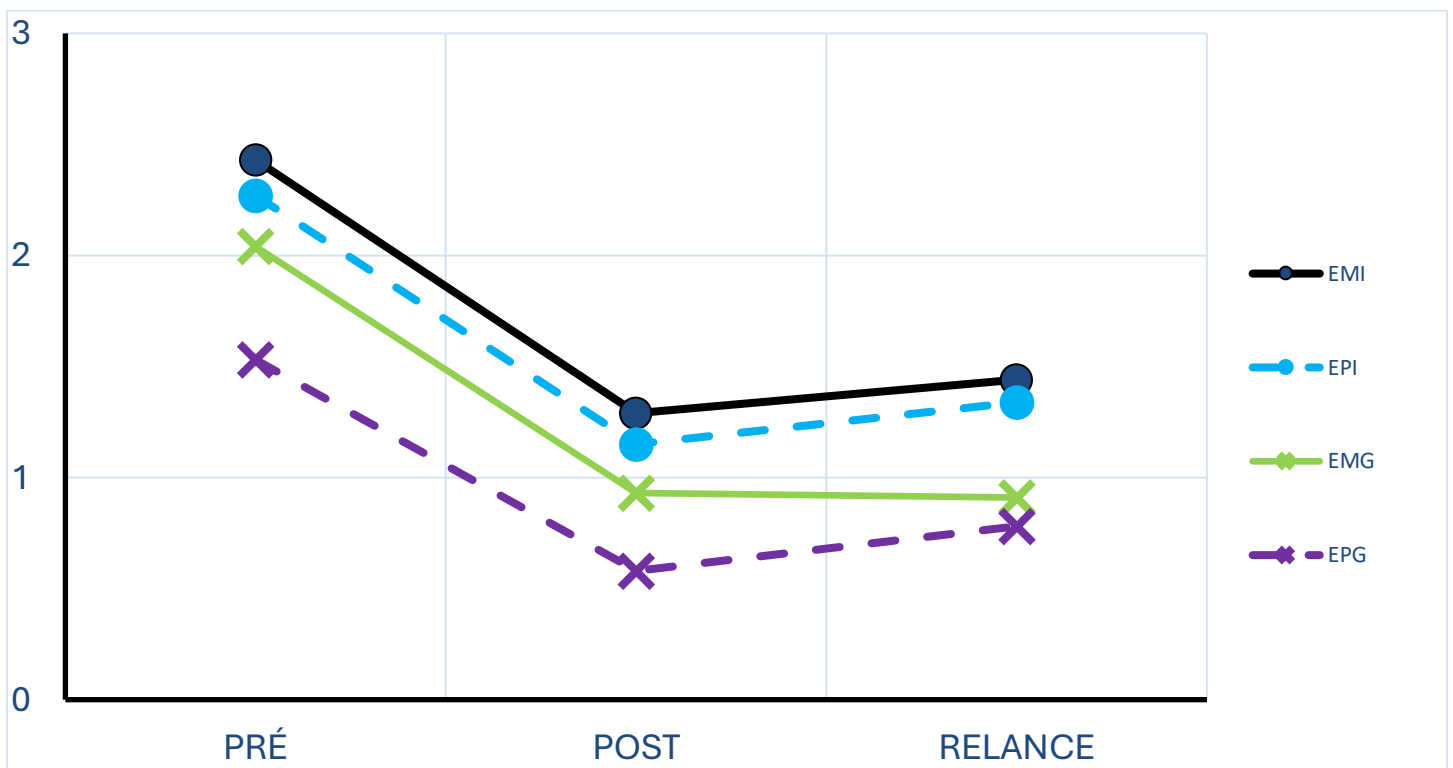


Figure 1. Résultats moyens aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales.

Le tableau II permet d'observer des résultats significatifs pour la plupart des questionnaires mesurant le degré d'agoraphobie. Au niveau des échelles de malaise et de prédispositions individuelles ( $F(2/24) = 26,24$ ,  $CM = ,14$ ) et ( $F(2/24) = 34,75$ ,  $CM = ,19$ ) les participants manifestent significativement moins de comportements agoraphobiques au post-test et à la relance (voir fig. 1). Des résultats similaires s'obtiennent aux échelles de malaise ( $F(2/24) =$

$4,20$ ,  $CM = ,99$ ) et de prédisposition ( $F(2/24) = 20,61$ ,  $CM = ,26$ ) de groupe. Les participants manifestent moins de difficultés à affronter des situations problématiques dans l'environnement de l'hôpital au post-test et cette amélioration se maintient à la relance.

TABLEAU 2  
Analyses de variance à mesures répétées sur les questionnaires

	Carré moyen CM	Degré de liberté DL	F
EMI	,14	2/24	26,24 **
EPI	,19	2/24	34,75 **
EMG	,99	2/24	4,20 *
EPG	,26	2/24	20,61 **
FSS	,25 a)	2/22	10,72 **
QPP	,44 a)	2/22	1,97
QSPP	,47	2/24	4,10 *
QSPF	,43	2/24	2,47
IASM	,12	2/24	4,58 *
IASP	,15	2/24	4,83 *
ESC	,99 b)	2/12	3,17
IES	1,07	2/24	1,19

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,01$

a) les calculs sont faits avec 12 sujets.

b) les calculs sont faits avec 6 sujets.

Les participants diminuent l'intensité ou le nombre de peurs ( $F(2/22) = 10,72$ ,  $CM = 0,25$ ) à l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peurs.

Au QSPP, les participants diminuent significativement la perception de leurs sensations physiques désagréables ( $F(2/24) = 4,10$ ,  $CM = 0,47$ ). Les résultats aux questionnaires sur les pensées phobiques (QPP) et sur la fréquence des sensations physiques se révèlent non significatifs.

Des 3 questionnaires mesurant les problèmes connexes liés aux manifestations agoraphobiques, seul *l'Inventaire de l'affirmation de soi* (IASM et IASP) présentent des résultats significatifs ( $F(2/24) = 4,58$ ,  $CM = 0,12$ ) et ( $F(2/24) = 4,83$ ,

$CM = 0,15$ ). Les participants(e) émettent plus de comportements d'affirmation de soi au post-test et à la relance qu'au pré-test. Les résultats à *l'échelle de satisfaction maritale* et à *l'inventaire de l'estime de soi* ne montrent pas de différence significative.

La relation entre les scores de différences du post-test et du pré-test et les scores au pré-test permet de constater une diminution globale des manifestations agoraphobiques de l'ordre de 54,25%. Les trois quarts des participants s'améliorent. Le tableau III permet de visualiser ces changements.

TABLEAU 3  
 Pourcentage de la diminution des manifestations agoraphobiques  
 aux EMI, EPI, EMG et EPG

Classés selon le % de diminution des manifestations « agoraphobiques »	% des individus se situant dans chaque classe
- Diminution importante : 76 à 100 %	30,75 %
- Diminution substantielle : 51 à 75 %	21,25 %
- Diminution partielle : 26 à 50 %	25,00 %
- Diminution minimale : 0 à 25 %	23,00 %

L'analyse des résultats permet de constater une corrélation moyenne de ,77 entre la perception des participants et celle de leur partenaire aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales. Le coefficient de corrélation des échelles individualisées est de 0,91 et celui des échelles générales de 0,63.

### Interprétation et discussion

Les résultats montrent une diminution globale de 55% des manifestations agoraphobiques. À la fin des 12 séances de traitement et à la relance, on note une amélioration marquée pour 77% des participants. Sept des participants ne présentent plus de manifestations agoraphobiques, 3 se sont partiellement améliorés et 3 ne montrent aucun changement. Deux de ces derniers ont participé à la moitié des séances seulement.

Les résultats concordent avec les affirmations de Janson et Öst (1982). L'exposition *in vivo* permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs dans 60% à 70% des cas. La plupart des données obtenues aux différents questionnaires montrent une diminution significative des manifestations agoraphobiques. Les échelles de malaise et de prédisposition individuelles indiquent une augmentation marquée de comportements d'approche face aux différentes situations problématiques. Le questionnaire sur le degré de peur et la fréquence des sensations physiques désagréables montre une diminution significative. Le questionnaire sur la perception subjective des peurs fait état d'une diminution dans le nombre et l'intensité des peurs. Le questionnaire sur les pensées phobiques indique une diminution du nombre de pensées phobiques mais non de l'intensité. La validité de ce questionnaire demeure douteuse à cause de consignes ambiguës.

Pour des raisons méthodologiques, il devient difficile d'évaluer quantitativement l'impact thérapeutique des partenaires. Ils semblent jouer un rôle prépondérant au niveau de la cohésion du groupe, de l'incitation sociale à l'exposition et de la relation d'aide.

Les différentes mesures connexes à l'agoraphobie permettent d'observer une augmentation des comportements d'affirmation de soi. Les participants en

général s'affirment plus après le traitement. Ces résultats concordent avec ceux de Arrindell (1980) ; Burglass et ses collaborateurs (1977) ; Goldstein et Chambless (1978) et Marks (1967). Les résultats à l'échelle de satisfaction conjugale dont le taux de signification atteint 10, laissent supposer une détérioration des relations conjugales après le traitement. L'amélioration de la condition des participants amène-t-elle une augmentation des conflits conjugaux ou le traitement fait-il ressortir ces conflits latents ? Il devient difficile de se prononcer sur la relation exacte entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritaux. Cette variable importante demeure confuse et nécessite une étude approfondie. Il n'y a aucun changement majeur au niveau de l'estime de soi sociale.

Cette recherche amène des résultats satisfaisants. Elle permet aussi de dégager, à partir d'autres recherches et de l'expérience clinique des auteurs, de nouvelles modalités d'application dans le but d'améliorer le traitement. Par exemple, le temps d'exposition des différents exercices devrait être plus long (3 à 4h), l'augmentation du nombre et de la durée des séances (1 journée) amélioreraient probablement l'efficacité du traitement. Une restructuration des rencontres permettrait d'atteindre un plus grand nombre de clients. Il semble opportun de développer des instruments ou méthodes d'évaluation plus précis, valides et diversifiés. Néanmoins l'exposition *in vivo* en groupe s'avère une méthode efficace pour le traitement de l'agoraphobie et présente un rapport coût/qualité exceptionnel.

### Références

Andrews, J.D.W. Psychotherapy of phobias. *Psychological bulletin*, 1966, 66, 455-480.

Arrindell, W.A. Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS 111) in a phobic population: A factorial definition of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1980, 18, 229-242.

Azrin, N.H., Naster, B.M., Jones, R. Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedures of marital counseling. *Behaviour research and therapy*,

- 1973, *11*, 365-382.
- Barlow, D.H., Mavissakalian, M., Hay, L.R. Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behaviour research and therapy*, 1981, *19*, 245-255.
- Bland, K., Hallman, R.S. Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour research and therapy*, 1981, *19*, 335-338.
- Boisvert, J.M. *Agoraphobie - Échelle (malaises)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(a).
- Boisvert, J.M. *Agoraphobie - Échelle (prédispositions)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(b).
- Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A.S. Kreitman, N., Presley, A.A. A study of agoraphobic housewives. *Psychological medicine*, 1977, *7*, 73-86.
- Chambless, D.L., Gallagher, R., Bright, P. *The measurement of fear in agoraphobia: The agoraphobic cognitions questionnaire and the body sensations questionnaire*. Paper presented at the AABT Convention, Toronto, November 1981.
- Chambless, D.L. Characteristics of agoraphobia. In D.L. Chambless et A.J. Goldstein (Eds), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(a).
- Chambless, D.L. A comparative view of treatments for agoraphobia. In D.L. Chambless et A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(b).
- Chambless, D.L., Goldstein, A.J. Agoraphobia. In A.J. Goldstein et E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. New York : Wiley, 1980.
- Charest, J., Vitaro, F., Boisvert, J. M. *Modification du comportement de sujets agoraphobes par "package treatment"*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1974.
- Cobb, J., McDonald, R., Marks, I., Stern, R. Marital versus exposure therapy : Psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural analysis and modifications*, 1980, *4*, 3-16.
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behaviour research and therapy*, 1979, *17*, 162-164.
- Emmelkamp, P.M.G. Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1974, *12*, 229-237.
- Emmelkamp, P.M.G. The behavioral study of clinical phobias. In M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 8). New York: Academic Press, 1979.
- Emmelkamp, P.M.G. Agoraphobic's interpersonal problems: Their role in the effects of exposure *in vivo* therapy. *Archives of general psychiatry*, 1980, *37*, 1303-1306.

---

*Abstract*

This study purports to evaluate the effectiveness of group therapy for agoraphobia. The treatment includes (1) individual actions featuring *in vivo* exposure exercises that were personalized and established according to a hierarchy; (2) weekly meetings in order to re-evaluate and to determine the proper exercises; (3) auto-treatment procedure explained in 2 manuals, one for the use of the agoraphobic patient and the other for his or her partner; (4) specific meetings for the patients partners. Treatment outcomes were evaluated with the use of the following questionnaires: a) the Fear Survey schedule, b) the Agoraphobic Cognition Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, c) an individual and collective hierarchy of anxiety provoking situations, d) an assertive-ness scale, e) a marital satisfaction scale and f) a self-esteem scale. The analysis of results with repeated measures (pre-test, post-test and follow-up) indicates significant improvements in most questionnaires. A discussion follows concerning the results and the different ways of improving this treatment.

---

## LES EFFETS DE LA RETROACTION BIOLOGIQUE DE LA TEMPERATURE PERIPHERIQUE ET CEPHALIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA MIGRAINE<sup>(1)(2)</sup>

**Janel Gauthier<sup>(3)</sup>    Julien Doyon    Richard Bois    Georges Leblond**

Université Laval

et

**Michel Drolet**

Hôpital de L'Enfant-Jésus

Cette recherche avait pour but d'étudier deux questions liées à l'utilisation de la rétroaction biologique (biofeedback) de la température dermale dans le traitement de la migraine : celle du choix du site d'entraînement et celle de la spécificité de ses effets thérapeutiques. Ainsi dans l'Étude 1, 24 patient(e)s migraineu(x)es furent assigné(e)s au hasard à l'une des quatre conditions expérimentales suivantes : Périphérique Augmentée (PA), Périphérique Diminuée (PD), Céphalique Diminuée (CD) ou Céphalique Augmentée (CA). Chacun a reçu huit sessions de traitement de 50 minutes à raison d'une session par semaine. Tous ont rempli des fiches d'auto-enregistrement de la migraine (fréquence, durée et intensité) et des médicaments consommés pendant 4 semaines au pré-test, au post-test et lors d'un suivi de 6 mois. L'analyse des données révèle que l'application de la rétroaction biologique thermique peut conduire à des réductions significatives de la migraine et des médicaments. Cependant, les différences entre les groupes ne sont pas significatives. Certains des effets thérapeutiques étaient encore présents au moment du suivi. L'Étude 2 avait pour but de répéter l'Étude 1 en homogénéisant davantage l'échantillon de sujets migraineux. La seconde étude a donné lieu à des résultats similaires à ceux de la première étude. Le rôle des facteurs non spécifiques dans le traitement de la migraine par rétroaction biologique de type thermal fait l'objet d'une discussion détaillée à la lumière d'un examen de la documentation scientifique relative à cette question. Un modèle physiologique est proposé pour expliquer les effets thérapeutiques du refroidissement et du réchauffement par voie d'auto-régularisation dans le traitement de la migraine.

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

Quoique l'incidence de la migraine ne soit pas clairement établie, la plupart des chercheurs (Adams & Griffith, 1975 ; Childes & Sweetman, 1961 ; Lennox, 1941; Lyght, 1966; York, 1974) s'entendent pour dire qu'au moins 5 à 10% de la population générale souffre d'attaques migraineuses. Selon la Migraine Foundation (1980) de Toronto, en ordre d'importance, la migraine serait la troisième cause d'absentéisme au travail. Il va donc sans dire que la migraine est un problème de santé et d'économie relativement important.

D'après le Research Group on Migraine and Headache of the World Federation of Neurology (1969) qui a adopté la définition de la migraine proposée par le Ad Hoc Committee on Classification of Headache (1962), la migraine est un type de mal de tête vasculaire dont les attaques reviennent périodiquement. Ces attaques varient grandement en fréquence, en intensité et en durée. Généralement, elles débutent de façon unilatérale. Elles sont habituellement accompagnées par de l'anorexie et parfois de la nausée et du vomissement. De même, elles sont parfois précédées ou accompagnées par des troubles d'humeur, moteurs et sensoriels remarquables. Finalement, ces attaques sont souvent familiales. Cependant, bien qu'il existe un certain consensus au niveau des symptômes caractéristiques de la migraine, le diagnostic demeure problématique (Gauthier, 1979) car il existe de grandes variations inter- et intra-sujet dans la présentation de ces symptômes, aucun de ces symptômes ne se retrouve systématiquement dans tous les cas de migraine, et ces symptômes sont souvent accompagnés par des symptômes caractéristiques d'autres maux de tête (e.g. céphalée de tension musculaire).

1. Ce texte est appuyé sur une conférence présentée par le Dr Janel Gauthier sous le titre « L'implication sociale des intervenants et des intervenantes en modification du comportement : du rêve à la réalité » à l'ouverture du douzième congrès de l'Association scientifique pour la modification du comportement, Rimouski, Québec, Canada, 19 mai 1981.

2. Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du ministère des Affaires sociales (Conseil de la recherche en santé du Québec) et une subvention du ministère de l'Éducation (Programme de formation de chercheurs et d'action concertée).

3. Les demandes de tiré-à-part doivent être adressées au Dr Janel Gauthier, École de psychologie, Université Laval, Québec G1K 7P4.

Les mécanismes de la douleur migraineuse ont fait l'objet de plusieurs recherches (Dalessio, 1972). Mais bien que le mystère règne encore sur ces mécanismes, le fait que la migraine soit caractérisée par des perturbations vasomotrices tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du crâne est bien établi (Cohen, 1978 ; Edmeads, 1979). De façon typique, la migraine débute avec une phase de vasoconstriction qui est suivie d'une phase de vasodilatation. C'est au cours de la phase de vasodilatation que la douleur est ressentie.

L'approche thérapeutique utilisée le plus communément pour contrôler la migraine est de nature pharmacologique. Cette dernière consiste à administrer des médicaments qui ont pour fin, soit d'avorter la migraine (e.g. tartrate d'ergotamine), soit de la prévenir (e.g. méthysergide). L'efficacité de ces médicaments est généralement attribuée à leurs propriétés vaso-constrictives (Ziegler, 1974). Malheureusement, leur consommation n'est pas sans provoquer d'effets secondaires fort indésirables. De même, une utilisation trop prolongée et excessive de ces médicaments peut produire des effets extrêmement néfastes (Cutler *et al.*, 1976 ; Diamond *et al.*, 1972). C'est pourquoi certaines personnes doivent s'abstenir des médicaments pour la migraine. Ces personnes, tout comme celles pour qui ces médicaments sont contre-indiqués (e.g. les cas de maladies vasculaires) ou celles qui tout simplement ne répondent pas au traitement pharmacologique, doivent endurer leur douleur migraineuse. Il va sans dire que, pour ces personnes, le développement d'approches thérapeutiques non pharmacologiques pour la migraine s'avère d'une grande importance.

Une méthode d'intervention psychologique qui a fait l'objet d'un intérêt et d'une popularité sans cesse croissants dans le traitement de la migraine au cours de la dernière décennie est celle de la rétroaction biologique (biofeedback). La rétroaction biologique est une procédure par laquelle l'information bioélectrique relative à l'état d'une ou de plusieurs fonctions du système nerveux autonome (e.g., température, rythme cardiaque, pression artérielle, activité électroencéphalographique) est captée à l'aide d'un dispositif (e.g. électrodes, thermistors, cellules photoélectriques) relié à un appareil électronique qui transforme cette information en un signal perceptible par l'organisme. Ce signal (ou « feedback ») est généralement de nature auditive, visuelle ou tactile. C'est l'information contenue dans ce signal qui permet à l'organisme de développer sa capacité de percevoir et de modifier l'activité de certaines fonctions autonomes sur demande. Dans le traitement de la migraine, étant donné les changements vasomoteurs observés lors des attaques migraineuses et l'effet des vasoconstricteurs sur ces attaques, c'est le volume du flux sanguin qui est la fonction-cible de la rétroaction biologique. L'information relative à cette fonction est habituellement recueillie en mesurant les changements dans la température ou l'opacité de la peau.

Tout récemment, la documentation scientifique dans le domaine de l'application de la rétroaction biologique à la migraine a fait l'objet d'examen critiques détaillés (Blanchard *et al.*, 1979 ; Adams *et al.*, 1980). Tous sont unanimes à conclure que les résultats thérapeutiques obtenus à date sont

des plus prometteurs. D'où, l'encouragement et la nécessité de faire avancer la recherche dans ce domaine.

Parmi les méthodes de rétroaction biologique appliquées à la migraine, celle de la température dermale digitale est celle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études. L'augmentation du flux sanguin indiquée par une augmentation de la température correspondrait à une diminution de l'activité sympathique qui, à son tour, rétablirait l'ordre dans le système vasculaire cérébral (Sargent *et al.*, 1973). Malgré la pléthore de recherches sur cette technique, plusieurs questions fondamentales demeurent sans réponse. C'est maintenant notre intention d'exposer deux de ces questions : celle du choix du site d'entraînement à la rétroaction biologique de la température et celle de la spécificité de ses effets dans le traitement de la migraine.

### Problématique

À l'origine, les personnes souffrant de la migraine recevaient la rétroaction de la température différentielle, i.e. de la différence entre la température du milieu du front et celle de l'index droit (Sargent *et al.*, 1972). Elles avaient comme consigne d'augmenter leur température. Mais parce que le plus grand changement de température (et fréquemment le seul) prenait place au niveau du doigt (Keefe, 1975 ; Sargent *et al.*, 1973), les chercheurs adoptèrent cet endroit comme l'unique site pour la rétroaction (e.g. Reading & Mohr, 1976; Turin & Johnson, 1976). Il conviendra de noter que cette modification dans la pratique de la rétroaction biologique de la température fut introduite en négligeant de prendre en considération l'endroit même où se manifestent la douleur migraineuse et les changements vasomoteurs associés à la migraine. En effet, on peut se demander si l'apprentissage du contrôle de la température dermale dans la région où se situe la douleur migraineuse ne pourrait avoir un effet plus bénéfique qu'un apprentissage du même genre mais dans une région éloignée du site de la douleur. Une autre raison pour étudier cette question nous vient du laboratoire de Taub qui a mis en évidence la possibilité d'une spécificité anatomique de l'auto-régularisation de la température dermale. En effet, ce dernier (Taub, 1977) a trouvé que plus une personne devient habile à contrôler sa température dermale, plus le changement observé dans la température devient spécifique à la portion du corps où l'entraînement prend place.

C'est pourquoi nous avons planifié une étude dans laquelle les effets de la rétroaction biologique de la température digitale étaient comparés aux effets de la rétroaction biologique de l'artère temporale. Parce que les recherches relatives au rôle de l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale dans le traitement de la migraine ont donné lieu à des résultats confus et contradictoires (e.g., Kewman et Roberts, 1980 ; Largen *et al.*, 1979; Turin et Johnson, 1976), nous avons également tenté d'évaluer la relation entre l'entraînement au contrôle de la température et l'activité migraineuse en déterminant les effets du réchauffement et du refroidissement de la température à chacun des sites d'entraînement. Comme les résultats de cette étude devaient déroger grandement des résultats obtenus antérieurement par d'autres chercheurs, elle

fut répétée en modifiant certains paramètres. D'où, l'Étude 1 et l'Étude 2.

## Étude 1

### Méthode

**Échantillon.** Un total de 121 individus ont répondu à une annonce diffusée par différents médias d'information. Cette annonce était une invitation à participer à une étude qui avait pour but de leur apprendre à contrôler leur migraine à l'aide de la rétroaction biologique. Chaque personne fit l'objet d'une entrevue semi-structurée adaptée de Blanchard *et al.*, (1978) afin de déterminer si elle pouvait être incluse dans l'étude ou non. Le Tableau 1 résume les données de ces entrevues pour les patient(e)s inclus(es) dans l'étude. La sélection des patient(e)s était fonction de critères d'inclusion et d'exclusion. Ces derniers étaient les mêmes que ceux de Blanchard *et al.* (1978). Pour être admise dans l'étude, la personne devait rapporter au moins deux attaques de migraine par mois et rencontrer trois des cinq critères suivants: 1) maux de tête à prédominance unilatérale; 2) maux de tête habituellement accompagnés de nausée ou vomissement; 3) maux de tête habituellement accompagnés d'une sensibilité à la lumière; 4) avoir un membre de la famille qui souffre ou qui a déjà souffert de la migraine; 5) avoir reçu un diagnostic indépendant de migraine de la part d'un médecin. Les personnes qui décrivaient leurs maux de tête de la façon suivante étaient exclues : 1) quotidiens ; 2) sensation de bandeau autour de la tête et habituellement bilatérale ; ou 3) légers mais persistants.

Vingt-quatre personnes (4 hommes et 20 femmes) furent acceptées dans l'étude en raison de la fréquence élevée et de la régularité de leurs attaques. Leur âge variait de 21 à 65 ans avec une moyenne de 38.6 ans. Les patient(e)s furent stratifié(e)s en six blocs selon le niveau d'activité migraineuse observé au pré-test. Par la suite, les membres de chaque bloc furent assignés au hasard à un des quatre groupes expérimentaux : Périphérique Augmenté (PA), Périphérique Diminué (PD), Céphalique Diminué (CD) ou Céphalique Augmenté (CA). Les hommes et les femmes furent répartis également dans chaque groupe.

**Thérapeutes.** Deux étudiants gradués en psychologie clinique remplissaient les fonctions de thérapeute. Chacun d'entre eux avait la responsabilité d'une moitié des patient(e)s dans chaque condition expérimentale.

**Milieu et instrumentation.** Pendant les sessions de traitement, les patient(e)s étaient assis(es) dans un fauteuil inclinable situé dans un local insonorisé et tenu à température constante (21°C). Deux thermistors furent utilisés pour mesurer la température de la peau. L'un était placé sur l'artère temporale alors que l'autre était placé sur la surface ventrale de la phalange de l'index du côté le plus affecté durant les attaques de migraine. Chacun des thermistors était attaché à la peau, de façon à ne pas obstruer le flux sanguin. La température dermale était contrôlée par deux appareils de rétroaction biologique « Autogen 2000b ».

TABLEAU 1

### Caractéristiques de l'échantillon

1. L'âge du début des maux de tête	Moy : 18.4 ; étendue : 5 - 39		
	OUI	NON	?
2. Avez-vous différents types de maux de tête ?	8	16	0
3. Avez-vous des membres de votre famille qui souffrent de maux de tête ?	22	1	1
4. Prenez-vous des contraceptifs ?	2	18	0
5. Mes maux de tête sont pulsatifs	12	10	2
	Toujours ou habituellement	Quelquefois	Rarement ou jamais
6. J'ai remarqué un changement d'humeur avant une attaque	14	10	0
7. Mes maux de tête sont plus intenses à la fin d'une journée de travail	7	6	11
8. Mes maux de tête s'atténuent s'il m'est	0	5	19

possible de détendre mes muscles du cou				
9.	Mes maux de tête commencent dans le cou, dans les épaules ou derrière la tête	4	3	17
10.	Mes maux de tête peuvent être décrits par un serrement, ou pression externe ou une bande autour de la tête	0	7	17
11.	Mes maux de tête commencent d'un seul côté de tête	22	2	0
12.	Mes maux de tête sont associés avec des troubles visuels (points noirs, des étoiles, des figures géométriques, des luminescences)	5	4	15
13.	Intolérance à la lumière	24	0	0
14.	Mes maux de tête sont accompagnés de nausées et de vomissements	17	7	0
15.	Mes maux de tête s'intensifient en tentant de faire un effort physique	17	2	5
16.	Mes maux de tête commencent en état de repos	6	16	2
17.	Je prends des médicaments que le médecin m'a prescrits pour mes maux de tête	20	1	3

Les données relatives à la température périphérique et céphalique étaient simultanément envoyées dans deux appareils séparés « Autogen 5100 » pour obtenir les données de température intégrée à des intervalles de 15 secondes en format digital. Chaque patient(e) recevait du site-cible une rétroaction auditive qui consistait en un son pulsateur dont la fréquence changeait en fonction des changements dans la température. De façon à ce que pour tous les groupes la modification de la température dans la direction-cible soit renforcée par un son de plus en plus bas, la fréquence de la rétroaction auditive utilisée dans le cas des patient(e)s qui avaient comme tâche d'augmenter leur température était inversée avant d'être présentée aux patient(e)s qui devaient diminuer leur température.

**Procédure.** Tou(te)s les patient(e)s reçurent une session d'entraînement à la rétroaction biologique de la température par semaine pendant huit semaines consécutives. Les rendez-vous manqués étaient repris dans la même semaine. Parce que l'étude prenait place au cours des mois d'automne et d'hiver, tous avaient comme consigne de se présenter à la salle d'attente au moins 20 minutes avant le temps de leur rendez-vous afin de pouvoir s'adapter à la température intérieure.

La durée des sessions d'entraînement était de 50 minutes pour chaque condition expérimentale. Le premier 15 minutes était utilisé pour permettre à la température dermale de se stabiliser. Les patient(e)s ne recevaient aucune rétroaction durant cette période. Suite à la période de stabilisation, les patient(e)s recevaient cinq périodes de 3.5 minutes d'entraînement. Chacune de ces périodes était précédée par une

période de 3.5 minutes de niveau de base contre lesquelles les tentatives à contrôler la température dermale devaient être évaluées.

Les consignes informaient tou(te)s les patient(e)s de la fonction physiologique devant être contrôlée et de la direction requise du changement. Cependant, aucune stratégie pour le contrôle de la température dermale ne fut faite. Au lieu de ceci, les patient(e)s étaient encouragé(e)s à adopter une attitude exploratoire et à développer leurs propres stratégies. Ils(elles) étaient requis(es) de bouger le moins possible et d'éviter toute respiration irrégulière afin de ne pas perturber les données de la température. Pour ce qui concerne la pratique à la maison, ils(elles) étaient tenu(e)s de pratiquer deux fois par jour pendant dix minutes toute stratégie (images, pensées, sensations) qui semblaient associée au succès en laboratoire. Ils(elles) étaient également encouragé(e)s à utiliser leurs stratégies chaque fois qu'ils(elles) prenaient conscience qu'une migraine était en voie de se développer.

Avant de débiter l'entraînement, chaque patient(e) recevait une raison d'être de leur méthode de traitement. Cette raison d'être soulignait la relation entre la température et l'activité vasomotrice et le rôle de cette dernière dans l'étiologie de la migraine. Un bref questionnaire adapté de Borkovec et Nau (1972) fut administré à tou(tes)s les patient(e)s à la fin de la première et de la dernière session de traitement afin de mesurer le niveau de crédibilité et d'attente thérapeutique.

#### Mesures

Les patient(e)s avaient comme consigne de conserver un relevé de leur migraine (fréquence, durée, intensité) sur des fiches destinées à cette fin (Bakal & Kaganov, 1976). L'échelle décrite par Blanchard *et al.* (1978) était utilisée

pour estimer l'intensité de la douleur migraineuse. Les fiches permettaient aussi de quantifier quotidiennement l'utilisation de médicaments pour la migraine. Les patient(e)s complétèrent ces fiches pendant quatre semaines au pré-test, quatre semaines au post-test et encore quatre semaines lors d'un suivi de six mois. Les données relatives à la migraine et aux médicaments furent converties en plusieurs variables :

- a) **Fréquence totale** : ceci représentait le nombre de maux de tête discrets. Pour être compté comme un mal de tête, chaque mal de tête devait être précédé et suivi d'une estimation de « zéro ».
- b) **Durée totale** : cette variable était une mesure du nombre d'heures passées en état de migraine.
- c) **Intensité moyenne** : cette variable était une mesure du niveau de la douleur migraineuse et représentait la moyenne des estimations de la douleur pour chaque mal de tête discret.
- d) **Nombre de pilules** : dû aux difficultés inhérentes à l'évaluation clinique du pouvoir et des réponses analgésiques de certaines classes de médicaments (e.g., aspirines), cette mesure consistait simplement en un relevé du nombre de pilules tel qu'utilisé par Turin et Johnson (1976).

La température dermale fut enregistrée avant et après l'entraînement à la rétroaction biologique ainsi qu'au suivi afin d'évaluer l'habileté des patient(e)s à contrôler la réponse physiologique cible. Durant ces sessions, les patient(e)s devaient exécuter leurs exercices d'auto-régularisation habituels. Cependant, bien que leur activité physiologique était contrôlée, ceci devait se faire en l'absence de la rétroaction biologique.

## Résultats

Le Tableau 2 montre les moyennes et les écarts-types des variables dépendantes pour tous les groupes au pré-test, au post-test et au suivi. Des analyses de la variance à facteur unique n'ont révélé aucune différence entre les groupes pour quelque mesure que ce soit avant l'administration du traitement. De même, aucun effet « thérapeute » n'a été détecté.

L'analyse des cotes de crédibilité face au traitement a indiqué que les attentes thérapeutiques générées par les diverses procédures au début et à la fin de l'entraînement étaient équivalentes dans tous les groupes. Il conviendrait aussi de noter que la crédibilité et les attentes thérapeutiques étaient élevées. En effet, eu égard à la condition expérimentale et au temps de l'évaluation, les moyennes des cotes obtenues au questionnaire variaient de 22.3 à 25 (la cote maximum possible était de 28).

L'habileté à auto-régulariser la température dermale a été évaluée en comptant le nombre de périodes durant lesquelles les patient(e)s avaient changé significativement leur température dans la direction-cible au pré-test, au post-test et au suivi. Les comparaisons entre les périodes de niveau de base et celles de rétroaction ont été faites séparément pour chaque patient(e) à l'aide de tests Wilcoxon. Le Tableau 3 montre les pourcentages de succès obtenus par chacun des groupes lors des tentatives à contrôler la température dermale en l'absence de rétroaction biologique. Un examen de ce tableau révèle que l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale a permis à tous les groupes d'améliorer leur habileté à auto-régulariser leur température et que cette habileté s'est maintenue pour la plupart d'entre eux jusqu'au suivi. On peut également observer que le contrôle de la température a été plus grand dans les groupes PA et PD que dans les groupes CD et CA.

Des analyses de la variance pour une variable inter- et une variable intra-sujets ont révélé des effets « occasions » pour la fréquence totale des maux de tête ( $F(2, 40) = 4.18; p = 0.02$ ); la durée totale des maux de tête ( $F(2, 40) = 3.74; p = 0.05$ );

**TABLEAU 2**

**Moyennes et écarts-types obtenus par chacun des groupes pour chacune des mesures de l'activité migraineuse**

MESURE	TEST		GROUPES			
			Périphérique augmenté	Périphérique diminué	Céphalique diminué	Céphalique augmenté
Fréquence totale	PRÉ	Moy	10.00	12.50	9.66	10.33
		$\sigma$	5.40	8.24	7.24	7.48
	POST	Moy	7.16	7.83	7.83	4.00
		$\sigma$	7.22	6.14	6.49	2.52
	SUIVI	Moy	5.00	5.66	6.50	8.16
		$\sigma$	4.19	4.92	4.18	4.45
Durée totale	PRÉ	Moy	42.00	53.33	58.33	61.00
		$\sigma$	25.01	27.17	45.52	36.06
	POST	Moy	29.33	37.00	39.33	31.33
		$\sigma$	19.62	19.78	20.42	11.36
	SUIVI	Moy	41.83	23.16	48.33	37.50
		$\sigma$	58.37	12.27	26.33	42.13
Intensité totale	PRÉ	Moy	2.25	1.94	1.99	2.06
		$\sigma$	0.75	0.29	0.41	0.62
	POST	Moy	2.08	1.92	1.93	1.95
		$\sigma$	0.92	1.13	1.27	0.54
	SUIVI	Moy	2.16	2.11	2.33	2.03
		$\sigma$	1.26	0.76	0.93	1.09
Nombre de pilules	PRÉ	Moy	8.83	11.83	9.33	12.66
		$\sigma$	6.36	9.36	8.01	7.62
	POST	Moy	5.00	6.16	6.53	5.16
		$\sigma$	3.68	5.81	4.28	5.11
	SUIVI	Moy	6.00	6.50	8.50	9.83
		$\sigma$	5.51	6.28	5.61	14.67

TABLEAU 3

Pourcentage de succès obtenu par chacun des groupes lors des tentatives à modifier la température dermale dans la direction désirée sans feedback

GROUPE	PRÉ	POST	SUIVI
Périphérique augmenté	36.6%	76.6%	70.0%
Périphérique diminué	25.0%	66.6%	76.6%
Céphalique diminué	40.0%	53.3%	50.0%
Céphalique augmenté	33.3%	60.0%	66.6%

et le nombre de pilules ( $F(2, 40) = 3.12; p = 0.05$ ). Il n'y a pas eu d'effets « groupes » ou d'effets « groupes X occasions » significatifs sur ces mesures, ce qui veut dire que tous les groupes ont bénéficié au même degré de leur participation à l'étude. L'analyse de la variance appliquée aux données de l'intensité moyenne de la douleur par mal de tête n'a révélé aucun effet statistiquement significatif.

Pour analyser les effets « occasions » significatifs, on a fait appel à des tests « t » pour échantillons pairés. Ces derniers ont montré des différences significatives entre les données du pré-test et du post-test pour la fréquence totale des maux de tête ( $t(23) = 2.03; p = 0.05$ ); la durée totale des maux de tête ( $t(23) = 2.93; p = 0.008$ ); et le nombre de pilules consommées ( $t(23) = 2.11; p = 0.05$ ). Il n'y a pas eu de différences significatives entre les données du post-test et celles du suivi. La comparaison des données du pré-test et du suivi a révélé des différences significatives seulement pour la fréquence totale des maux de tête ( $t(23) = 4.42; p < 0.001$ ). Cependant, les changements dans la durée totale des maux de tête se sont approchés du niveau de signification ( $t(23) = 1.90; p = 0.07$ ). Les différences pour le nombre de pilules n'ont pas été significatives.

D'autres analyses ont été exécutées afin de déterminer le degré de relation entre le soulagement de la migraine et le contrôle de la température dermale. Aucun coefficient de corrélation n'a atteint le niveau de signification statistique.

Que l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale dans des directions différentes (augmenter ou diminuer) à des sites différents (périphérique ou céphalique) n'ait pas conduit à des différences significatives entre les groupes dans le soulagement de la migraine, ceci était

fort inattendu. Comme il s'agissait de la première expérience du genre dans notre laboratoire, la prudence exigeait de répéter l'étude avant d'en interpréter les résultats. D'où, l'Étude 2.

## Étude 2

### Méthode

**Échantillon.** Comme dans l'Étude 1, 24 personnes ont été sélectionnées en raison de la fréquence et la douleur de leur migraine. Les caractéristiques de cet échantillon sont décrites dans le Tableau 4. Cependant, aux critères d'inclusion et d'exclusion de Blanchard *et al.* (1978), se sont ajoutés de nouveaux critères. Afin d'assurer une meilleure homogénéité de l'échantillon, les personnes désirant participer à l'étude devaient être de sexe féminin, ne pas faire usage de contraceptifs et être âgées de moins de 50 ans. Dans chacun des cas, le diagnostic de migraine devait être confirmé par un neurologue (et non par un médecin généraliste) indépendant. Toutes les patientes devaient s'engager à ne pas utiliser de médicaments prophylactiques pour la migraine et à réduire au strict minimum l'utilisation de tout autre médicament pour toute la durée de l'étude.

Les patientes ont été stratifiées et assignées aux conditions expérimentales (PA, PD, CD et CA) comme dans l'Étude 1. L'âge des patientes variait de 20 à 47 ans, avec une moyenne de 35.3.

**Thérapeutes.** Les thérapeutes étaient 3 étudiants sous-gradués en psychologie. Ils ont rencontré un nombre équivalent de patientes dans chacune des conditions expérimentales.

TABLEAU 4

Caractéristiques de l'échantillon

1.	Moy : 17.1 ; étendue : 1 - 30		
	OUI	NON	?
2. Avez-vous différents types de maux de tête ?	13	10	1
3. Avez-vous des membres de votre famille qui souffrent de maux de tête ?	22	2	0
4. Prenez-vous des contraceptifs ?	1	23	0
5. Mes maux de tête sont pulsatifs	8	12	4
	Toujours ou habituellement	Quelquefois	Rarement ou jamais
6. J'ai remarqué un changement d'humeur avant une attaque	12	3	9
7. Mes maux de tête sont plus intenses à la fin d'une journée de travail	8	9	7
8. Mes maux de tête s'atténuent s'il m'est possible de détendre mes muscles du cou	2	4	18
9. Mes maux de tête commencent dans le cou, dans les épaules ou derrière la tête	14	4	6
10. Mes maux de tête peuvent être décrits par un serrement, ou pression externe ou une bande autour de la tête	0	2	22
11. Mes maux de tête commencent d'un seul côté de tête	23	1	0
12. Mes maux de tête sont associés avec des troubles visuels (points noirs, des étoiles, des figures géométriques, des luminescences)	4	4	16
13. Intolérance à la lumière	22	2	0
14. Mes maux de tête sont accompagnés de nausées et de vomissements	16	8	0
15. Mes maux de tête s'intensifient en tentant de faire un effort physique	21	2	1
16. Mes maux de tête commencent en état de repos	9	14	2
17. Je prends des médicaments que le médecin m'a prescrits pour mes maux de tête	18	5	1

**Milieu et instrumentation.** Le milieu de l'expérimentation est l'équipement utilisé était identique à ceux de l'Étude 1.

**Procédure.** À l'exception du fait que les sessions de rétroaction biologique de la température dermale consistait en 2 périodes d'entraînement de 10 minutes, chacune étant précédée d'une période de niveau de base ou de repos de 10 minutes, la procédure suivie était identique à celle de l'Étude 1. La procédure a été ainsi modifiée parce qu'un examen de

données physiologiques de l'Étude 1 laissait croire que la modification de la température dermale aurait possiblement été plus grande si les patientes avaient eu des périodes d'entraînement plus longues.

**Mesures.** Comme dans l'Étude 1, les patientes devaient prendre note de leurs attaques migraineuses sur des fiches. Contrairement à l'Étude 1, cependant, la durée du niveau de base de l'activité migraineuse au pré-test et au post-test a été

de cinq semaines. Cette modification a été apportée afin de s'assurer que le niveau de base recoupe avec la période de menstruation au moment du pré-test et du post-test pour toutes les patientes.

Parmi les variables des maux de tête, celle de « l'intensité moyenne » a été changée pour « l'intensité totale » des maux de tête. Cette variable représentait le total des estimations de l'intensité de la douleur pour toutes les attaques migraineuses. Les autres mesures de la migraine de même que la mesure des habiletés à auto-régulariser la température dermale sont demeurées inchangées.

### Résultats

Pour chacun des groupes, les moyennes et les écarts-types des variables dépendantes au pré test et au post-test sont regroupés dans le Tableau 5. Des analyses de la variance à facteurs uniques ont indiqué qu'au moment du pré-test, tous les groupes étaient équivalents sur chacune de ces variables. De même, aucun « thérapeute » n'a été identifié.

Le Tableau 6 représente le degré d'habileté à auto-régulariser la température dermale au moment du pré-test et du post-test pour chacun des groupes. Ce dernier permet

d'observer, qu'au moment du pré-test, l'habileté du groupe PA se distinguait de celle des autres groupes. Cependant, suite à l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale, l'habileté des autres groupes s'était tellement améliorée que celle du groupe PA, dont l'habileté était demeurée inchangée, ne se distinguait plus de celle des autres groupes. Le Tableau 6 permet également de noter que les groupes périphériques et céphaliques ne se différenciaient pas clairement au niveau du contrôle de la température dermale.

L'application de l'analyse de la variance aux variables dépendantes a mis à jour des effets « occasions » pour la fréquence totale des maux de tête ( $F(1, 20) = 9.28$  ;  $p = 0.006$ ) et l'intensité totale des maux de tête ( $F(1, 20) = 4.32$  ;  $p = 0.05$ ). Aucun effet « groupes » ou effet « groupes X occasions » n'a été détecté sur ces mesures. L'analyse des données relatives à la durée totale des maux de tête a montré que seul l'effet « occasion » approchait le niveau de signification ( $F(1, 20) = 2.82$  ;  $p=0.11$ ). Aucun effet statistiquement significatif ne s'est manifesté lors de l'analyse des données se rapportant au nombre de pilules.

TABLEAU 5

Moyennes et écarts-types obtenus par chacun des groupes pour chacune des mesures de l'activité migraineuse

MESURE	TEST		GROUPES			
			Périphérique augmenté	Périphérique diminué	Céphalique diminué	Céphalique augmenté
Fréquence totale	PRÉ	Moy	19.66	21.66	20.16	23.66
		$\sigma$	10.33	10.38	15.32	19.83
	POST	Moy	11.50	14.00	6.00	21.66
		$\sigma$	9.97	9.57	2.89	15.79
Durée totale	PRÉ	Moy	226.50	226.33	216.00	198.83
		$\sigma$	217.82	130.96	176.57	140.20
	POST	Moy	203.33	204.66	138.33	184.66
		$\sigma$	276.99	159.03	179.57	166.25
Intensité totale	PRÉ	Moy	273.66	289.16	243.66	266.83
		$\sigma$	290.45	188.82	188.59	216.49
	POST	Moy	202.83	254.83	134.00	254.49
		$\sigma$	276.99	159.03	179.57	166.25
Nombre de pilules	PRÉ	Moy	16.66	20.00	19.16	22.50
		$\sigma$	25.51	23.76	24.54	26.85

POST	Moy	11.16	20.33	22.83	25.33
	$\sigma$	12.79	22.49	31.93	31.87

**TABLEAU 6**

**Pourcentage de succès obtenu par chacun des groupes lors des tentatives à modifier la température dermale dans la direction désirée sans feedback**

GROUPE	PRÉ	POST
Périphérique augmenté	75%	75%
Périphérique diminué	42%	83%
Céphalique diminué	42%	75%
Céphalique augmenté	33%	66%

Aucun des coefficients de corrélation entre les données physiologiques et celles relatives à la migraine ne s'est révélée statistiquement significatif.

### Discussion

Selon nos résultats (Étude 1 et 2), il semble que l'entraînement au contrôle de la température par rétroaction biologique soit capable de contribuer à une réduction significative de la migraine. Bien que le suivi (Étude 1) ait reflété une certaine perte des bénéfices thérapeutiques, les résultats demeurent fort intéressants en ce sens qu'ils donnent l'impression d'être peu consistants avec la documentation scientifique dans ce domaine.

L'absence de différences entre les effets thérapeutiques de la rétroaction biologique de la température dermale au niveau périphérique et au niveau céphalique suggère qu'il n'existe pas de site optimal pour l'application de la rétroaction biologique. Ceci semble aller à l'encontre de la spécificité anatomique de l'auto-régularisation de la température dermale (Taub, 1977). En réalité, cependant, ceci n'est pas le cas. Ceci signifie simplement que les effets thérapeutiques de l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale sont probablement liés à l'impact de ce type d'entraînement (peu importe le site d'entraînement) sur l'activité du système nerveux sympathique (on se rappellera que l'activité vasomotrice est contrôlée par le système nerveux sympathique) plutôt qu'à la manipulation hydraulique du flux sanguin dans diverses parties du corps. Cette interprétation est consistante avec l'observation que les personnes qui immergent leurs mains dans l'eau chaude lors d'une attaque de migraine ne rapportent aucun soulagement de leur symptôme (Sargent *et al.*, 1973).

Le fait que l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale dans des directions-cibles différentes n'ait pas donné lieu à des différences significatives entre certains groupes au niveau des mesures dépendantes semble vouloir remettre en question la spécificité des effets de ce type

de rétroaction biologique dans le traitement de la migraine. Mais est-ce vraiment le cas ?

Il va sans dire qu'aux premiers abords nos résultats semblent ne pas concorder avec ceux obtenus par d'autres chercheurs. Par exemple, Turin et Johnson (1976) et Largent *et al.* (1979) font état de données démontrant que les effets du refroidissement et du réchauffement des mains sont différents. Cependant, l'étude de Turin et Johnson doit être interprétée avec réserve. Premièrement, certaines données indiquent que l'activité migraineuse d'un sujet a augmenté lors de la phase d'entraînement au refroidissement. Par contre, un examen approfondi de ces données (voir Johnson et Turin, 1975) montre que ceci n'est pas si clair car la distribution des données recueillies au cours de la phase de niveau de base et celle de refroidissement se recoupe. Deuxièmement, le petit nombre de personnes migraineuses étudiées et l'absence de contrôle pour l'effet d'ordre des traitements n'ont pas permis de faire des comparaisons statistiques significatives entre les données relatives à l'activité migraineuse obtenue durant la phase d'entraînement au refroidissement. Troisièmement, des analyses plus approfondies de leurs données n'ont révélé aucune corrélation significative entre le degré de réchauffement des mains et la diminution de l'activité migraineuse observée durant la phase de réchauffement.

Largent *et al.* (1979) aussi reconnaissent le rôle spécifique de l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale dans les gains thérapeutiques obtenus dans leur étude. Cependant, un examen détaillé de leurs données révèle que ces dernières sont fort équivoques. En effet, les seules données substantiant un effet spécifique de l'auto-régularisation de la température chez leurs sujets sont sous la forme de pourcentages de gens qui ont montré une augmentation ou une diminution de la fréquence des maux de tête dans chacune des deux conditions expérimentales : le réchauffement et le refroidissement des mains. Parce que ces données n'ont pas fait l'objet d'analyses statistiques, on ignore si les changements dans la fréquence des migraines se sont avérés significatifs. L'interprétation relative à l'effet spécifique de la température

devient encore plus équivoque lorsqu'on considère un rapport ultérieur (Mathew *et al.*, 1980) faisant mention du fait que la majorité des sujets affirmait avoir été soulagés de leur migraine et qu'aucune des corrélations entre les sept mesures cliniques de la migraine et le degré de contrôle de la température ne s'était révélée significative.

Récemment, Kewman et Roberts (1980) ont utilisé une procédure à double insu pour évaluer les effets spécifiques de l'entraînement à la rétroaction biologique de la température dermale dans le soulagement de la migraine. Ils ont trouvé que, pour chacun des groupes (y compris celui qui est demeuré à la maison et qui a fait l'auto-enregistrement de la migraine), le nombre de symptômes expérimentés durant un mal de tête, les estimations de l'altération et la quantité de médicaments utilisés pour combattre la migraine avaient tous diminué significativement durant l'étude. Même lorsque les sujets ont été regroupés selon un critère d'apprentissage, bien que tous les groupes se soient améliorés de façon significative sur certaines mesures de l'activité migraineuse, les différences entre les sujets qui avaient appris à augmenter leur température périphérique, ceux qui n'avaient pas rencontré le critère d'apprentissage et ceux qui n'avaient pas reçu d'entraînement à la rétroaction biologique, sont demeurées non significatives. Mais bien que l'étude de Kewman et Roberts (1980) puisse paraître plus satisfaisante que celles de Turin et Johnson (1976) et Largen *et al.* (1979) et corroborer nos résultats, elle n'est pas sans lacunes du point de vue clinique. En effet, il est assez difficile de s'attendre à ce que des personnes migraineuses pratiquent régulièrement à la maison leurs exercices d'auto-régularisation et fassent appel à ces exercices pour avorter des attaques de migraine lorsqu'elles n'ont pas été informées de la réponse physiologique faisant objet de contrôle durant les sessions de traitement. Il y a également lieu de s'interroger sur les effets d'une telle façon de procéder sur la crédibilité et les attentes thérapeutiques des personnes en cause.

Donc, étant donné le fait que plusieurs facteurs contribuent à mitiger les données des études antérieures, on ne saurait dire que nos résultats vont vraiment à l'encontre de la documentation scientifique dans ce domaine. Par contre, il serait inapproprié d'attribuer l'amélioration de l'état migraineux de nos patient(e)s au rôle des facteurs non-spécifiques contenus dans le traitement de la migraine par rétroaction biologique de la température dermale sans considérer au préalable une explication alternative.

En effet, il se peut que l'entraînement au réchauffement et au refroidissement de la peau ait eu un effet commun, celui de **stabiliser** le système vasculaire cérébral. Comme toute tentative à réchauffer ou à refroidir la peau a supposément comme effet de produire un état de vasodilatation ou de vasoconstriction, il semblerait raisonnable de poser comme hypothèse que l'auto-régularisation de la température dermale (quelle que soit sa direction) a pour effet de produire un état physiologique incompatible avec l'activité vasomotrice extrême qui précède de façon si caractéristique les attaques de migraine. Mais comme la température est une mesure « crue » de l'activité vasomotrice, l'analyse de nos données en ce sens

ne saurait jeter une lumière fiable sur cette hypothèse. En effet, cette dernière pourrait être vérifiée plus adéquatement dans des études futures en contrôlant les changements dans le volume de la pulsation sanguine au niveau de l'artère temporale en même temps que les changements dans la température dermale. Si les gains thérapeutiques observés lors du traitement de la migraine par rétroaction biologique thermique sont associés à la stabilisation de l'activité vasomotrice, alors on serait en droit de s'attendre à ce que les deux conditions (réchauffement et refroidissement) produisant des réductions similaires dans l'étendue de la variabilité du volume de la pulsation sanguine. Une telle étude est présentement en cours dans notre laboratoire.

## Références

- Adams, H. E., Feuerstein, M. et Fowler, J. L. Migraine headache: Review of parameters, etiology and intervention. *Psychological Bulletin*, 1980, 87, 217-237.
- Adams, R. D. et Griffith, J. F. Migraines. Dans T. R. Harrison (Éd.), *Principes de médecine interne* (7e éd.), Tome III. Paris : Flammarion, 1975.
- Ad Hoc Committee on the Classification of Headache, National Institute of Neurological Diseases and Blindness. Classification of headache. *Neurology*, 1962, 12, 378-380.
- Bakal, D. A. et Kaganov, J. A. A simple method for self-observation of headache frequency, intensity and location. *Headache*, 1976, 16, 123-124.
- Blanchard, E. B., Ahles, T. A. et Shaw, E. R. Behavioral treatment of headaches. Dans Hersen, M., Eisler, R. M. and Miller, P. M. (Éds.). *Progress in Behavior Modification*, Vol. 8. New York: Academic Press, 1979.
- Blanchard, E. B., Theobald, D. E., Williamson, D. A., Silver, B. V. et Brown, D. A. Temperature biofeedback in the treatment of migraine headache: A controlled evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 581-588.
- Borkovec, T.D. et Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 257-260.
- Childes, A. et Sweetman, M. Study of 104 cases of migraine. *British Journal of Industrial Medicine*, 1961, 18, 243.
- Cohen, M. J. Psychophysiological studies of headache: Is there similarity between migraine and muscle contraction headaches? *Headache*, 1978, 18, 189-196.
- Cutler, P., Aldredge, H. R., Fuller, D. S. et Siller, E. J. Migraine... and more: Treatment and prevention. *Current Prescribing*, 1976, 2, 46-55.
- Dalessio, D. J. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. New York: Oxford University Press, 1972.
- Diamond, S., Balkes, B. J., et Levine, H. W. A review of the pharmacology of drugs used in the therapy of migraine. *Headache*, 1972, 7, 37-43.
- Edmeads, J. Vascular headaches and the cranial circulation: Another look. *Headache*, 1979, 19, 127-132.
- Gauthier, J. Migraine: Can biofeedback research operate as if distinct symptoms have been identified. Proceeding of the

- Biofeedback Society of America: Tenth Annual Meeting. February 23-27, 1979, San Diego, California.
- Johnson, W. G. et Turin, A. Biofeedback treatment of migraine headache: A systematic case study. *Behavior Therapy*, 1975, 6, 394-397.
- Keefe, F. J. Conditioning changes in differential skin temperature. *Perceptua/ and Motor Skills*, 1975, 40, 283-288.
- Kewman, D. et Roberts, A. H. Skin temperature biofeedback and migraine headaches: A double-blind study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 1980, 5, 327-345.
- Largen, J. W., Mathew, R. J., Dobbins, K., Meyer, J. S., Sakai, F. et Claghorn, J. L. The effects of direction of skin temperature self-regulation on migraine activity and regional cerebral blood flow. In *Proceedings of the Biofeedback Society of America: Tenth Annual Meeting*, February, 23-27, 1979, San Diego, California.
- Lennox, W. *Science and Seizures*. New York: Harper, 1941.
- Lyght, C. *The Merck Manual*. Rahway, N. J.: Merck, Sharp and Dohme International, 1966.
- Mathew, R. J., Weiman, M., Claghorn, J. L. et Largen, J. Relaxation and regional cerebral blood flow. *Proceedings of the Biofeedback Society of America: Eleventh Annual Meeting*, March 7-11, 1980, Colorado Springs, Colorado.
- Reading, C. et Mohr, P. Biofeedback Control of migraine: a pilot study. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976, 15, 429-433.
- Sargent, J. D., Green, E. E. et Walters, E. D. The use of autogenic feedback training in a pilot study of migraine and tension headaches. *Headache*, 1972, 12, 120-125.
- Sargent, J. D., Walters, E. D. et Green, E. E. Psychosomatic self-regulation of migraine headaches. *Seminars in Psychiatry*, 1973, 3, 415-427.
- Taub, E. Self-regulation of human tissue temperature. Dans Schwartz, G. E. and Beatty, J. (Éds.), *Biofeedback: Theory and Research*. New York: Academic Press, 1977.
- Turin, A. et Johnson, W. G. Biofeedback therapy for migraine headaches. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 517-519.
- York, A. Voluntary control of vasodilatation (handwarming) by migraine and non-migraine subjects with autogenic feedback training. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington, 1974.
- Ziegler, D. K. Migraine: Diagnostic and therapeutic aspects. *Postgraduate Medicine*, 1974, 56, 169-174.

## LES OUTILS D'ÉVALUATION FACILITANT L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Gaëtan Tremblay<sup>1</sup>

La Maisonnée Laurendière

---

L'évaluation des problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle s'avère relativement complexe. En effet, les caractéristiques de cette clientèle rendent difficile l'observation des indices pouvant faciliter le diagnostic des maladies mentales. Le présent article propose un survol de divers instruments d'évaluation facilitant le processus d'observation d'indices de difficultés d'ordre psychologique et ce, chez des personnes présentant divers niveaux de déficits au plan intellectuel.

*See end of text for English abstract.*

---

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.  
Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

Selon divers auteurs (Sturmey, 1993), de 27% à 40% des personnes vivant avec une déficience intellectuelle présentent également des difficultés importantes d'ajustement personnel ou social, se traduisant par des problèmes de comportements

majeurs ou des problèmes de santé mentale. L'évaluation de ces difficultés n'est pas nécessairement aisée chez les gens dont le fonctionnement intellectuel se situe dans la normalité. Il s'avère encore plus ardu de cerner les difficultés d'une personne ayant une déficience intellectuelle dans le but d'avancer un diagnostic psychologique ou psychiatrique, afin d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées à ce qu'elle vit.

Le présent article vise à fournir aux cliniciens un minimum d'informations à propos des instruments permettant de faciliter l'identification des difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle, sur le plan psychopathologique. Ils sont pour la plupart issus des travaux émanant d'équipes de recherche qui proposent des instruments standardisés ou des outils référant aux indices du DSM-III-R (1989). À ce propos, le tableau 1 fournit les principales informations concernant les indices de fidélité et de validité des divers instruments répertoriés dans le présent article. De plus, les types d'instruments décrits s'adressent surtout aux gens qui côtoient la personne évaluée. Cela permet d'obtenir des renseignements reliés au fonctionnement quotidien de la personne.

---

<sup>1</sup> Le présent article reprend, en partie, le contenu d'une présentation par L'Abbé et Tremblay lors du congrès "Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles" tenu à Longueuil en octobre 1993. L'auteur tient à remercier Mme Luce Morin et Mme Gaëtane Breault pour leur support technique lors de la rédaction de cet article, de même que M. Michel Aubine, chef de services, pour la révision finale. Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à M. Gaëtan Tremblay, La Maisonnée Laurendière, 818 Notre Dame, bureau 200, Repentigny (Québec), J5Y 1B7.

**Tableau 1***Les principales caractéristiques psychométriques des inventaires*

Échelles	Analyse fact.	Indices de fidélité	Consistance interne	Validité externe	DSM-III-R
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
ABS-2	Oui	.37 à .77	ND (f)	ND	Non
IEBOC	ND	ND	ND	ND	Non
ABC	Oui	.46 à .90	.86 à .92	.00 à .28	Non
PIMRA	Oui	.42 à .91	.83	.39 à .64	Oui
REISS	Oui	.35 à .79	.54 à .84	.78 à 83	Oui
CARS	ND	ND	ND	ND	Oui
EOC	Oui	.82 à .89	.95	.70 à .87	Non
REISS-C	Oui	.26 à .74	.91	ND	Oui
EPS	Oui	.24 à .96	.77 à .97	.17 à .97	Non
DASH	Non	.91 à .96	.20 à .84	ND	Oui

(a) Cette colonne indique si une analyse factorielle est présentée dans le manuel d'accompagnement de l'inventaire.

(b) L'accord inter-juge ou test-retest est indiqué ici. Les données indiquent le plus petit coefficient obtenu et celui

le plus élevé, parmi les différents domaines de l'échelle.

(c) Il s'agit, ici du coefficient Alpha de Cronbach (score global ou résultat le plus faible et le plus élevé si les informations par domaine sont disponibles).

(d) Ces coefficients sont en fait des corrélations obtenues, par les auteurs des inventaires, avec d'autres échelles de même type. Les données indiquent le plus petit coefficient obtenu et celui le plus élevé, parmi les différents domaines de l'instrument.

(e) Cette colonne indique si l'instrument reprend ou non les critères diagnostiques des troubles de santé mentale décrits dans le DSM- III -R.

(f) ND : Non-disponible.

Comme le souligne Desnoyers-Hurley et Sovner (1992), le recours à ces instruments peut :

1. faciliter l'identification de diagnostics ;
2. permettre de préparer des consultations auprès de spécialistes ;
3. aider à prendre des décisions concernant le type de services à offrir à une personne ;
4. mesurer l'efficacité des interventions (via pré et post-test), et
5. établir la compétence de la personne évaluée (ex : évaluation pour la Curatelle).

Ajoutons que l'ensemble des instruments décrits ici peut aisément s'inscrire dans une démarche de planification de services individualisés. Comme l'expose Tremblay (1990), ces outils peuvent être considérés comme des outils d'évaluation diagnostique et d'évaluation sommative dans le processus de planification.

Voici la présentation de ces instruments, par ordre d'année de parution. Ce relevé, non-exhaustif, vise à décrire un

ensemble d'outils pouvant s'appliquer soit à des individus dont le niveau de fonctionnement correspond à un niveau spécifique (léger, moyen, sévère ou profond) ou soit à un groupe d'âge (enfant, adolescent ou adulte).

**L'Adaptive Behavior Scale (Partie 2).** L' "Adaptive Behavior Scale", partie 2, (Nihira, Foster, Shellhaas & Leland, 1975) constitue un des premiers instruments développés afin de cerner les difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle. Cet outil s'inscrit dans les démarches de l'Association Américaine de la Déficience Intellectuelle qui, dès les années 50, recommandait l'utilisation des outils permettant d'évaluer divers aspects du fonctionnement d'une personne, habituellement non couverts par les tests d'intelligence (Heber, 1969).

Cette échelle se divise en deux parties. La première vise à évaluer le répertoire d'habiletés que possède la personne évaluée et à la comparer à un groupe du même âge. La deuxième partie s'attarde à cerner les difficultés d'adaptation. Elle comprend les catégories suivantes :

- les comportements de violence, 26 items ;

- les comportements anti-sociaux, 29 items ;
- les comportements de révolte, 27 items ;
- les conduites déloyales, 9 items ;
- les comportements de retrait, 14 items ;
- les maniérismes, 13 items ;
- les manières inadéquates, 7 items ;
- les habitudes vocales inacceptables, 7 items ;
- les habitudes excentriques, 29 items ;
- l'automutilation, 9 items; les tendances hyperactives, 19 items ;
- les comportements sexuels inadéquats, 18 items ;
- les troubles psychologiques, 34 items ;
- l'utilisation de médicaments, 4 items.

Chaque item doit être évalué sur une échelle à 3 points (0 : le comportement n'apparaît pas, 1 : le comportement apparaît occasionnellement, 2: le comportement apparaît fréquemment). Les résultats, à chaque catégorie, sont compilés et reportés sur un histogramme où l'on retrouve la distribution standardisée des scores par groupe d'âges. Les normes disponibles couvrent autant les enfants et les adultes et ce, quel que soit leur niveau de déficits sur le plan intellectuel. Il est à noter qu'une nouvelle version complètement révisée vient de paraître (Nihira, Leland, & Lambert, 1993).

L' "Adaptive Behavior Scale", partie 2, se veut davantage une grille axée sur l'évaluation objective des difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle. Elle ne permet pas d'identifier, du moins directement, un diagnostic concernant les problèmes de santé mentale. C'est un instrument qui peut tout de même servir à cerner des comportements, des habitudes, qui peuvent causer préjudice à la personne ou à son entourage. Dans une perspective basée davantage sur le diagnostic, cette échelle peut s'avérer fort utile pour cerner la portée de divers comportements inadéquats et, par la suite, identifier ceux pouvant faire l'objet d'intervention.

Un instrument du même type est disponible sur le marché québécois. L'Échelle québécoise de comportements adaptatifs (EQCA), développée à l'Université du Québec à Montréal (Maurice, Morin, & Tassé, 1993), propose une démarche d'évaluation des habiletés fonctionnelles et des difficultés d'adaptation relativement similaire.

**Teachers inventory or emotional and behavioral development.** Le "Teachers inventory of emotional and behavioral development" vise particulièrement le dépistage de problèmes pouvant apparaître chez des enfants de 2 à 6 ans. Il est le résultat des travaux menés par Abelson (1980) au "Yale Child Study Center". Bien que l'instrument s'adresse d'abord à des enfants qui ne présentent pas de déficit particulier, son utilisation peut s'avérer utile pour identifier certaines difficultés chez des enfants dont le développement est freiné à cause d'une déficience intellectuelle. Il n'existe pas de publication en français de cet instrument.

Cette échelle s'attarde plus particulièrement aux difficultés que peut éprouver un enfant, dans les catégories suivantes :

- les activités de jeux, 20 items ;
- le langage, 10 items ;
- les sentiments, 19 items; les aspects relationnels, 24 items ;
- le développement moteur, 7 items ;
- les fonctions d'élimination, 8 items ;
- les conditions physiques, 12 items.

La cotation à l'instrument se fait par des observations directes. L'évaluateur doit inscrire si les items proposés (chacun pris individuellement) apparaissent ou non dans le répertoire de l'enfant. Le nombre d'items cochés OUI (il apparaît chez l'enfant), indique s'il y a lieu de pousser plus loin les expertises auprès de spécialistes.

Cet outil d'évaluation doit être utilisé surtout pour des fins de dépistage. Il s'avère difficile de recourir à cet inventaire pour identifier des problèmes d'ordre psychopathologique chez un jeune enfant. Par contre, pour les personnes partageant le quotidien des enfants, cet inventaire peut s'avérer utile afin de préparer une demande de consultation.

**Aberrant behavior checklist.** L' "Aberrant Behavior Checklist" est issu des travaux de Aman et Singh (1985). Il vise à identifier les difficultés que peuvent présenter des personnes accusant un retard variant de moyen à profond. Rojahn et Helsel (1991) montrent également que cet outil peut être utilisé auprès des enfants et des adolescents qui présentent une déficience intellectuelle.

Les thèmes évalués se présentent ainsi :

- l'irritabilité, 15 items ;
- la léthargie, 16 items ;
- les comportements stéréotypés, 7 items ;
- l'hyperactivité, 16 items ;
- les habitudes vocales inadéquates, 4 items.

L'évaluation se fait avec une personne qui connaît bien l'individu à évaluer. Lors de la cotation, l'évaluateur a recours à une échelle à quatre points, soit : 0 : non problématique ; 1 : peu problématique ; 2 : problématique et 3 : très problématique.

En comparaison avec les instruments décrits jusqu'ici, le

principal avantage de l'" Aberrant Behavior Checklist" réside dans le nombre plus restreint d'items. Son utilisation s'en trouve facilitée. Par contre, l'utilisation de cette échelle, dans le but d'identifier des pathologies, n'est pas vraiment recommandée, du moins, pas comme seule source d'information. Cet outil doit être plutôt considéré comme un outil de dépistage. Cet inventaire n'est pas disponible en français.

#### **Psychopathological Inventory of Mental Retarded Adult.**

Comme l'indique le titre de l'instrument, le "Psychopathological Inventory of Mental Retarded Adult" (PIMRA) s'adresse plus particulièrement à une clientèle adulte. Son application vise les personnes présentant un retard léger. A la rigueur, il est possible de l'utiliser auprès des personnes présentant une déficience moyenne, en autant que ces dernières fassent preuve de certaines habiletés de communication sur le plan verbal. Il n'existe pas de version publiée en français de cet outil.

Le PIMRA est un instrument conçu par Matson (1988) à l'Université de la Louisiane. L'application de l'instrument s'est faite auprès de gens dont les âges varient de 16 à 57 ans. Les thèmes évalués par l'instrument sont :

- la schizophrénie, 7 items ;
- les troubles affectifs, 7 items ;
- les troubles sexuels, 7 items ;
- les troubles d'adaptation, 7 items ;
- les troubles anxieux, 7 items ;
- les troubles psychosomatiques, 7 items ;
- les troubles de la personnalité, 7 items ;
- les problèmes d'ajustement personnel, 7 items.

L'administration se fait auprès d'une personne référente et auprès de l'aper-sonne visée par l'évaluation. Un point est comptabilisé selon qu'il y a accord ou non sur l'apparition des comportements entre les deux protocoles d'administration et ce pour chaque thème. Le manuel de l'utilisateur comprend un tableau illustrant les énoncés où un accord est attendu et ceux où un désaccord doit être observé. Les résultats ainsi obtenus sont rapportés sur un tableau de compilation.

Le PIMRA est un des premiers outils conçus expressément pour cerner les problèmes de santé mentale chez des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Cet inventaire repose sur les critères diagnostiques du DSM-III-R (1989). Il permet aux cliniciens d'identifier divers indices de problèmes psychologiques, difficiles à observer, autrement que par un questionnaire de ce type. De plus, la conception de l'instrument favorise l'obtention d'informations, de renseignements, émanant directement de la part de la personne à évaluer.

**L'échelle de Reiss.** Cet instrument est issu des travaux de Reiss (1988) de l'Université d'Illinois à Chicago. Il vise à identifier les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et présentant des problèmes de santé mentale. Son utilisation s'avère utile pour les adolescents et les adultes fonctionnant avec un niveau de déficience variant du retard sévère au retard

léger. L'inventaire n'est pas disponible en français. Cet outil comprend les thèmes suivants :

- les comportements agressifs ;
- l'autisme ;
- la psychose ;
- la paranoïa ;
- la dépression B (signes comportementaux) ;
- la dépression P (signes physiologiques) ;
- la personnalité dépendante ;
- l'évitement.

L'ensemble du questionnaire comprend 38 items. La cotation se fait sur une échelle à trois points (non-problématique, problématique, problème majeur) tout en considérant l'intensité, la fréquence et les conséquences du comportement. Il peut être complété par les gens qui côtoient la personne à évaluer.

La réalisation de cet inventaire peut s'inscrire dans le même type de démarche qui prévaut pour le PIMRA. Ici, l'accent est mis sur l'observation d'indices permettant d'identifier les problèmes de santé mentale chez une clientèle qui, règle générale, présente de grandes difficultés de communication sur le plan verbal.

**Children Autism Rated Scale.** Le "Children Autism Rated Scale (CARS)" est un outil développé par l'équipe de Schopler (Schopler, Reichler, & Roehen-Renner, 1988a). Il vise à diagnostiquer la présence de l'autisme chez des personnes présentant une déficience intellectuelle de tout âge, peu importe leur niveau de déficit. Le CARS reprend les éléments diagnostiques du DSM-III-R (1989). Une traduction en français est disponible sur le marché (Schopler et al., 1988b).

Les catégories suivantes sont évaluées :

- les relations sociales ;
- l'imitation ;
- les réponses émotionnelles ;
- l'utilisation du corps ;
- l'utilisation des objets ;
- l'adaptation au changement ;
- les réponses visuelles ;
- les réponses auditives ;
- le goût, l'odorat et le toucher ;
- les peurs et l'anxiété ;
- la communication verbale ;
- la communication non-verbale ;
- le niveau d'activité ;
- le niveau intellectuel ;
- l'impression générale

L'évaluation se fait avec la participation d'un répondant qui connaît bien la personne à évaluer ou encore, en situation d'observation directe. L'évaluateur doit coter chaque catégorie sur une échelle de 1 à 4 (1 : approprié à l'âge ; 2 : légèrement anormal ; 3 : moyennement anormal ; 4 : sévèrement anormal). Pour chaque cote, une définition opérationnelle est proposée et ce, pour chaque catégorie. De plus, l'évaluateur peut utiliser une cote moyenne (ex. : 2.5) s'il juge que les résultats de l'observation se situent entre deux cotes.

Les résultats globaux sont rapportés sur un tableau indiquant si la personne évaluée ne présente aucun indice associé à l'autisme, si elle présente des traits autistiques légers ou moyens, ou encore, si elle présente des traits autistiques sévères.

Cet instrument est probablement un des rares outils d'évaluation aussi complet pour l'identification de l'autisme. Il faut préciser que le mode de cotation retenu par les auteurs est un des éléments-clés qui expliquerait la précision de cette échelle.

### **Échelle d'évaluation des dimensions du comportement.**

L'échelle d'évaluation des dimensions du comportement est une traduction du "Behavior Dimensions Rating Scale" de Bullock et Wilson (1989). La version française est de Bullock, Wilson, Poirier, Tremblay et Freeston (1992) et elle comprend des normes élaborées à partir d'enfants résidant au Québec. Cet instrument vise essentiellement à cerner les difficultés d'adaptation, associées à des troubles affectifs, chez une clientèle d'âge scolaire (de la maternelle à la fin du secondaire).

L'échelle comprend les dimensions suivantes :

- les comportements agressifs et perturbateurs, 14 items ;
- les conduites irresponsables et l'inattention, 10 items ;
- le repli sur soi, 13 items ;
- la crainte et l'anxiété, 9 items.

La cotation est effectuée par un intervenant qui connaît bien la personne à évaluer. Les observations sont d'abord rapportées, pour chacun des 43 items, sur une échelle bipolaire à 7 points. Par la suite, les résultats sont compilés et reportés sur un graphique standardisé.

Cette échelle ne vise pas, à prime abord, l'évaluation des problèmes de santé mentale chez des enfants présentant une déficience intellectuelle. Par contre, il semble possible de retenir cet inventaire, du moins auprès des enfants présentant une déficience légère ou moyenne. Plusieurs items de cette échelle reprennent des difficultés que l'on peut rencontrer chez ce type de clientèle.

**L'échelle de Reiss pour enfants.** Le "Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis" (Reiss, 1990) s'inscrit dans la foulée du "Reiss Screen for Maladaptive Behavior" décrit auparavant. Comme l'indique le titre de l'instrument, il s'agit d'une version révisée de l'échelle Reiss et ce, pour permettre une application auprès d'une clientèle d'enfants. En fait, les normes disponibles

permettent une application chez des enfants, des adolescents et des adultes. Le groupe d'âge visé se situe entre 4 et 21 ans. Cette échelle n'est pas disponible en français.

L'inventaire comprend 10 thèmes qui se présente comme suit :

- colère et auto contrôle ;
- troubles de l'anxiété ;
- déficit de l'attention ;
- autisme ;
- troubles de comportement ;
- dépression ;
- estime de soi ;
- psychose ;
- comportements somatiques ;
- tendance au retrait.

Les divers items de l'inventaire sont complétés par deux répondants et ce, de façon indépendante. Ces répondants doivent bien connaître l'enfant à évaluer. La cotation est identique à l'échelle de Reiss, soit : est-ce que le comportement observé est non-problématique ? problématique ? ou constitue-t-il un problème majeur ? Il est à noter que certains items demandent une auto-évaluation de la part de l'enfant.

Cet inventaire constitue un des premiers outils visant à cerner plus spécifiquement les problèmes de santé mentale chez les enfants présentant une déficience intellectuelle. Des normes sont disponibles afin de guider l'évaluateur dans l'interprétation des résultats. Ces normes se présentent par groupe d'âge et permettent d'identifier la sévérité des problèmes rencontrés.

**Emotional Problem Scales.** L' "Emotional Problem Scale" (Prout & Strohmer, 1991) permet l'évaluation des problèmes de comportement et des difficultés émotives chez des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Cette échelle s'applique surtout auprès des adolescents et des adultes présentant une déficience légère ou une lenteur intellectuelle. En fait, cet instrument comprend deux échelles : le "Behavioral Rating Scale" et le "Self-Report Inventory". Ces instruments ne sont pas disponibles en français.

Le Behavior Rating Scale est composé de 135 items et mesure les aspects suivants :

- les troubles de comportement ;
- l'agressivité verbale ;
- l'agressivité physique ;
- les problèmes sexuels ;
- le refus d'obéir ;
- l'hyperactivité ;
- la distraction
- l'anxiété ;
- les problèmes somatiques ;
- le retrait, l'évitement ;

- la dépression ;
- l'estime de soi ;
- les problèmes extériorisés ;
- les problèmes intériorisés.

- les troubles de l'élimination, 2 items ;
- les troubles alimentaires, 6 items ;
- les désordres du sommeil, 5 items ;
- les désordres sexuels, 3 items ;
- les syndromes organiques, 9 items ;
- le contrôle des impulsions, 16 items.

La cotation à cette échelle se fait sur un continuum en quatre points se présentant ainsi : (a) 0 : le comportement n'apparaît presque jamais ; (b) 1 : le comportement apparaît rarement ; (c) 2 : le comportement apparaît occasionnellement et (d) 3 : le comportement apparaît fréquemment. Le "Self-Report Inventory" comporte, quant à lui, 147 items. Il s'agit d'énoncés que l'évaluateur lit à la personne ; celle-ci doit alors répondre par oui ou par non. Les thèmes retenus par cet inventaire sont :

- l'image positive/négative ;
- les troubles comportementaux ;
- l'anxiété ;
- la dépression ;
- l'estime de soi.

Les résultats à ces échelles sont transposés sur des tableaux où l'on retrouve les scores standardisés. Cela permet de situer les résultats obtenus en comparaison avec ceux d'un échantillon composé de personnes présentant soit une déficience intellectuelle légère, soit une lenteur intellectuelle. La majorité des personnes échantillonnées ne présentent pas de problèmes particuliers sur le plan émotif ou comportemental. En fait, 17% des gens retenus éprouvent des difficultés de santé mentale.

Cet inventaire s'inscrit dans la même foulée que le PIMRA et le REISS. Son principal avantage réside dans le nombre de thèmes retenus et se rapportant autant au volet "problèmes de comportement" qu'au volet "psychopathologique". De plus, les auteurs et les éditeurs de cet instrument ont développé une version informatisée de cet outil. L'utilisateur peut alors obtenir des profils incorporant divers indices favorisant l'interprétation des données. Les résultats ainsi obtenus peuvent être incorporés à un traitement de texte.

**Dual Assessment of Severely Handicapped.** Le "Dual Assessment of Severely Handicapped (DASH)" sert à cerner les problèmes de santé mentale que peuvent éprouver des personnes présentant une déficience sévère ou profonde. Cet outil, proposé par Matson (1993), peut s'utiliser auprès des adolescents et des adultes. Il est à noter que l'instrument reprend les critères du DSM-III-R (1989), afin de vérifier la présence d'une psychopathologie chez la personne évaluée.

Le DASH comprend les thèmes suivants :

- l'anxiété, 8 items ;
- la dépression, 15 items ;
- les manies, 7 items ;
- l'autisme, 6 items ;
- la schizophrénie, 7 items ;
- les comportements stéréotypés, 7 items ;
- l'automutilation, 5 items ;

L'évaluation est effectuée lors d'une entrevue avec un proche de la personne évaluée. Il s'agit d'établir la cotation concernant la fréquence, la durée et l'intensité des comportements décrits à chacun des items de l'échelle. La fréquence est rapportée selon une échelle de 0 à 2 (0 : n'apparaît pas ; 1 : apparaît de 1 à 10 fois depuis deux semaines ; 2 : apparaît plus de 10 fois depuis deux semaines).

Le même type d'échelle est utilisé pour la durée (0 : est présent depuis moins d'un mois ; 1 : est présent depuis moins d'un an ; 2 : est présent depuis plus d'un an). Finalement, l'intensité du comportement doit être enregistrée selon les scores suivants : 0: le comportement n'occasionne pas de dommage; 1: la manifestation du comportement ne cause pas de dommage mais elle provoque une interruption des activités en cours; 2: l'apparition du comportement cause des blessures ou des dommages.

Cet outil se démarque des autres instruments par son mode de cotation. Le fait de s'attarder à la fréquence, à la durée et à l'intensité de chaque item fournit toute une série de renseignements fort utiles pour favoriser l'identification d'un diagnostic, pour faciliter la priorisation des objectifs à retenir et aussi pour élaborer des stratégies d'intervention. Il est à noter que l'instrument devrait être publié sous peu en français<sup>2</sup>.

## Conclusion

La majorité des inventaires présentés ici visent une clientèle particulière. Le tableau 2 indique, pour chaque instrument, s'il s'applique à des personnes présentant une déficience légère, moyenne, sévère ou profonde. De plus, la répartition tient

compte des grands groupes d'âge que constituent l'enfance, l'adolescence et l'adulte. Cela permet de cerner rapidement quel outil il faut retenir selon l'ampleur des déficits et l'âge de la personne à évaluer.

**Tableau 2**

*Répartition des inventaires selon l'âge et le niveau de déficit intellectuel*

ÉCHELLE	ENFANTS				ADOLESCENTS				ADULTES			
	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>
ABS-2					X	X	X	X	X	X	X	X
TIEBD	X	X										
ABC		X	X	X		X	X	X		X	X	X
PIMRA					X	X			X	X		
REISS						X	X	X		X	X	X
CARS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EDC	X	X			X	X						
REISS-C	X	X			X	X						
EPS					X				X			
DASH							X	X			X	X

Ajoutons que ces inventaires constituent des outils fournissant des indices pour l'identification de diagnostics. Il ne faut pas perdre de vue qu'ils ne constituent qu'un élément de toute démarche d'étude clinique. Ils ne doivent pas être utilisés comme seule source d'information. De plus, la plupart des auteurs suggèrent d'interpréter les données avec circonspection, de bien situer le contexte où s'est déroulée l'évaluation et de tenir compte des autres évaluations disponibles dans le dossier de la personne évaluée.

Desnoyers-Hurley et Sovner (1991) proposent également de recourir à plus d'une échelle, s'il y a lieu, pour mieux cerner les difficultés. Dans le même ordre d'idées, il peut s'avérer utile de faire compléter le ou les inventaires retenus par plus d'une personne et ce, dans des contextes de vie différents.

Il faut aussi ajouter l'importance, après étude des profils, d'entreprendre une analyse, item par item, des résultats de l'évaluation. Cette démarche permet de mieux connaître les difficultés que peut éprouver la personne évaluée et de fournir des informations quant aux objectifs à prioriser ainsi que les pistes d'intervention à explorer.

Enfin, il ne faut surtout pas minimiser l'importance de bien former les gens qui vont procéder à l'évaluation, à l'aide de ces inventaires. La plupart des guides d'accompagnement renferment des informations très utiles, sinon indispensables, lors de la formation des évaluateurs. Les sessions de formation devraient minimalement inclure une présentation détaillée et commentée de l'instrument, une lecture des parties des manuels portant sur les consignes d'administration, de même que des exercices de cotation en situation réelle ou simulée.

Il est à remarquer que la plupart des inventaires présentés dans cet article sont disponibles en anglais seulement. Leur traduction s'avère laborieuse dû au fait que les auteurs souhaitent que les versions traduites incluent de nouvelles normes représentatives de la population visée. A cet égard, la traduction de l'échelle "Behavior Dimension Rating Scale" respecte cette volonté.

Il reste aussi la possibilité, pour les chercheurs intéressés, de confectionner des inventaires plutôt que de les traduire puisqu'il faut, de toute façon, prévoir une démarche de validation de l'instrument. Dans la perspective où de tels outils seraient développés, il serait souhaitable de suivre les démarches retenues par les concepteurs des plus récents instruments et ainsi adopter, comme point de départ, l'étude de critères diagnostiques des problèmes de santé mentale. Le recours à la dernière parution de la nouvelle version du DSM (1994) devrait, dans ce contexte, être privilégié.

## Références

- Abelson, W. (1980). *Teacher's inventory of emotional and behavioral development*. New-York : Yale child study center.
- Aman, M.G. & Singh, N.N. (1985). *The aberrant behavior checklist*. East Aurora, NY : Slosson educational publication.
- American Psychiatric Association. (1989). *D.S.M.-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (3<sup>e</sup>)*

2 Matson, J.L., (en préparation). DASH : inventaire psychopathologique pour les personnes déficientes intellectuelles sévères ou profondes (traduit par Y. L'Abbé & G. Tremblay).

- édition, révisée). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4<sup>e</sup> édition). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Bullock, L.M. & Wilson, M.J. (1989). *Behavior dimensions rating scale*. Allen, Texas : DLM Teaching Resources.
- Bullock, L.M., Wilson, M.J., Poirier, M., Tremblay, R. & Freeston, M. (1992). *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement*. Loretteville, QC : Commission scolaire de la Jeune Lorette.
- Desnoyers-Hurley, A. & Sovner, R. (1992). Inventories for evaluating psychopathology in developmentally disabled individuals. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11, 45-50.
- Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 64 (monograph supplement).
- Maurice, P., Morin, D., Tassé, M.J. (1993). *Manuel technique de l'échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Matson, J.L. (1993). *DASH - Dual assessment for the severely handicapped*. Boston, MA : Oxford publication group.
- Matson, J.L. (1988). *The PIMRA manual*. Orland Park IL : International Diagnostic systems.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M., & Leland, H. (1975). *A.A.M.D. Adaptive Behavior Scale*. Washington, D.C. : American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale - Residential and community (ABS-RC-2)*. Odessa, FL : Psychological assessment resources.
- Prout, H. & Struhmer, D.C. (1991). *Emotional problem scales*. Odessa, FL : Psychological assessment resources.
- Reiss, S. & Valenti-Heind, D. (1990). *Reiss Scales for children's Dual Diagnosis: test manual*. Orlando Park, IL : International diagnostic systems.
- Reiss, S. (1988). *Reiss screen for maladaptive behavior manual*. Orland Park IL : International diagnostic systems.
- Rojahn, J. & Helsel, W.J. (1991). The aberrant behavior checklist with children and adolescents with dual diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 17-28.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Rothen-Renner, B. (1988a). *The childhood autism rating scale*. Los Angeles, CA : Western psychological services.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Rothen-Renner, B. (1988b). *Échelle d'évaluation de l'autisme infantile*. (Trad. : B. Roge). Paris : Les éditions scientifiques et psychologiques.
- Sturmey, P. (1993). The use of DSM and ICD diagnostic criteria in people with mental retardation : a review of empirical studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 39-42.
- Tremblay, G. (1990). L'évaluation sommative et formative lors de l'élaboration de Plan de Services Individualisés. Communication présentée au 20<sup>e</sup> Congrès de l'Association scientifique pour la modification du comportement. Montréal.

---

*Abstract*

Evaluation of mental illness among persons with mental retardation is quite complex. These people's characteristics make difficult the observation of signs that facilitate the diagnosis of mental illness. This article provides a brief review of some assessment scales designed to make the observation of some psychological difficulties easier, and this for people with different levels of mental retardation.

---

## ÉTUDE DES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION UTILISÉS PAR DES ORTHOPÉDAGOGUES AVEC DES ÉLÈVES EN DIFFICULTÉ D'APPRENTISSAGE AU PREMIER CYCLE DU PRIMAIRE

Monique Doyon et Georgette Goupil  
Université du Québec à Montréal

Cette étude a pour objectif de décrire les instruments d'évaluation utilisés par 31 orthopédagogues intervenant avec des élèves du primaire en difficulté d'apprentissage ainsi que leurs perceptions à ce sujet. L'instrument de cueillette de données est un questionnaire administré en entrevue, incluant des questions ouvertes et fermées. Il comporte la fiche signalétique du répondant, l'examen des instruments d'évaluation utilisés ainsi que les perceptions à ce sujet. Après analyse, les données révèlent que les épreuves et les tests constituent un type d'évaluation très utilisé par les répondants. Les principaux instruments sont produits par les commissions scolaires, alors que la catégorie « autres instruments » compte des éléments très diversifiés. Par ailleurs, si les répondants disent se sentir assez qualifiés pour administrer les instruments disponibles, ils les jugent trop compliqués, trop longs à administrer et à corriger. Aussi, sont-ils partagés en ce qui concerne le besoin de nouveaux instruments.

*See end of text for English abstract.*

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

### Introduction

L'évaluation est une étape importante lorsqu'il s'agit de planifier une intervention, particulièrement dans le cas d'élèves en difficulté d'apprentissage. Depuis la *Politique générale d'évaluation pédagogique* du ministère de l'Éducation du Québec (Gouvernement du Québec, 1981), l'évaluation doit tenir compte des forces et des faiblesses de l'élève, et les services doivent être basés sur des principes pédagogiques considérés comme facteurs de succès : la planification de plans d'intervention personnalisés, la concertation des intervenants et la participation des parents ainsi que l'évaluation rigoureuse des besoins de l'enfant (Bouchard, 1985).

L'évaluation fait partie du travail de l'orthopédagogue<sup>2</sup> en dénombrement flottant<sup>3</sup> (Gouvernement du Québec, 1992).

Elle survient à différents moments notamment lors de la référence, de l'évaluation de départ et au cours du processus d'intervention, et elle adopte diverses fonctions comme par exemple, connaître l'élève pour mieux répondre à ses besoins ou connaître les résultats de l'intervention (Goupil, 1991). Cependant, on observe au sujet de l'évaluation orthopédagogique des disparités quant au processus, à sa forme et à son contenu que certains expliquent par un manque d'homogénéité dans la formation de base et par les changements successifs provoqués par les courants pédagogiques et les politiques du Ministère et des commissions scolaires (Comité provincial pour l'évaluation orthopédagogique, 1988). En fait, le peu d'informations disponibles au Québec, sur les pratiques d'évaluation, nous porte à croire qu'elles varient énormément d'une commission scolaire à l'autre, d'une école à l'autre, d'un intervenant à l'autre (Comité provincial pour l'évaluation orthopédagogique, 1988 ; Royer, 1990). Ainsi, la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires (GRICS, 1991) a dénombré plus de 158 épreuves de lecture, d'écriture et de mathématique utilisées dans 43 commissions scolaires pour déterminer le niveau de retard des élèves en difficulté d'apprentissage. On constate une situation analogue chez nos voisins du sud, où 1400 techniques et tests différents ont été recensés (Keogh, 1988).

Cette situation dans l'évaluation des élèves en difficulté d'apprentissage serait le reflet de celle qui existe dans le domaine des difficultés d'apprentissage. En effet, au Québec comme aux États-Unis, le domaine des difficultés d'apprentissage est caractérisé par la confusion et la controverse (Algozzine & Ysseldyke, 1983 ; Keogh, 1986 ; 1990). Il semble qu'il existe peu de sujets en éducation qui soient aussi confus que cette question et ce, tant au plan conceptuel qu'opérationnel (Royer, 1990). On attribue cette situation à plusieurs facteurs. Un de ceux-ci serait les instruments disponibles ou prescrits par l'école ou par la commission scolaire. Ces facteurs auraient un impact sur la manière d'évaluer les difficultés et d'y remédier.

Chouinard et Pion (1995) indiquent que deux approches

Cette étude a été effectuée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et de la recherche intitulée « Étude descriptive des services d'orthopédagogie offerts aux élèves en difficulté d'apprentissage au primaire », Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, no 410-91-0634; et Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche, no ER 1641.

majeures influencent actuellement le choix des instruments d'évaluation : « L'évaluation traditionnelle, portée sur le diagnostic du déficit, et l'évaluation comportementale plus orientée vers une description détaillée du problème et l'élaboration de stratégies d'intervention » (p. 33). Outre ces deux courants, il est à noter également que les approches basées sur le traitement de l'information ont une influence marquée dans les écrits sur les difficultés d'apprentissage (Giasson, 1995 ; Tardif, 1994).

**Les instruments utilisés avec les élèves en difficulté d'apprentissage.** Outre les instruments développés par les commissions scolaires, il existe tout un éventail de tests standardisés ou non. En effet, l'évaluation des élèves ayant des difficultés d'apprentissage peut se faire avec de multiples instruments et sous plusieurs aspects. Il existe donc de multiples outils d'évaluation plus ou moins formels et inspirés de différentes approches. Chouinard et Pion (1995) classent les méthodes d'évaluation utilisées auprès des élèves en difficulté d'apprentissage en trois catégories principales : (a) l'évaluation par les tests, (b) les entrevues et (c) les méthodes d'observation. Les tests peuvent être critériés ou normatifs. Les entrevues peuvent être réalisées, entre autres, avec les enseignants, les parents ou l'élève. Quant à l'observation, elle peut se faire directement en classe, s'effectuer sur des produits permanents (par exemple, l'analyse des devoirs et des cahiers). L'auto-observation peut aussi être utilisée par l'élève lui-même.

Les moyens d'évaluation sont multiples. Winzer (1996) indique que les instruments suivants peuvent, entre autres, être utilisés dans l'évaluation des élèves en difficulté d'apprentissage : observations, entrevues, examen du dossier scolaire, histoire de l'élève, inventaires, examens construits par les enseignants, portfolios, etc. L'évaluation peut être complétée par des tests standardisés de fonctionnement intellectuel, de rendement, des évaluations du langage, des évaluations de la vision et de l'audition. Il va sans dire que divers professionnels sont alors impliqués. L'évaluation peut prendre en considération de multiples aspects : le comportement de l'élève face aux tâches d'apprentissage, le fonctionnement cognitif, les stratégies d'apprentissage utilisées, les types d'erreurs commises, etc. Bender (1992) suggère aux enseignants de recueillir des évaluations du comportement de l'élève et des évaluations critériées des habiletés de base. Elle propose aussi de faire l'analyse des principales erreurs en lecture, écriture ou mathématiques et d'utiliser des graphiques illustrant la progression des apprentissages. L'observation et l'analyse des erreurs ou des méprises constituent d'ailleurs, pour plusieurs auteurs (Giasson, 1995 ; Van Grunderbeeck, 1994), des outils importants afin de mieux comprendre les stratégies d'apprentissage. Pike et Salend (1995) indiquent qu'il est important d'impliquer l'élève dans ce processus d'analyse. Chouinard et Pion (1995) proposent d'observer comment l'élève résout des tâches reliées au programme scolaire et de l'interroger alors sur ses stratégies. Au cours des dernières années, des auteurs (Giasson, 1995 ; Pike & Salend, 1995) ont d'ailleurs publié des suggestions sur les façons d'interroger l'élève sur les stratégies utilisées.

D'autres outils de mesure tel le « Curriculum Based Assessment », une méthode d'origine comportementale, sont aussi

mentionnés fréquemment dans les écrits américains comme permettant de comparer le degré de maîtrise de l'élève au contenu du programme (Lerner, 1993). Au cours des dernières années, les portfolios ont aussi été utilisés pour suivre les progrès des élèves (Wesson & King, 1996). Swicegood (1994) propose d'utiliser conjointement portfolio et plan d'intervention. Il existe donc de multiples outils et approches pouvant être utilisées dans l'évaluation des élèves en difficulté d'apprentissage. Toutefois, au Québec, nous ne disposons que de peu d'informations sur les outils privilégiés par les orthopédagogues.

Compte tenu du nombre important d'élèves en difficulté d'apprentissage, de la nécessité d'améliorer les services, de l'urgence d'augmenter la cohérence et la cohésion des évaluations et de procéder à des évaluations pertinentes et utiles aux interventions subséquentes, ainsi que du rôle qu'a à jouer l'orthopédagogue à ce sujet, cette étude a pour objectif de décrire les pratiques d'évaluation des orthopédagogues avec les élèves référés pour des difficultés d'apprentissage en français et fréquentant la classe ordinaire.

## Méthodologie

**Répondants.** Les 31 personnes (27 femmes et 4 hommes) rencontrées sont des orthopédagogues en dénombrement flottant recrutés dans six commissions scolaires de la région métropolitaine de Montréal. Ces répondants interviennent tous au premier cycle du primaire avec des élèves en difficulté d'apprentissage. Ils sont âgés en moyenne de 38,8 ans et cumulent une moyenne de 14 années d'expérience, dont 6,9 ans en dénombrement flottant au primaire. Cinq d'entre eux ont un statut précaire et 26 ont leur permanence. Douze desservent deux écoles et 19, une seule école. Ils ont la responsabilité de suivre en moyenne 37,7 élèves par semaine.

**Instrument.** L'instrument utilisé est un questionnaire administré en entrevue développé à partir d'une recension des écrits, d'une pré-expérimentation auprès de neuf orthopédagogues et d'une validation de contenu par quatre experts (psychologues et chercheurs). Le questionnaire inclut la fiche signalétique du répondant et une série de questions ayant pour thèmes les instruments d'évaluation utilisés dans leur pratique avec des élèves scolarisés au premier cycle du primaire et recevant les services en dénombrement flottant pour l'enseignement de la langue (i.e. pour le français). Les données présentées ici sont tirées d'une entrevue plus vaste sur l'évaluation. Administré individuellement en entrevue enregistrée sur bande audio, le questionnaire comporte des questions touchant les instruments privilégiés, ceux utilisés à des fins diagnostiques et de classement. On demande aussi aux orthopédagogues de décrire les caractéristiques d'un instrument d'évaluation qui, pour eux, serait idéal.

**Expérimentation.** Les entrevues ont lieu dans les écoles de six commissions scolaires du Québec. Chaque participant est rencontré une seule fois, toujours sur le lieu de travail. La durée de l'entrevue varie d'une heure à deux heures<sup>4</sup>. Toutes les

<sup>2</sup> Nous référons id aux enseignants orthopédagogues qui ont acquis leur spécialité dans une université offrant un programme en adaptation scolaire ou en orthopédagogie.

<sup>3</sup> Cette formule permet à des élèves en difficulté d'apprentissage de recevoir l'aide supplémentaire dont ils ont besoin et cela, tout en continuant à fréquenter la classe ordinaire.

entrevues sont enregistrées sur bande audio.

**Analyse des résultats.** En ce qui concerne l'analyse des résultats, les données qualitatives sont traitées par analyse de contenu après que le verbatim de chaque entrevue ait été retranscrit intégralement. Les contenus de toutes les entrevues sont regroupés par question, classés en catégories puis, synthétisés à l'aide de tableaux.

## Résultats

Les résultats présentés concernent les points suivants : les instruments privilégiés et l'utilisation d'instruments diagnostiques et de classement ; les commentaires sur les instruments utilisés ; l'instrument perçu comme idéal.

**Les instruments privilégiés et l'utilisation d'instruments diagnostiques et de classement.** On demande aux répondants d'identifier les instruments d'évaluation utilisés selon trois critères : (a) les instruments qu'ils privilégient en général dans l'évaluation, (b) les instruments utilisés pour le classement, et (c) les instruments utilisés pour fins diagnostiques. Les instruments utilisés pour le classement de l'élève ont pour but de déterminer son niveau de retard et donc, de l'identifier formellement selon les définitions proposées par le ministère de l'Éducation (Gouvernement du Québec, 1992). Les instruments utilisés à des fins diagnostiques visent pour leur part à identifier les difficultés de l'enfant et à trouver des pistes d'intervention. Tour à tour seront présentées les données obtenues selon ces trois aspects de l'évaluation.

La majorité des répondants (87%) disent privilégier un instrument d'évaluation. Ces 27 répondants nomment de un à quatre instruments. Il s'agit d'épreuves ou de tests produits par leur propre commission scolaire (N = 16) ou par une autre commission scolaire (N = 18), de tests maisons (N = 7), d'épreuves-synthèse ou d'étape conçues pour la classe ordinaire (N = 4), de grilles d'observation (N = 3), du *Bilan quantitatif de l'apprentissage de la lecture* (Campeau-Filion & Gauthier, 1984) (N = 3), ainsi que de dix autres tests tous nommés une seule fois. Quelques commentaires concernant les instruments produits par les commissions scolaires montrent que certains répondants les utilisent de façon partielle, seulement avec les cas plus difficiles ou pour le classement de l'élève (N=4). Enfin, certains répondants disent apprécier le fait que ces épreuves comportent des seuils de réussite ou qu'elles coïncident avec les objectifs des programmes d'études (N = 5).

À la question visant à savoir si les répondants utilisent un instrument d'évaluation pour le classement de l'élève, 71% des répondants (N = 22) ont répondu oui. Ces répondants disent avoir administré des épreuves ou tests de classement pour une quinzaine d'élèves, en moyenne. Le minimum d'élèves évalués étant 2 et le maximum 53. Ces tests ont été administrés en février ou en mars, en avril ou en mai. Les raisons invoquées pour administrer ces épreuves ou ces tests sont les suivantes : identifier les élèves ayant besoin d'un classement spécial (N = 21), les doubleurs (N = 6) et la clientèle pour le service de dénombrement flottant (N = 1); compléter le dossier de l'élève

déjà suivi par l'orthopédagogue (N = 1) et, enfin, évaluer un élève nouvellement arrivé (N = 1). On aura noté que ces dernières catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Ces instruments sont administrés à des élèves suivis en dénombrement flottant par les répondants et souvent (59% des cas) à d'autres élèves de l'école. Les épreuves ou les tests sont administrés individuellement (50%), individuellement et en sous-groupe (18%), en sous-groupe seulement (27%) et à toute la classe (5%). Le temps requis par répondant pour administrer ces épreuves ou ces tests représente en moyenne 9,3 jours complets, c'est-à-dire presque deux semaines de travail par année scolaire.

Les instruments administrés à des fins de classement par les 22 répondants ont surtout été produits par leur propre commission scolaire (N = 17) ou par d'autres commissions scolaires (N = 10). Il s'agit également d'épreuves-synthèse ou d'étapes conçues pour la classe ordinaire (N = 2), de tests maisons (N = 1), et de grilles d'observation de comportement (N = 1). Cinq autres tests sont également nommés une seule fois. Il convient de mentionner que parmi les neuf répondants n'ayant pas administré de test de classement cette année, deux seulement disent ne pas avoir fait de classement du tout. Les sept autres relatent d'autres procédures utilisées pour classer l'élève, notamment constituer le dossier de l'élève, examiner ses résultats scolaires ou participer à des rencontres de discussion de cas.

Une question vise à savoir si les répondants utilisent un instrument à des fins d'évaluation diagnostique. À cette question, 81% des répondants mentionnent avoir recours à de tels instruments. Ces 25 répondants nomment de un à cinq tests. Les tests produits par les commissions scolaires sont nommés à 38 reprises, les tests maisons le sont cinq fois, ceux conçus pour la classe ordinaire, trois fois, le *Bilan quantitatif de l'apprentissage de la lecture*, deux fois. Enfin, sept autres tests sont nommés une fois. Ici encore, certains répondants disent restreindre leur utilisation des instruments nommés aux cas exceptionnels seulement (N = 3) ou affirment ne les utiliser que partiellement (N = 4) à cause du manque de temps (« sinon j'aurais été obligé de laisser tomber des élèves ») ou parce que certaines parties du test sont jugées plus utiles que d'autres. Enfin, les raisons mentionnées par les cinq répondants pour ne pas utiliser de tests diagnostiques sont les suivantes : l'occasion ne s'est pas présentée, il est impossible de sortir les élèves de la classe ordinaire, ou on juge ces épreuves ou ces tests inutiles. Le tableau 1 présente les tests mentionnés pour les trois questions dont nous venons de décrire les résultats, c'est-à-dire les instruments privilégiés, les épreuves utilisées pour le classement et celles utilisées pour fins diagnostiques.

**Les commentaires concernant les instruments d'évaluation utilisés et le sentiment de compétence.** Des questions cherchent à connaître les perceptions des répondants concernant les instruments d'évaluation utilisés, ainsi que leur sentiment de compétence en ce qui concerne leur utilisation. Les commentaires des répondants au sujet des instruments d'évaluation utilisés sont présentés au tableau 2.

<sup>4</sup> Étant donné l'ampleur de l'entrevue, les résultats présentés ici ne touchent qu'une partie des données recueillies.

**Tableau 1**

Fréquence des répondants mentionnant des instruments privilégiés (P), des épreuves ou tests utilisés pour le classement (C) ou à des fins diagnostiques (D)\*

Noms des épreuves ou tests	Fréquences des répondants		
	Privilégiés	Classement	Diagnostic
	(N = 27)	(N = 22)	(N = 25)
Tests maisons :	7	1	5
Tests produits par des commissions scolaires :			
- Leur propre commission scolaire	16	17	16
- Une autre commission scolaire	16	10	20
- Banque d'instruments de mesure (BIM) produite par la société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires	2	0	2
Examens synthèses, d'étapes conçus pour la classe ordinaire	4	2	3
Autres épreuves ou tests			
- <i>Bilan quantitatif de l'apprentissage de la lecture</i> (BQAL) de Campeau-Filion et Gauthier (1984).	3	1	2
- <i>La batterie factorielle prédictive</i> (BFP-6) de Lavallée (1970).	1	1	1
- Epreuves de l'Ontario Institute for Study of Education (1969).**	1	0	1
- <i>Le Poucet</i> de Simon (1968). Évalue la lecture au primaire	1	0	1
- <i>Programme L.I.R.E.</i> de la Commission des écoles catholiques de Montréal (1979). Matériel micro-gradué pour l'apprentissage de la lecture.	1	0	0
- Test tiré de R. M. Gagné (1976)**	1	1	0
- <i>Kaufman Assessment Battery for Children</i> (K-ABC) de Kaufman et Kaufman (1983).	1	0	1
- <i>Dyslexie dysorthographique : analyse des troubles et techniques de rééducation.</i> de Maistre (1980).	0	1	0
- <i>Metropolitan Readiness Test</i> de Hildreth et Griffiths (1949).	1	0	1
- <i>Batterie prédictive de l'apprentissage de la lecture</i> de Inizan (1985).	0	1	0
- <i>Le Brigance Diagnostic Inventories</i> De Shapiro et Lentz (1986). Test critérié. Évalue habiletés dites de base, spécifiques à la lecture.	1	0	0
- <i>Pistes d'évaluation orthopédagogique : Référentiel</i> de Duclos et Capra (1992).	1	0	1
- <i>La technique d'évaluation de la lecture</i> de Giasson-Lachance (1984).	1	0	1
Grille d'observation de comportements, grille de correction :	3	1	0
Le plan d'intervention personnalisé	1	0	0

\* À noter que les répondants pouvaient nommer plus d'une épreuve ou d'un test.

\*\* Ces instruments ont été mentionnés sans plus de précision.

On demande ici aux répondants s'ils se sentent assez qualifiés pour administrer les instruments d'évaluation dont ils disposent. Des 31 répondants, quatre ont répondu non. Les raisons invoquées sont : le manque d'expérience, le fait de ne pas utiliser assez fréquemment certains tests ou encore, l'arrivée de nouveaux tests prescrits par la commission scolaire. Il est à noter que parmi ceux qui ont dit se sentir assez qualifiés, neuf ont émis des réserves concernant certains tests ou se sont dits ouverts à du perfectionnement à ce sujet.

**Les commentaires concernant le besoin d'autres instruments d'évaluation, et les caractéristiques de l'instrument idéal.** Une question demande aux répondants s'il existe un ou des instruments d'évaluation qu'ils aimeraient utiliser. Parmi les répondants, 21 disent se satisfaire des instruments actuellement utilisés. Neuf répondants mentionnent vouloir utiliser d'autres tests. Les instruments mentionnés sont les suivants: la batterie de tests du Centre Franco-Ontarien, le *Kaufman Assessment Battery for Children* (K-ABC, Kaufman & Kaufman, 1983), les tests de la commission scolaire des Manoirs, les *Pistes d'Évaluation orthopédagogiques* (Duclos & Capra, 1992), le *Weschler Intelligence Scale for Children* (WISC-R), le *Peabody Picture Vocabulary Test* (Dunn & Dunn, 1981), *Lire avec épreuves pour évaluer la capacité de lecture* (Lobrot & Adnet-Piat, 1976) l' *Alouette* (Lefavrais, 1967). On mentionne aussi mais sans plus de précisions les items suivants : un test sur les styles d'apprentissage, un test

paru aux Presses de l'Université du Québec et un test qui informatiserait tous les objectifs des programmes d'études. Il importe de souligner que tous ces instruments sont nommés une seule fois, sauf la batterie de tests du Centre franco-ontarien et le *Kaufman Assessment Battery for Children* (Kaufman & Kaufman, 1983), lesquels sont nommés par deux répondants chacun. Les raisons invoquées pour ne pas utiliser ces tests sont les suivantes : le test n'est plus ou pas disponible, pas traduit ou trop dispendieux. D'autres ne savent pas à qui s'adresser, n'osent pas en faire la demande ou ont fait la demande à la direction, à la commission scolaire ou à un professionnel mais sans succès. Enfin, un répondant prétend ne pas savoir comment l'utiliser.

Une question vise à connaître les perceptions des répondants concernant les caractéristiques d'un instrument d'évaluation idéal. Les commentaires des répondants à ce sujet sont présentés au tableau 3.

## Discussion

**Les instruments utilisés pour le classement.** Le classement des élèves occupe une place importante dans la tâche des répondants. En effet, si 71% disent administrer un ou des instruments d'évaluation aux élèves pour déterminer leur niveau de retard ou pour les classer, 94% d'entre eux mentionnent avoir utilisé aussi d'autres moyens (constituer un dossier, participer à des rencontres, etc.). La majorité des

**Tableau 2***Fréquence des répondants mentionnant des commentaires concernant les instruments d'évaluation utilisés\**

Commentaires	N
Commentaires favorables (7 commentaires) :	
- Commentaires positifs généraux (exemples : « ça m'aide, c'est mieux qu'avant »).	4
- Apprécient qu'il y ait pour chaque niveau, des items en rapport avec les objectifs des programmes, avec l'apprentissage scolaire ; apprécie que le test fournisse une grille et des barèmes de correction.	3
Commentaires généraux :	
Déplorent le manque d'instruments (18 commentaires) :	
- « Ça fait pitié » ; « me débrouille avec ce que j'ai » ; « pas outillé » ; « c'est peu ».	6
- Bâtissent elles-mêmes leurs tests ; aimeraient être libérées pour bâtir des tests.	6
- Proposent de refaire les tests régulièrement (« ça devient périmé »).	3
- Aimeraient être informés des nouveautés	3
- Propose de créer une banque d'instruments.	1
Font état des limites inhérents aux tests (11 commentaires) :	
- Trop long, trop compliqué et [...] les titulaires trouvent qu'on évalue trop les enfants.	3
- Ne peut se fier à un seul test, doit évaluer tout le reste aussi (motivation, utilisation de stratégies, etc.) ; les tests donnent un portrait insuffisant.	2
- N'informe pas sur la difficulté de l'enfant.	1
- Donne une idée du retard, mais n'identifie pas les causes.	1
- Pas de barème de correction, donc difficile de savoir si c'est acquis ou non.	1
- Permet de comparer l'enfant à d'autres, mais ça ne dit pas quoi faire après.	1
- Manque des items ; ne couvre pas tous les objectifs du programme.	1
- [...] C'est pas tout d'avoir un bon test, il faut bien le connaître et le posséder pour bien l'administrer et aller chercher le maximum chez l'enfant.	1
Préconisent une utilisation restreinte ou une non utilisation des tests (11 commentaires) :	
- N'aiment pas les tests ou trouvent les tests inutiles.	5
- Ne sentent pas le besoin d'avoir davantage de tests ([...] c'est insuffisant comme ça).	3
- Préconisent le retour au test, seulement pour les cas plus compliqués.	3

\* À noter que les répondants pouvaient formuler plus d'un type de commentaires

instruments utilisés à cette fin sont produits par une commission scolaire. Le temps requis pour s'acquitter de cette tâche représente en moyenne, par répondant, presque deux semaines de travail par année scolaire. Le fait que les épreuves ou tests sont administrés surtout individuellement pourrait expliquer l'investissement en termes de temps. De plus, plusieurs commentaires sont à l'effet que leur administration est longue et complexe. Par ailleurs, certains considèrent les informations fournies comme peu fiables (par exemple, certains tests non normalisés, trop faciles ou seuils de réussite pas assez élevés qui n'évaluent pas tous les objectifs des programmes d'études) ou peu utiles. Aussi, bien qu'on mentionne une certaine amélioration de ces tests, les commentaires des répondants expriment surtout une insatisfaction, certains disant même s'en contenter parce qu'ils sont prescriptifs et qu'il n'existe pas autre chose.

Or, plusieurs de ces critiques trouvent des appuis dans les écrits scientifiques. Au sujet des instruments d'évaluation utilisés dans les commissions scolaires pour déterminer le

niveau de retard des élèves en difficulté, la GRICS (1991) relève que les épreuves-synthèses sont trop longues à administrer ; les sous-tests qui les accompagnent mesurent des éléments ponctuels de la tâche sans la considérer dans sa globalité ; les procédures de validation sont variées et peu d'instruments sont validés auprès d'élèves des classes ordinaires. Enfin, les seuils de réussite ne sont pas établis selon une procédure similaire et ils sont perçus peu utiles à l'interprétation des résultats.

**Les instruments utilisés à des fins diagnostiques.** Si certains répondants jugent les instruments utilisés à des fins diagnostiques intéressants et utiles pour identifier la difficulté, plusieurs déplorent par contre les temps requis pour les administrer et les corriger, activités jugées par certains difficiles et compliquées. De plus, on déplore le peu d'utilité de ces instruments pour guider l'intervention et le fait de devoir les administrer individuellement.

**Tableau 3***Fréquence des répondants mentionnant diverses caractéristiques d'un instrument d'évaluation idéal\**

Caractéristiques	N
Caractéristiques quant à la forme (31 commentaires) :	
Avec grille de de correction, barèmes d'atteinte des objectifs, grille d'interprétation des résultats, pistes d'intervention.	15
Pas long à administrer ; évalue un certain nombre d'objectifs en même temps	8
Instrument commun ou réservé à l'orthopédagogie.	4
Quelque chose d'étoffé, d'objectif, de structuré, avec une démarche.	3
Avec grille d'observation des comportements de l'enfant pendant le test.	1
Caractéristiques quant au contenu (19 commentaires) :	
Évalue aussi la motivation, l'attitude, le style d'apprenant, les stratégies utilisées.	7
Identifie les difficultés ; leurs causes ; le niveau de retard ; évalue tous les objectifs des programmes.	6
Présente des contenus, adaptés à notre clientèle : thèmes plus familiers, moins compliqués, plus proches du vécu de l'enfant, amusant, avec des illustrations.	4
Identifie d'abord les difficultés les plus fréquemment rencontrées.	1
Combine lecture et écriture.	1
L'instrument idéal n'existe pas parce que... (5 commentaires) :	
les enfants sont tellement différents les uns des autres.	1
les résultats dépendent trop des dispositions de l'enfant lors du test.	1
il faut plus d'un instrument pour vraiment évaluer un enfant.	1
l'idéal serait de vraiment comprendre c'est quoi une difficulté d'apprentissage.	1
l'idéal serait de pouvoir faire passer un test individuellement.	1

\* À noter que les répondants pouvaient formuler plus d'une caractéristique

**Les caractéristiques d'un instrument idéal.** Les commentaires concernant les caractéristiques d'un instrument idéal touchent davantage sa forme que son contenu. Globalement, on souhaite un instrument qui comporte une grille de correction ou d'interprétation des résultats et des pistes d'intervention. Cet instrument ne devrait pas être long à administrer ; il serait commun aux orthopédagogues et réservé à leur usage. Au niveau du contenu, l'instrument devrait permettre d'évaluer l'attitude de l'enfant pendant la tâche (l'attitude, la motivation, le style d'apprenant, les stratégies utilisées). À cet effet, le GRICS (1991) concluait dans son rapport que très peu d'instruments visent à mesurer le fonctionnement du processus suivi par l'élève. De son côté, Slavin (1988) rapporte des critiques concernant le fait que l'évaluation du rendement scolaire se fait au détriment de d'autres dimensions, notamment les comportements et les attitudes de l'élève. En somme, on considère que la plupart des instruments utilisés, étant centrés uniquement sur le produit et ne tenant pas compte du contexte d'apprentissage et des structures cognitives, permettent de mesurer uniquement le produit ou résultat de l'apprentissage (GRICS, 1991 ; Shea & Bauer, 1994). Par ailleurs, l'instrument idéal devrait identifier les difficultés, leurs causes, le niveau de retard et l'ensemble des objectifs des programmes. Enfin, on souhaite que les contenus soient adaptés à la clientèle.

**L'ensemble des instruments utilisés.** Les résultats montrent que l'administration d'épreuves et de tests est pratique courante chez les répondants pour évaluer les élèves en difficulté d'apprentissage. En effet, 87% disent privilégier un ou des instruments en particulier, 71% en utilisent pour le classement, et 81% à des fins diagnostiques. De plus, la grande majorité des répondants disent se sentir assez qualifiés pour les administrer. Par ailleurs, si on considère l'ensemble des instruments, on constate que ceux produits par les commissions scolaires sont très utilisés par les répondants. Cette donnée vient confirmer les résultats d'autres études, notamment celle de Corneau, Goupil, Filion et Doré (1994).

Ceci nous amène à parler du contenu des instruments utilisés par les répondants. Bien que cette dimension n'ait pas été traitée isolément dans la présente étude, l'utilisation généralisée des tests produits par les commissions scolaires laisse croire que les contenus concernent davantage les programmes d'études que par le passé. Des études récentes montrent en effet que les instruments produits par les commissions scolaires sont élaborés en concordance avec les programmes d'études (Archambault, 1992 ; Conseil supérieur de l'éducation, 1992 ; GRICS, 1991). De plus, quelques commentaires favorables exprimés par les répondants vont dans ce sens.

Parmi les autres instruments utilisés, on trouve des tests maisons, des examens-synthèses conçus pour la classe ordinaire, ainsi que d'autres épreuves ou tests dont les dates de publication varient passablement.

Bien que la satisfaction des répondants n'ait pas été vérifiée

à l'aide d'une échelle de satisfaction, on constate que les répondants énoncent au sujet des instruments utilisés davantage de commentaires défavorables que de commentaires favorables. Malgré que la majorité des répondants disent se sentir assez qualifiés pour administrer l'ensemble des tests utilisés, plusieurs répondants déplorent le temps requis par leur administration et leur correction. Autre constatation, alors que certains répondants disent apprécier que des instruments utilisés comportent des grilles (barèmes) de correction et d'interprétation des résultats, d'autres reprochent aux instruments qu'ils utilisent justement de ne pas comporter de telles grilles ou encore, souhaitent retrouver cette caractéristique dans un instrument idéal. Enfin, plusieurs font état du peu d'utilité des instruments utilisés pour guider l'intervention. Cette donnée trouve écho dans les écrits scientifiques. Selon Deschênes (1994), il n'est plus possible de croire qu'un instrument standardisé puisse évaluer adéquatement le savoir-lire. Plusieurs auteurs considèrent également les pratiques d'évaluation actuellement utilisées avec les élèves en difficulté d'apprentissage peu utiles pour guider l'intervention (Campione, 1989 ; Reynolds, 1990 ; Ysseldyke & Turlow, 1984). Dans son *Avis au ministre de l'Éducation du Québec* concernant l'évaluation au primaire, le Conseil supérieur de l'éducation (1992) faisait remarquer que si l'instrumentation en évaluation est abondante et sophistiquée, le réinvestissement pédagogique des résultats est en revanche peu poussé. Une des fonctions premières de l'évaluation étant de guider les interventions, les données recueillies lors de l'évaluation doivent être réinvesties concrètement et efficacement dans l'enseignement.

Sur la question concernant le besoin d'instruments d'évaluation, les répondants sont partagés entre le manque d'instruments d'évaluation valables et l'absence de besoin à ce niveau. En effet, lorsque interrogés au sujet des instruments d'évaluation en général, des répondants disent constater une certaine amélioration et les commentaires défavorables concernent surtout le manque d'instruments. Par ailleurs, bon nombre de répondants mentionnent ne pas avoir besoin de davantage d'instruments ou encore, préconisent le recours aux tests pour les cas plus difficiles seulement. Cette opinion se trouve corroborée ailleurs dans nos données alors que 68% des répondants disent ne pas souhaiter posséder d'autres instruments d'évaluation, et que 16% soutiennent que l'instrument idéal n'existe pas. Les raisons invoquées concernent les limites inhérentes aux instruments d'évaluation utilisés, dont le fait qu'ils tracent un portrait partiel de l'enfant.

Une telle controverse existe également dans la littérature alors que s'opposent ceux qui prônent le développement de meilleurs instruments et ceux qui privilégient l'abandon des procédures utilisant les épreuves et les tests. Dans son *Avis au ministre de l'Éducation du Québec* concernant l'évaluation au primaire, le Conseil supérieur de l'éducation (1992) propose de délaisser les trop nombreuses évaluations sommatives faites en cours d'année en classe ordinaire, au profit d'évaluations formatives. Selon Tardif (1994),

[...] L'instrument le plus valide et le plus fidèle n'est peut-être pas à bâtir ; il se dissimule possiblement dans l'observation systématique et rigoureuse du cheminement d'apprentissage de l'élève dans sa classe. (p. 71.)

## Conclusion

Les épreuves et les tests représentent un type d'évaluation très populaire auprès des répondants. Les instruments les plus utilisés par les répondants sont ceux produits par les commissions scolaires. Bien qu'ils soient élaborés en concordance avec les programmes d'études, une concertation de la part des commissions scolaires serait souhaitable afin de valider ces instruments et de les rendre plus homogènes.

Par ailleurs, les répondants utilisent une variété d'autres instruments. Comme on l'a déjà constaté chez d'autres orthopédagogues (Comité provincial pour l'évaluation orthopédagogique, 1988), ils utilisent tour à tour des évaluations pédagogiques et des évaluations diagnostiques. Certaines de ces évaluations datent d'un certain nombre d'années. Quoiqu'il en soit, les répondants déplorent le temps requis pour administrer les instruments utilisés, les corriger et les interpréter ainsi que leur manque d'utilité pour guider l'intervention.

L'examen de ces instruments et des commentaires à leur sujet ainsi que le fait que les répondants soient partagés sur la question concernant le besoin d'autres instruments d'évaluation semblent confirmer le fait rapporté dans les écrits scientifiques, à savoir que les instruments utilisés sont nombreux mais pas tous adéquats (Denhière, Marouby-Terriou, & Tapiero, 1994).

Rappelons qu'il s'agit ici d'une étude exploratoire et que certains aspects auraient intérêt à être documentés. Par exemple, il serait intéressant d'examiner l'influence des contraintes organisationnelles sur les pratiques d'évaluation et de vérifier si l'utilisation importante d'épreuves et de tests ne résulterait pas d'une tendance à satisfaire davantage des besoins administratifs que pédagogiques (Conseil supérieur de l'éducation, 1992 ; Keogh, 1986, 1988, 1990).

Par ailleurs, les coûts que représente l'administration d'épreuves et de tests, la difficulté à concevoir et à proposer un instrument d'évaluation unique, pertinent, valide et fiable, amènent des auteurs (Reynolds, 1990 ; Campione, 1989) à s'interroger sur les pratiques d'évaluation des élèves en difficulté. Est-il nécessaire d'administrer des instruments différents de ceux utilisés en classe ordinaire ?

Les écrits actuels expliquent qu'il faut tenir compte du processus utilisé par l'élève, notamment les stratégies de lecture (GRICS, 1991 ; Tardif, 1994). Il est à noter qu'un seul de nos répondants fait état d'un test permettant d'identifier les stratégies cognitives et métacognitives de l'enfant. Selon Frederiksen (1990 in Tardif, 1994), plus l'habileté des intervenants à recueillir des informations durant l'apprentissage s'améliorera, plus le besoin pour des examens sommatifs disparaîtra.

Des auteurs proposent de réduire au minimum les évaluations de type épreuves-synthèse, et de les réserver au classement et à l'identification des élèves en difficulté après les avoir validés auprès de larges populations d'élèves (Campione, 1989 ; Reynolds, 1990). En ce qui concerne l'évaluation diagnostique, c'est-à-dire ayant pour but de déterminer la nature de la difficulté de l'élève, certains préconisent le recours à l'évaluation formative interactive (GRICS, 1991 ; Saint-Laurent et al., 1995) laquelle se caractérise par une approche dynamique

qui permet à l'intervenante de suivre le cheminement cognitif de l'élève et de s'ajuster en réagissant directement aux réponses et aux réactions de celui-ci. Les moyens proposés selon cette approche permettraient, à partir des événements de la classe, d'enregistrer et de conserver des données valides et utiles sur les progrès continus de l'élève (Tardif, 1994) et, par conséquent, pourraient servir à l'élaboration des plans d'intervention (GRICS, 1991). Une méthode comme le portfolio d'évaluation permettrait de recueillir de telles informations (Tierney, Carter, & Desai, 1991).

Enfin, s'il semble exister un écart notable entre les pratiques les plus courantes d'évaluation, notamment pour la lecture, et les résultats de recherches récentes dans ce domaine (Boyer, 1994 ; Dabène, 1994), on peut se demander si cet écart résulte du manque de temps, d'information ou de perfectionnement. Car, si les répondants mentionnent qu'ils sont débordés, ils ne manquent pas de déplorer, dans un autre volet de cette étude, des lacunes au niveau de leur formation (Doyon & Goupil, 1995).

En terminant, il convient de rappeler les limites de cette étude. On aura noté la large part faite à la méthode qualitative laquelle, on le sait, donne lieu à une interprétation de données. Par ailleurs, notre milieu d'observation concerne exclusivement le premier cycle du primaire, un nombre peu élevé de commissions scolaires et principalement la grande région de Montréal. Par conséquent, les résultats présentés ici ne concernent pas nécessairement les autres ordres d'enseignement, ni les autres régions du Québec.

## Références

- Algozzine, H., & Ysseldyke, J.E. (1983). Learning Disabilities as a subset of school failure: The over-sophistication of a concept. *Exceptional Children*, 50,242-246.
- Archambault, J. (1992). *Les services aux élèves en difficulté d'apprentissage au primaire : perceptions de responsables des services de commissions scolaires québécoises*. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.
- Bender, W.N. (1992). *Learning Disabilities, Characteristics, Identification and Teaching Strategies*. Boston : Allyn and Bacon.
- Bouchard, G.E. (1985). *Un enfant, un besoin, un service : pour une éducation de qualité à l'enfance en difficulté d'adaptation scolaire au Québec*. Montréal : Conseil scolaire de l'île de Montréal.
- Boyer, J.-Y. (1994). Pour une problématique de l'évaluation du savoir-lire. In Collectif sous la direction de J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond. *Évaluer le savoir-lire*. Montréal : Éditions Logiques, 11-23.
- Campeau-Filion, F., & Gauthier, G. (1984). *Bilan qualitatif de l'apprentissage de la lecture (BQAL)*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Campione, J.C. (1989). Assisted Assessment: A taxonomy of approaches and an outline of strengths and weaknesses. *Journal of Learning Disabilities*, 22,151-163.
- Chouinard, R. & Pion, N. (1995). L'évaluation des difficultés d'apprentissage en milieu scolaire. *Science et Comportement*, 24(1), 31-50.
- Corneau, M., Goupil, G., Filion, M., & Doré, C. (1994). *Études des pratiques des orthopédagogues et de leurs perceptions sur les services aux élèves en difficulté d'apprentissage*. Rapport de recherche. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Comité provincial de l'enfance inadaptée (COPEX). (1976). *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec*. Québec : Service général des communications du ministère de l'Éducation.
- Comité provincial pour l'évaluation orthopédagogique (1988). *Rapport 1987. Évaluation des troubles d'apprentissage*. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.
- Commission des écoles catholiques de Montréal (1979). *Programme de lecture individualisée utilisant le renforcement et l'exercice (L.I.R.E.)*. Montréal : C.E.C.M., service aux étudiants, bureau de la consultation personnelle.
- Conseil supérieur de l'éducation (1992). *Évaluer les apprentissages au primaire : un équilibre à trouver, avis au ministre de l'Éducation*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Dabène, M. (1994). Principes et méthodes d'une évaluation du savoir-lire. In Collectif sous la direction de J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond. *Évaluer le savoir-lire*. Montréal : Éditions Logiques, 25-39.
- Denhière, G., Marouby-Terriou, G. et Tapiero, I. (1994). Le savoir-lire et le non-savoir-lire : diagnostic, simulation et remédiation. In Collectif sous la direction de J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond. *Évaluer le savoir-lire*. Montréal : Éditions Logiques, 199-243.
- Deschênes, A. J. (1994). Les connaissances initiales du lecteur et l'évaluation de la compréhension. In J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond (Eds). *Évaluer le savoir-lire*. Montréal : Éditions Logiques, 103-140.
- DeShapiro, & Lentz (1986). *Brigance Diagnostic Inventories*.
- Doyon, M. et Goupil, G. (1995). Perceptions d'orthopédagogues concernant la formation reçue et souhaitée en matière d'évaluation. *Mesure et évaluation*, 18 (2), 23-35.
- Duclos, G., & Capra, L. (1992). *Pistes d'évaluation orthopédagogique : référentiel*. Montréal : Hôpital Ste-Justine.
- Dunn, L.M., & Dunn, L.M. (1981). *Peabody Picture Vocabulary Test*. Circle Pines, Minn. : American Guidance service.
- Giasson, J. (1995). *La lecture. De la théorie à la pratique*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Giasson-Lachance, J. (1984). *Techniques d'évaluation de la lecture*. Laval : Éd. Ville-Marie, Coll. PPME.
- Goupil, G. (1991). *Le plan d'intervention personnalisé en milieu scolaire*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec (1981). Ministère de l'Éducation. *Politique générale d'évaluation pédagogique, secteur primaire et du secondaire*. Québec : Direction générale du développement pédagogique, direction de l'évaluation pédagogique.
- Gouvernement du Québec (1992). Ministère de l'Éducation.

- Interprétation des définitions des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.* Québec : Direction de la coordination des réseaux.
- Hildreth, G.H., & Griffiths, N.L. (1949). *Tests de disposition pour la lecture (Metropolitan Readiness Tests)*. Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Inizan, A. (1985). *Le temps d'apprendre à lire : évaluation de l'aptitude à apprendre à lire. Batterie prédictive de l'apprentissage de la lecture*. Paris : A. Colin.
- Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)*. Circle Pines : American Guidance service.
- Keogh, B.K. (1986). Future of the LD field : Research and practice. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 455-460.
- Keogh, B.K. (1988). Learning disability : Diversity in search of order. In M.C. Wang, M.C. Reynolds & H.J. Walbert (Eds), *Handbook of special education : Research and practice, vol. 2, Mildly handicapped conditions* (pp. 225-251). Toronto : Pergamon Press.
- Keogh, B.K. (1990). Learning Disability. In M.C. Wang, M.C. Reynolds & H.J. Walbert (Eds), *Handbook of special education: Research and practice, vol. 2, Mildly handicapped conditions* (pp. 119-142). Toronto : Pergamon Press.
- Lavallée, M. (1970). *La batterie factorielle prédictive de l'état de préparation à la scolarisation primaire à 6 ans (BFP-6)*. Montréal : Éducation nouvelle.
- Lefavrais, P. (1967). *L'Alouette : test d'analyse de la lecture et de la dyslexie*. Paris : Centre de psychologie appliquée.
- Lerner, J. (1993). *Learning Disabilities, Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*. Boston : Houghton Mifflin Company.
- Lobrot, M., & Adnet-Piat, E. (1976). *Lire avec épreuves pour évaluer la capacité de lecture*. Paris : O.C.D.L.
- Maistre, M. de (1980). *Dyslexie dysorthographique : analyse des troubles et techniques de rééducation*. Paris : J.P. Delarge.
- Pike, K. & Salend, S.J. (1995). Authentic assessment strategies. *Teaching Exceptional Children*, 28(1), 15-20.
- Reynolds, M.C. (1990). Noncategorical special education. In M. C. Wang, M.C. Reynolds et Walberg (Eds). *Special Education: Research and practice, Synthesis of findings*. Oxford : Pergamon Press, 57-80.
- Royer, E. (1990). *L'école et les difficultés d'apprentissage : problématique et perspectives de développement*. Conférence présentée au 15e congrès de l'A.Q.E.T.A. à Montréal.
- Saint-Laurent, L., Giasson, J., Simard, C., Dionne, J. J., E. Royer et collaborateurs. (1995). *Programme d'intervention auprès des élèves à risque : une nouvelle option éducative*. Boucherville : Gaëtan Morin (Ed.).
- Shea, T.M., & Bauer, A.M. (1994). *Learners with disabilities : A social system perspective of special education*. Toronto : BCB Brown & Benchmark Publishers.
- Simon, J. (1968). Le Poucet. In Limbosch, A, Luminet-Jasinski, & Dierkens-Dopchie, N. (Eds) *La dyslexie à l'école primaire. Dépistage et prévention* (pp. 94-98). Bruxelles : Éditions de l'Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles.
- Slavin, R.E. (1988). *Educational psychology : Theory into practice*. Second Edition. New Jersey : Prentice Hall.
- Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires (GRICS). (1991). *Évaluation des élèves du primaire qui ont des difficultés d'apprentissage : analyse descriptive des épreuves actuellement utilisées et cadre théorique pour la production ultérieure d'épreuves*. Banque d'instruments de mesure.
- Swicegood, P. (1994). Portfolio-base assessment practice. *Intervention in School and Clinic*, 30(1), 6-15.
- Tardif, J. (1994). L'évaluation du savoir-lire : Une question de compétence plutôt que de performance. In J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond (Eds). *Évaluer le savoir-lire*. Montréal : Éditions Logiques, 69-102.
- Tierney, R. J., Carter, M. A. et Desai, L. E. (1991). *Portfolio Assessment in the Reading-Writing Classroom*. Norwood : Christopher-Gordon Publishers, Inc.
- Van Grunderbeeck, N. (1994). *Les difficultés en lecture. Diagnostic et pistes d'intervention*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Wesson, C.L. & King, R.P. (1996). Portfolio assessment and special education students. *Teaching Exceptional Children*, 28(2), 44-48.
- Winzer, M. (1996). *Children with Exceptionalities*. Scarborough (Ont.) : Allyn and Bacon Canada.
- Ysseldyke, J.E., & Thurlow, M.L. (1984). Assessment practices in special education: Adequacy and appropriateness. *Educational Psychologist*, 9, 123-136.
- Zazzo, R. (1979). *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant I*. Paris : Delachaux et Niestlé. 5e édition.

---

#### Abstract

This study aims to describe assessment instruments used by 31 resource room teachers working with elementary school children with learning disabilities and to describe student's perceptions regarding the tools. Data gathering relied on a questionnaire of open-ended and close-ended item format, comprising a respondent descriptive form, an analysis of instruments used and related student's perceptions. The questionnaire was administered during an interview. Data analysis revealed that academic tests constitute a form of evaluation very often used by the respondents. Major instruments are elaborated by school boards while those falling into the "other instruments" category hold very diversified components. Also, while respondents report feeling qualified enough to administer the instruments available, they regard them as being too complicated, too long to administer and to correct. Opinions are divided regarding the need for new instruments.

---

## LES CARACTÉRISTIQUES TRANSACTIONNELLES INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE VIE DES PÈRES D'ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Andréa Belzil, Nathalie Poirier et Émilie Cappe

Université du Québec à Montréal

### Introduction

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

*See end of text for English abstract.*

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

**Les caractéristiques d'une enfant présentant un TSA.** Les parents sont parfois démunis face aux comportements difficiles et atypiques que peuvent avoir leurs enfants présentant un TSA. Ces derniers peuvent avoir des troubles du sommeil, des particularités alimentaires, des difficultés d'apprentissage, un manque d'autonomie, des troubles de communication, des difficultés d'insertion sociale, des limitations physiques et des troubles cognitifs (Cappe, Bobet et Adrien, 2009 ; Wintgens et Hayez, 2005). Or, ces problématiques exigent un investissement assidu dans les soins quotidiens (Cappe et al., 2009 ; Wintgens et Hayez, 2005). De plus, l'étude réalisée par Simonoff et collaborateurs (2008) montre que 70 % des jeunes adolescents de leur échantillon (n = 112) âgés de 10 à 14 ans présentaient au moins un trouble associé tandis que le DSM-5 rapporte que 40 % de ces derniers ont deux troubles ou plus (APA, 2015). Parmi ceux-ci, on retrouve les troubles anxieux (Matson et Nebel-Schwalm, 2007), les troubles du comportement (Bradley, Summers, Wood et Bryson, 2004 ; Matson et LoVullo, 2008), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Gjevik, Eldevik, Fjaeran-Granum et Sponheim, 2011 ;

Goldstein et Schwebach, 2004 ; Mannion, Leader et Healy, 2013), les troubles de l'humeur (Simonoff *et al.*, 2008) et le trouble du développement intellectuel (Charman *et al.*, 2011 ; Höglund Carlsson *et al.*, 2013 ; Postorino *et al.*, 2016). Ainsi, les déficits et les défis chez l'enfant ayant un TSA entraînent plusieurs adaptations chez les familles, tels que les loisirs, le travail, la santé physique et mentale, les relations sociales, amicales, familiales ou de couple (Cappe *et al.*, 2009).

#### **L'adaptation des parents au TSA (modèle transactionnel).**

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

**La qualité de vie.** La qualité de vie d'une personne se construit selon des facteurs économiques (ressources financières), individuels (convictions personnelles, vie spirituelle), psychologiques (accomplissement personnel) et sociaux (relations sociales) (Dardas et Ahmad, 2014 ; Gomez, Guitiérrez, Castellanos, Vergara et Pradilla, 2010 ; Mugno, Ruta, D'Arrigo et Mazzone, 2007). Selon Gómez *et al.* (2010), les piliers d'une bonne qualité de vie résident dans la perception d'une bonne santé émotionnelle et mentale, et ce, dans divers contextes. Par les événements actuels et passés, la qualité de vie d'un individu se conceptualise (Dardas et Ahmad, 2014 ; Gómez *et al.*, 2010). Leurs perceptions de leur qualité de vie sont variables et influencées par leurs humeurs, leurs réactions émotionnelles et leurs jugements relatifs à la façon dont ils

vivent leur propre vie (Dardas et Ahmad, 2014 ; Gómez *et al.*, 2010). De plus, le TSA amplifie habituellement la division des rôles parentaux, c'est-à-dire que les pères d'enfants ayant un TSA occupent généralement le rôle de pourvoyeur principal (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2014). Ces derniers voient habituellement leurs heures de travail augmentées alors que pour les mères il y a une diminution (Poirier et Vallée-Ouimet, 2015). En somme, dans les familles où l'on retrouve un enfant présentant un TSA, les parents semblent adopter des rôles plus traditionnels qui pourraient diminuer leur qualité de vie (Cappe *et al.*, 2009 ; Gray, 2003 ; Young, Dixon-Woods et Heney, 2002). Ainsi, avoir un enfant à besoins particuliers peut affecter la qualité de vie des pères.

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

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

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

**Les stratégies d'adaptation.** Le modèle intégratif et multifactoriel repose sur une approche transactionnelle du stress stipulant qu'un individu ne subit pas passivement une situation stressante, mais élabore des stratégies pour faire face au problème auquel il est confronté. Ce modèle a été adapté par Cappe (2009) afin de démontrer les effets de certaines variables transactionnelles sur la qualité de vie et sur les stratégies d'adaptation pouvant être utilisées pour faire face aux problèmes (Untas, Koleck, Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2012). Or, certaines stratégies d'adaptation permettent aux parents de contrôler davantage la situation stressante et de réduire la détresse qui y est associée (Cappe, 2009). Ainsi, les parents peuvent utiliser plusieurs types de stratégies d'adaptation, soit celles centrées sur la résolution de problème, sur les émotions ou sur la recherche de soutien social. D'une part, les stratégies d'adaptation centrées sur le problème consistent pour l'individu à faire plusieurs essais tant comportementaux que cognitifs en vue de réduire le stress ressenti (Lyons, Leon, Phelps et Dunleavy, 2010). D'autre part, celles centrées sur les émotions se définissent essentiellement par les pensées négatives s'apparentant à du ressassement face à une situation stressante spécifique (p. ex., culpabiliser ou se blâmer) (Lyons *et al.*, 2010). Ces stratégies sont généralement efficaces à court terme, mais non à long terme sur la qualité de vie des parents puisqu'elles ont tendance à détourner l'attention du réel problème (Cappe, 2009 ; Cappe *et al.*, 2011 ; Cappe *et al.*, 2018 ; Dardas et Ahmad, 2014). Puis, celles centrées sur la

recherche de soutien social consistent pour l'individu d'aller chercher un soutien formel (professionnels, collègues) et informel (famille et amis) de son entourage afin de faire face aux obstacles (Gray, 2006). À cet égard, les parents qui les utilisent ont une relation améliorée avec leur enfant ainsi qu'une meilleure qualité de vie comparativement à ceux qui n'y ont pas eu recours (Cappe *et al.*, 2009 ; Dardas et Ahmad, 2014). Or, l'utilisation de stratégies d'adaptation, l'accès aux ressources et un soutien social adéquat permettent aux parents d'avoir une meilleure qualité de vie malgré le diagnostic de leur enfant.

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

## Objectifs

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

## Méthode

**Participants.** Les participants de cette étude sont 49 pères d'enfants présentant un TSA. Les critères d'inclusion de cette étude sont d'être le père biologique de l'enfant ayant un TSA âgé de 4 et 21 ans (âge de fréquentation scolaire) ainsi qu'avoir minimalement la garde partagée de ce dernier (une fin de semaine sur deux). Les pères sont âgés en moyenne de 46,4 ans ( $ET = 8,63$  ; min : 28 ; max : 63) tandis que les enfants ayant un TSA ont en moyenne 12,1 ans ( $ET = 4,62$  ; min : 4 ; max : 21). Ces derniers ont reçu leur diagnostic en moyenne à l'âge de 4,5 ans (min : 1 ; max : 9). Trente-six des enfants ayant un TSA ont une fratrie et 14 parmi ceux-ci ont aussi un diagnostic de TSA. Le tableau 1 décrit l'échantillon des pères et des enfants présentant un TSA.

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

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

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

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

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

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

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

**Tableau 2**  
*Instruments de mesure*

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

### Résultats

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

les pères.

### LES VARIABLES TRANSACTIONNELLES

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

**Le stress perçu.** Concernant l'analyse des liens, les résultats montrent des corrélations positives et significatives entre le score de stress perçu « perte et menace », le score global de qualité de vie ( $r = 0,69$ ) et les sous-scores des domaines de la qualité de vie « activités quotidiennes » ( $r = 0,62$ ), « activités et relations professionnelles » ( $r = 0,37$ ), « activités et relations sociales » ( $r = 0,55$ ), « activités et relations familiales » ( $r = 0,69$ ), « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ( $r = 0,37$ ) et sur le score global de qualité de vie ( $r = 0,69$ ). En ce qui a trait au score de stress perçu comme un « défi », une seule corrélation positive et significative est obtenue avec « l'épanouissement personnel » des pères ( $r = 0,32$ ). Toutefois, plusieurs corrélations négatives et significatives existent entre ce type de stress perçu et les « activités quotidiennes » ( $r = -0,46$ ), les « activités et les relations sociales » ( $r = -0,39$ ), les « activités et relations familiales » ( $r = -0,54$ ), le « bien-être psychologique » ( $r = -0,45$ ) et le score global de qualité de vie ( $r = -0,47$ ).

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

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

**Les stratégies d'adaptation.** Seules les stratégies d'adaptation centrées sur les « émotions » ont un effet significatif sur le score global de qualité de vie ( $r = 0,53$ ). Dans un premier temps, les résultats montrent une corrélation positive et significative entre les stratégies d'adaptation centrées sur les

« problèmes » et celles centrées sur la « recherche du soutien social » sur « l'épanouissement personnel » ( $r = 0,47$  et  $r = 0,41$ ) des pères. Dans un second temps, une corrélation négative et significative est obtenue entre les stratégies d'adaptation centrées sur les « problèmes » et sur les « activités et relations avec l'enfant ayant un TSA » ( $r = -0,49$ ). Finalement, celles centrées sur les « émotions » sont en corrélation (positive et significative) avec les sous-scores « activités quotidiennes » ( $r = 0,50$ ), « activités et relations sociales » ( $r = 0,45$ ), « activités et relations familiales » ( $r = 0,47$ ) et « bien-être psychologique » ( $r = 0,60$ ). Le tableau 3 montre les corrélations entre le score global de la qualité de vie, les domaines de la qualité de vie et les variables transactionnelles

## Discussion

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

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

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

**Tableau 3**

Corrélations entre les domaines de la qualité de vie et les variables transactionnelles

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

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

\* La corrélation est significative au seuil bilatéral 0,05

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

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

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

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

d'intervention qui ciblent spécifiquement ces compétences.

**Le soutien social perçu.** La disponibilité et la satisfaction du soutien social perçu des pères ont également un effet sur leur qualité de vie. En effet, plus les pères constatent que leur réseau social (l'entourage et les professionnels) est disponible pour eux, moins l'organisation de leur quotidien, leurs relations familiales et leur bien-être psychologique sont affectés. Des résultats similaires sont obtenus dans l'étude de Siman-Tov et Kaniel (2011). Plus spécifiquement, les parents qui reçoivent de l'aide formelle et informelle de leur entourage se sentent moins stressés et augmentent ainsi leur sentiment de contrôle (Siman-Tov et Kaniel, 2011). De plus, leur qualité de vie est vue plus positivement lorsque les pères ont accès à un soutien social. Néanmoins, des résultats surprenants sont observés vis-à-vis du niveau de satisfaction des pères. Plus ces derniers sont satisfaits du soutien social qu'ils reçoivent, plus ils ont de difficultés dans la gestion des activités quotidiennes, dans leurs relations sociales, familiales et avec leur enfant présentant un TSA, et plus ils ont des problèmes de santé psychologique. Par ailleurs, malgré leur satisfaction de leur réseau social, les répercussions négatives du TSA sont notées sur leur score global de qualité de vie. Seul leur épanouissement personnel est préservé par leur satisfaction au niveau de leur réseau social. Une étude de Cuzzocrea et collaborateurs (2015) rapporte des résultats similaires, c'est-à-dire que pour les parents d'enfants présentant un TSA, le soutien social ne semble pas toujours bénéfique. Des effets négatifs sont même relevés particulièrement pour les parents d'enfants ayant un TSA de niveau 3. À l'inverse, l'étude de Cappe et collaboratrices (2018) indique que plus les parents (mères principalement) sont satisfaits du soutien de leur entourage, plus leur qualité de vie est préservée. Ainsi, il semble que les pères ont plus de difficultés à qualifier le soutien social reçu et que cette variable transactionnelle a moins d'impact sur leur score global de qualité de vie. Il se pourrait également que le social ne joue pas la même fonction pour les pères que pour les mères d'enfants présentant un TSA. Il ne faudrait donc pas miser sur cet élément précis afin d'améliorer leur qualité de vie, mais davantage sur leur perception face à la disponibilité de leur entourage formel et informel. La présence d'un soutien adéquat a un effet bénéfique sur la qualité de vie des parents (Boyd, 2002). Des Rivières-Pigeon, Courcy et Dunn (2014) mettent l'accent sur l'importance de fournir des mesures de soutien concrètes pour les parents d'enfants présentant un TSA telles que des services d'intervention précoce à la maison. Elles rapportent l'importance de briser leur isolement et ainsi leur permettre d'accéder à davantage de soutien formel. Par exemple, les intervenantes se rendant à domicile ont plusieurs rôles dont celui de soutenir et d'outiller les parents (Courcy, Granger et des Rivières-Pigeon, 2014 ; Sabourin, des Rivières-Pigeon et Granger, 2011). Stipanivic, Bourassa, Hardy et Rivest (2017) ajoutent que ces intervenantes pourraient réaliser des rencontres de groupe à l'extérieur du domicile afin de briser le sentiment d'isolement des pères.

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

négatives (p. ex., mon enfant ne sera jamais autonome) qu'ils manifestent ainsi qu'à des programmes spécifiquement créés pour les parents d'enfants présentant un TSA (Lyons *et al.*, 2010 ; Smith *et al.*, 2008 ; Stipanovic. Couture, Rivest et Rousseau., 2014).

### Apports et limites

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

### Conclusion

Cette recherche a mis en évidence les perceptions des pères concernant l'influence du diagnostic de TSA de leur enfant sur leur qualité de vie. Plus spécifiquement, la qualité de vie des pères d'enfants présentant un TSA est affectée par la présence du diagnostic. Au Québec, à notre connaissance, il n'existe pas de recherches qui se sont attardées sur le vécu personnel des pères. Il serait intéressant de voir si une amélioration de leur qualité de vie serait observable si les pères s'impliquaient activement dans le quotidien de leur enfant. Par exemple, solliciter leur participation dans des programmes tels qu'*Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée* afin d'améliorer leurs compétences parentales (Hardy, Bourassa, Rousseau, Stipanovic et Rivest, 2017). Ce programme a été évalué à travers trois établissements de la province en 2012 et huit services cliniques en France de 2015 à 2018. Il serait aussi pertinent de s'assurer que ce type de programme reflète bien la réalité paternelle de ces derniers. La profession des pères semble préservée malgré le nombre d'heures de travail qui augmente à l'inverse des mères. Il est important de sensibiliser les pères sur l'effet d'une augmentation des heures de travail sur leur implication dans la dynamique familiale. De plus, l'effet du diagnostic de TSA sur la qualité de vie des pères diminue lorsque ces derniers arrivent à percevoir le TSA de leur enfant comme un défi et lorsqu'ils affirment avoir une bonne disponibilité de leur soutien social. De ce fait, il est capital que les pères brisent leur isolement social et qu'ils trouvent des stratégies adéquates pour faire face au stress qu'entraîne un tel diagnostic. Finalement, il serait intéressant d'aller explorer les variables transactionnelles qui influencent la qualité de vie des autres membres de la famille tels que la fratrie d'enfants ayant un TSA ainsi que de comprendre l'effet du diagnostic sur la qualité de vie des pères en adoptant une perspective longitudinale.

---

### Abstract

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

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

---

### Références

- Abouzeid, N. (2013). Les aspects liés à la santé physique et psychologique. Dans N. Poirier et C. des Rivières-Pigeon (Éds.), *Le trouble du spectre de l'autisme : l'état des connaissances* (p. 43-66). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Abouzeid, N. et Poirier, N. (2014a). Perception des effets de l'intervention comportementale intensive chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Enfance en difficulté*, 3, 107-137.
- Abouzeid, N. et Poirier, N. (2014b). Perceptions des mères d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme ayant reçu une intervention comportementale intensive : leurs ressources et leurs défis. *Revue de psychoéducation*, 43 (2), 201-233.
- Allik, H., Larsson, J. O. et Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school- age children with asperger syndrome or high-functioning autism. *Health Quality of Life Outcomes*, 4 (1), 1-8.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, trad.). Paris, France : Elsevier Masson (ouvrage original publié en 2013 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC : Auteur).
- Beaud, L. et Quentel, J.-C. (2011). Information et vécu parental du diagnostic de l'autisme II. Effets des troubles et qualité de vie. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169 (2), 132-139.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (2), 217-228.
- Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17 (4), 208-215.
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L. et Bryson, S. E. (2004). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (2), 151-161.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R. et Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24 (1), 38-49.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles* (2e éd.). Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF.
- Cappe, É. (2009). *Qualité de vie et processus d'adaptation des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger* (thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes, Paris, France.
- Cappe, É. (2012). Effet de l'inclusion sociale et scolaire sur le processus d'ajustement et la qualité de vie des parents d'un enfant présentant un trouble du spectre autistique. *Annales médico-psychologiques*, 170 (7), 471-475.
- Cappe, É., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2009). Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger. *La psychiatrie de l'enfant*, 52 (1), 201-246.
- Cappe, É., Gattegno, M.-P., Adrien, J.-L., Bobet, R. et Fernier, A. (2009). Effet d'un programme spécialisé pour enfants autistes sur la qualité de vie de leurs parents. *Revue québécoise de psychologie*, 30 (2), 139-162.
- Cappe, É., Poirier, N., Boujut, É., Nader-Grosbois, N., Dionne, C. et Boulard, A. (2017). Trouble du spectre de l'autisme et évaluation du stress perçu des parents et des professionnels : étude des priorités psychométriques d'une adaptation francophone de l'Appraisal of Life Event Scale (ALES-vf). *L'Encéphale*, 43 (4), 321-325.
- Cappe, É., Poirier, N., Sankey, C., Belzil, A. et Dionne, C. (2018). Quality of life of French- Canadian parents raising a child with autism and effects of psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 27 (4), 955-967.

- Cappe, É., Wolff, M. et Adrien, J.-L. (2009). Qualité de vie et ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble envahissant du développement. Dans N. Nader-Grosbois (Éds.), *Résilience, régulation et qualité de vie : concepts, évaluation et intervention* (p. 231-236). Louvain-la-Neuve, Belgique : Presses universitaires de Louvain.
- Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2011). Quality of life: A key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20 (8), 1279-1294.
- Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2012). Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *L'évolution psychiatrique*, 77 (2), 181-199.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: Data from the special needs and autism projects (SNAP). *Psychological medicine*, 41 (3), 619-627.
- Courcy, I., Granger, S. et des Rivières-Pigeon, C. (2014). L'implication parentale en contexte d'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec. *Revue de psychoéducation*, 43 (1), 77-99.
- Courcy, I. et Vallée-Ouimet, J. (2013). La famille. Dans N. Poirier et C. des Rivières-Pigeon (dir.), *Le trouble du spectre de l'autisme* (p. 67-92). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein : rôle de certains facteurs psychologiques, biologiques et sociaux* (thèse de doctorat inédite). Université Victor Segalen, Bordeaux, France.
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P. et Larcán, R. (2015). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with disability. *Child Care in Practice*, 22 (1), 3-19.
- Dardas, L. A. et Ahmad, M. M. (2014). Quality of life among parent of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities*, 35 (2), 278-287.
- De Montigny, F. et Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 387-396.
- Des Rivières-Pigeon, C., Courcy, I. et Dunn, M. (2014). Les parents d'enfants ayant un TSA au Québec : portrait de la situation. Dans C. des Rivières-Pigeon et I. Courcy (Éds.), *Autisme et TSA : quelles réalités pour les parents au Québec ?* (p. 9-32). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, A. (2001). You see the need perhaps more clearly I have. *Journal of Family Issues*, 22 (3), 328-357.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A. et Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37 (1), 39-52.
- Ferguson, E., Matthews, G. et Cox, T. (1999). The Appraisal of Life Events (ALES) scale: Reliability and validity. *British Journal of Health Psychology*, 4 (2), 97-116.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T. et Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41 (6), 761-769.
- Goldstein, S. et Schwebach, A. J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (3), 329-339.
- Gómez, M. M. N., Gutiérrez, R. M. V., Castellanos, S. A. O., Vergara, M. P. et Pradilla, Y. K. R. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Therapia Psychologica*, 28 (1), 69-84.
- Granger, S., des Rivières-Pigeon, C., Sabourin, G. et Forget, J. (2012). Mothers' reports of their involvement in early intensive behavioral intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32 (2), 68-77.
- Gray, D. E. (2002). "Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed": Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24 (6), 734-749.
- Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science & Medicine*, 56 (3), 631-642.
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 970-976.
- Hardy, M.-C., Bourassa, J., Rousseau, M., Stipanovic, A. et Rivest, C. (2017). *Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée*. Trois-Rivières, Canada : Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. Récupéré de [http://institutditsa.ca/file/au-dela\\_presentation-programme.pdf](http://institutditsa.ca/file/au-dela_presentation-programme.pdf)
- Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (4), 231-237.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T. et Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (5), 635-644.
- Heaman, D. J. (1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: A comparison of mothers with fathers. *Journal of Pediatric Nursing*, 10 (5), 311-320.
- Höglund Carlsson, L., Norrelgen, F., Kjellmer, L., Westerlund, J., Gillberg, C. et Fernell, E. (2013). Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-6.
- Koleck, M. (2000). *Rôle de certains facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies communes : une étude semi-*

- prospective en psychologie de la santé* (thèse de doctorat inédite). Université Victor Segalen, Bordeaux, France.
- Kuhn, J. C. et Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 564- 575.
- Ludlow, A., Skelly, C. et Rohleder, P. (2011). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Health Psychology*, 17 (5), 702-711.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R. et Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19 (4), 516-524.
- Mannion, A., Leader, G. et Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (1), 35-42.
- Matson, J. L. et LoVullo, S. V. (2008). A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. *Behavior Modification*, 32 (1), 61-76.
- Matson, J. L. et Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (1), 341-352.
- Matthews, R. A., Booth, S. M., Taylor, C. F. et Martin, T. (2011). A qualitative examination of the work-family interface: Parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Vocational Behavior*, 79 (3), 625-639.
- Neely-Barnes, S. L., Hall, H. R., Roberts, R. J. et Graff, J. C. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: Public perceptions and parental conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, 14 (3), 208-225.
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. et Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (22).
- Oelofsen, N. et Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31 (1), 1-12.
- Osborne, L. A. et Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (3), 405-414.
- Pelchat, D., Lefebvre, H. et Levert, M. J. (2005). L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état actuel des connaissances. *Enfances, familles, générations*, 3, 56-77.
- Poirier, N., Belzil, A. et Cappe, E. (2018). Qualité de vie des mères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) alors qu'ils fréquentent une classe spéciale de niveau primaire ou secondaire. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28 (3), 141-151.
- Poirier, N. et Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 203-226.
- Postorino, V., Fatta, L., Sanges, V., Giovagnoli, G., De Peppo, L., Vicari, S. et Mazzone, L. (2016). Intellectual disability in autism spectrum disorder: Investigation of prevalence in an Italian sample of children and adolescents. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 193-201.
- Pottie, C. G. et Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of child with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22 (6), 855-864.
- Rao, A. P. et Beidel, C. D. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33 (4), 437-451.
- Sabourin, G., des Rivières-Pigeon, C. et Granger, S. (2011). L'intervention comportementale intensive, une affaire de famille ? Analyse du regard que posent les mères d'enfants autistes sur leurs intervenantes. *Revue de psychoéducation*, 40 (1), 51-70.
- Sanders, J. L. et Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 19 (4), 15-32.
- Schaaf, C. R., Cohen, H. S., Johnson, L. S., Outten, G. et Benevides, W. T. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism*, 15 (3), 373-389.
- Sénéchal, C. et des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, 34 (1), 245-250.
- Siman-Tov, A. et Kaniel, S. (2011). Stress and personal resource as predictors of the adjustment of parents to autistic children: A multivariate model. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41 (7), 879-890.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 47 (8), 921-929.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S. et Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (5), 876-889.
- Sofronoff, K. et Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*, 6 (3), 271-286.
- Statistique Canada. (2019). Enquête sur la population active, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec. Récupéré de [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01681FR\\_populationActive2019M02F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01681FR_populationActive2019M02F00.pdf)

- Stipanivic, A., Bourassa, J., Hardy, M.-C. et Rivest, C. (2017). L'action psychoéducatrice dans le contexte d'un programme destiné aux parents de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Dans M. Rousseau, J. Bourassa, N. Milette et S. Mckinnon (dir.), *Pratiques psychoéducatrices innovantes auprès des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Boucherville, Canada : Béliveau Éditeur.
- Stipanivic, A., Couture, G., Rivest, C. et Rousseau, M. (2014). Développement des modèles théoriques d'un programme destiné à des parents d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Le journal sur les handicaps du développement*, 20 (3), 19-29.
- Untas, A., Koleck, M., Rascle, N. et Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie française*, 57 (2), 97-110.
- Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P. et Lunskey, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (11), 1310-1317.
- Weiss, J. A., Sullivan, A. et Diamond, T. (2003). Parent stress and adaptive functioning of individuals with developmental disabilities. *Journal of Developmental Disabilities*, 10 (1), 129-135.
- Wintgens, A. et Hayez, J.-Y. (2005). Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme. *Psychiatrie de l'enfant*, 49 (1), 207-226.
- Yamada, A., Kato, M., Suzuki, M., Watanabe, N., Akechi, T. et Furukawa, T. A. (2012). Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry*, 20 (12).
- Young, B., Dixon-Woods, M. et Heney, D. (2002). Identity and role in parenting a child with cancer. *Pediatric Rehabilitation*, 5 (4), 209-214.

## L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES CHEZ LES JEUNES AYANT DES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS : LE RÔLE DE LA CONFUSION INFÉRENTIELLE ET DE L'ACCOMMODATION FAMILIALE DANS LES PROCESSUS COGNITIFS MENANT AU DOUTE

Mélyane Bombardier<sup>1,2,4</sup>, Julie B. Leclerc<sup>1,2,4</sup>, Kieron P. O'Connor (posthume)<sup>1,2,3</sup> et Philippe Valois<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Université du Québec à Montréal, <sup>2</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM), <sup>3</sup> Université de Montréal, <sup>4</sup> Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies

*Introduction* : L'approche basée sur les inférences (ABI) est un modèle conceptuel du trouble obsessionnel-compulsif qui cible le processus de raisonnement impliqué dans le doute menant à l'obsession. L'ABI et la thérapie basée sur les inférences ont été validées chez l'adulte ayant un trouble obsessionnel-compulsif et offrent une option de traitement innovant et spécifique au raisonnement derrière les obsessions-compulsions. *Objectif* : L'objectif de l'étude est de mesurer la présence des composantes de l'ABI dans les processus cognitifs de l'enfant et de l'adolescent, soit la confusion inférentielle, le doute pathologique et le degré d'introspection. L'étude vise également à mesurer les relations entre l'accommodation familiale et la confusion inférentielle d'un parent dans la propension de l'enfant à douter. *Méthode* : Vingt-cinq participants âgés de 8 à 17 ans, dont 10 filles et 15 garçons ont rempli des questionnaires mesurant les processus cognitifs, soit la confusion inférentielle, le doute pathologique et le degré d'introspection. Les parents répondants ont rempli des questionnaires sur l'accommodation familiale et sur la confusion inférentielle adulte. *Résultats* : Les résultats suggèrent que les processus cognitifs menant au doute, inhérents à l'ABI, sont également présents chez les jeunes et qu'il existe un lien significatif entre la confusion inférentielle de l'enfant et le doute. Une corrélation significative et négative est également observée entre le degré d'introspection et la confusion inférentielle de l'enfant. De plus, la confusion inférentielle élevée d'un parent est corrélée positivement et significativement avec le doute de l'enfant. *Conclusion* : Les constats de l'étude permettent de conclure que l'ABI est une approche conceptuelle qui peut s'appliquer à la symptomatologie des enfants et des adolescents ayant des symptômes obsessionnels-compulsifs et pourrait avoir des retombées cliniques et pratiques dans l'évaluation et le traitement de ces symptômes.

*See end of text for English abstract*

### Introduction

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble psychiatrique qui se définit par la présence d'obsessions qui sont des pensées récurrentes et intrusives et/ou de compulsions qui sont des actions comportementales ou mentales à caractère répétitif qui sont posées dans le but de neutraliser les obsessions (American Psychological Association [APA], 2022). Une grande variabilité de l'expression du trouble est observée selon les types d'obsessions et de compulsions, l'âge d'apparition du trouble et la présence de troubles concomitants (Hasler *et al.*, 2005). Les catégories de symptômes communes au TOC sont reliées aux thèmes de contamination (p. ex., obsessions de contaminations et compulsions de nettoyage); de symétrie (p. ex., obsessions de symétrie et compulsions de répétitions, ordonnances et comptages); de pensées interdites ou taboues (p. ex., obsessions agressives, sexuelles et religieuses et compulsions connexes, telles que des vérifications mentales); de peur de blesser (p. ex., craintes de se faire du mal à soi-même ou à autrui, compulsions de vérification mentales ou comportementales connexes) (APA, 2022). Le TOC a été écarté de la catégorie diagnostique des troubles anxieux et fait partie de la catégorie des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés depuis la publication du DSM-5 (APA, 2013), dont la dysmorphie corporelle, l'accumulation compulsive, la trichotillomanie et la dermatillomanie et d'autres troubles connexes compte tenu des chevauchements qui existent dans la validation clinique de ces troubles (APA, 2013). Cette distinction met en évidence les caractéristiques communes du TOC (APA, 2013). Des études rapportent une variabilité développementale du trouble entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (Geller *et al.*, 1998a, 1998b, 2001 ; Pontarelli, 2018). Par exemple, l'étude de Geller *et al.* (2001) montre qu'un taux d'obsessions des méfaits plus élevé est observé chez les enfants et les adolescents en comparaison avec les adultes (63 %, 69 % et 31 % respectivement), comme la peur d'un événement catastrophique, la maladie ou la mort. L'étude montre

également que 18 % des enfants ont un faible degré d'introspection et que 85 % des enfants et des adolescents ont des difficultés à identifier les facteurs précipitant les obsessions-compulsions (APA, 2013 ; Geller *et al.*, 2001). L'étude de Millet *et al.* (2004) indique une présence plus marquée d'obsessions et de pensées magiques (p. ex., des obsessions superstitieuses) en lien avec le besoin d'accomplir des compulsions de type comptage et de vérification chez les enfants. Malgré les modifications dans le DSM-5, des difficultés diagnostiques existent en raison que les enfants ont de la difficulté à identifier leurs symptômes obsessionnels-compulsifs (SOC) et l'évaluation de la symptomatologie du TOC à l'enfance demeure un défi en raison de l'hétérogénéité du TOC et de sa complexité nosologique (APA, 2013 ; Geller *et al.*, 2001 ; Lewin *et al.*, 2013).

Une caractéristique associée au TOC à l'enfance est le degré d'introspection. L'introspection dans le TOC est la capacité de la personne à reconnaître que les croyances obsessionnelles sont des symptômes et qu'elles sont définitivement ou probablement fausses (APA, 2013 ; 2022). La capacité de la personne à reconnaître que ses SOC ont un caractère irréaliste est associée à un bon degré d'introspection, alors que certaines personnes entretiennent des croyances obsessionnelles délirantes, c'est-à-dire des idées surévaluées (APA, 2013 ; Catapano *et al.*, 2010). Les jeunes enfants ont de la difficulté à intellectualiser et à rationaliser les motivations qui les poussent à exécuter les compulsions (APA, 2013). Un faible degré d'introspection est associé à une sévérité plus élevée des SOC, à un degré plus élevé d'accommodation familiale et à un fonctionnement altéré par le TOC dans les sphères scolaire, sociale et familiale selon les parents (Storch *et al.*, 2008). Selon Lewin *et al.* (2010), les enfants ayant un faible degré d'introspection ont un fonctionnement intellectuel plus faible et rapportent une perte de perception de contrôle sur leur environnement. Le degré d'introspection de l'enfant est donc une mesure centrale à considérer dans le TOC à l'enfance.

Des caractéristiques associées au climat familial sont également d'intérêt dans le développement et le maintien du TOC à l'enfance. L'accommodation familiale est un concept étudié dans les familles d'enfants ayant un TOC, qui se définit par la façon dont les parents ou les membres de la famille collaborent à limiter ou à accommoder l'enfant devant des situations associées aux SOC, pour atténuer ou soulager les obsessions et les compulsions (Kagan *et al.*, 2017). Par exemple, les membres de la famille peuvent modifier leur routine pour rassurer l'enfant quant à ses pensées (Flessner *et al.*, 2011 ; Thompson-Hollands *et al.*, 2014). Selon Flessner *et al.* (2011), 99 % ( $n = 95$ ) des parents ayant un enfant avec un TOC affirment s'impliquer dans un comportement d'accommodation familiale et 77,1 % ( $n = 74$ ) d'entre eux précisent s'impliquer dans un comportement d'accommodation familiale quotidiennement. Selon des études, il est rapporté que 17 % à 20 % des parents ont également un diagnostic de TOC (Lenane *et al.*, 1990 ; Riddle *et al.*, 1990, cités dans Calvo *et al.*, 2007). Selon Garcia *et al.* (2010), les antécédents de TOC chez les parents modèrent

l'efficacité des interventions psychologiques effectuées auprès de leurs enfants. La sévérité des SOC chez l'enfant et la présence d'un dysfonctionnement de la famille, telle que mesurée par le *McMaster Family assessment device* (Epstein *et al.*, 1983), sont associées à un plus faible taux de réponse à la thérapie cognitive comportementale (TCC) (Barrett *et al.*, 2005 ; Ginsburg *et al.*, 2008).

Selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Bandura *et al.*, 1963 ; Bandura et Walters, 1977), de nouveaux comportements peuvent être appris dans des expériences directes et par observation du comportement des autres. L'apprentissage vicariant est le processus par lequel un enfant apprend un comportement par l'observation d'un modèle (p. ex., un parent) et l'analyse des conséquences des comportements de ceux-ci (Bandura *et al.*, 1963 ; Bandura et Walters, 1977). Des études sur la dynamique familiale mettent en lumière l'interaction des pratiques parentales avec les processus cognitifs de l'enfant et les SOC. Par exemple, si un parent anxieux a tendance à faire des vérifications excessives lors de la réalisation des tâches quotidiennes, on peut penser que l'enfant sera encouragé de par l'apprentissage vicariant à utiliser ce mode de vérification obsessionnelle.

Une étude avance que l'accommodation familiale dans les rituels obsessionnels-compulsifs pourrait être interprétée par l'enfant comme une confirmation de l'existence de ses croyances obsessionnelles (Lebowitz, 2013). Par exemple, acheter plus de savon, sortir les poubelles, verrouiller les portes, rassurer son enfant face à ses obsessions, adopter des comportements qui répondent aux règles du TOC, tels que se laver les mains et se changer de vêtements en arrivant de l'extérieur à la demande de l'enfant. Ainsi, l'accommodation familiale semble être en relation avec les SOC et peut moduler la réponse au traitement. Selon l'étude de Bipeta *et al.* (2013), l'accommodation familiale est un médiateur de la relation entre la sévérité des SOC et l'altération du fonctionnement. La présence d'accommodation familiale en association avec un faible degré d'introspection de l'enfant diminue également le taux de réponse à la thérapie (Keeley *et al.*, 2008 ; Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004).

Selon l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameters, le traitement privilégié pour les symptômes de TOC légers à modérés est la TCC avec exposition et prévention de la réponse (Geller et March, 2012). Selon les résultats d'une importante étude dans le TOC à l'enfance, plus de 40 % des enfants recevant une TCC combinée à une médication ne répondent pas complètement aux traitements ou restent aux prises avec plusieurs symptômes (Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004). De plus, selon les résultats d'une méta-analyse sur l'efficacité de la TCC à l'âge adulte, 15 % des adultes ayant un TOC deviennent asymptomatique après le traitement, 15 % d'entre eux ne montrent aucun changement clinique et 70 % sont toujours aux prises avec des SOC (Fisher et Wells, 2005). Les résultats d'une autre méta-analyse répertoriant trente-six études sur la TCC avec prévention de la réponse chez des patients de tous âges, montrent une bonne taille d'effet dans la réduction des

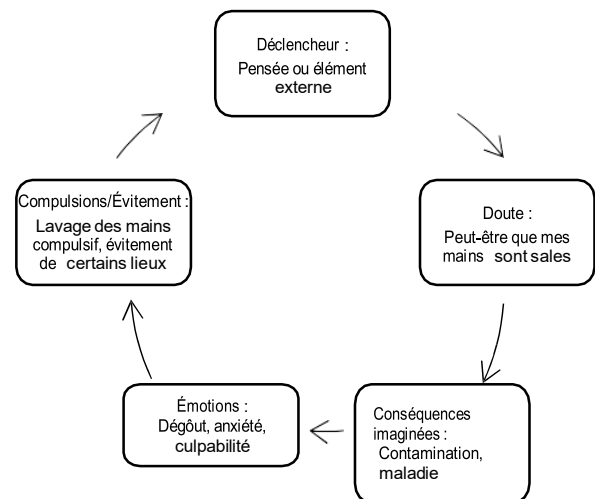
SOC ( $g = 0.74$ ; 95% CI = 0.51 to 0.97) (Reid *et al.*, 2021). Toutefois, la taille d'effet n'est pas significative en comparant la TCC avec prévention de la réponse avec d'autres traitements du TOC, tels que la thérapie cognitive et la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires, ( $g = 0.05$ ; 95% CI -0.27 to 0.16,  $p = 0.62$ ) (Reid *et al.*, 2021). Les constats de l'étude soulèvent des questionnements sur la supériorité de la TCC avec prévention de la réponse face à d'autres traitements actifs du TOC (Reid *et al.*, 2021). Ces résultats suggèrent que l'efficacité de la TCC avec prévention de la réponse dans le traitement du TOC possède un taux d'efficacité discutable tant chez les enfants que chez les adultes. Certaines limites de cette thérapie sont identifiées. Les modèles théoriques cognitifs et comportementaux actuels se basent toujours sur le modèle phobique pour conceptualiser les fondements cliniques de l'exposition au TOC (Meyer, 1966 ; Mower, 1960). Des études identifient certains problèmes d'application du modèle phobique au TOC. L'émotion ressentie dans le scénario TOC peut différer de l'anxiété ou de la peur qui sont fréquemment associées à l'objet phobique et peut s'exprimer par de la honte ou de la culpabilité face au récit obsessionnel, par exemple, ce qui le distingue de la phobie et s'arrime aux changements de classifications diagnostiques (O'Connor et Audet, 2019). Certaines obsessions seraient difficiles à transposer en situation d'exposition puisqu'elles seraient très sélectives et souvent absentes de l'environnement, comme les obsessions à thèmes magiques (p.ex., les pensées superstitieuses liées à la malchance) et morales (p. ex., les obsessions allant à l'encontre des valeurs de l'individu comme la peur de blesser autrui) (O'Connor *et al.*, 2018 ; Salkovskis, 1985). Les croyances dysfonctionnelles chez l'adulte ayant un TOC semblent associées à la responsabilité/surestimation de la menace, au perfectionnisme, à l'intolérance, à l'incertitude et à l'importance de contrôler ses pensées (OCCWG, 1997 ; 2001 ; 2003 ; Pontarelli, 2018). Ces croyances dysfonctionnelles sont étroitement liées aux SOC chez les jeunes avec des tailles d'effet modéré à élevé, tel que rapporté dans les modèles étiologiques cognitifs du TOC (Pontarelli, 2018 ; Rachman, 1997, 1998 ; Salkovskis, 1985, 1989). Les constats de l'étude de Pontarelli (2018) proposent que les croyances dysfonctionnelles soient adressées en priorité dans la thérapie chez les jeunes et suggèrent que les adolescents qui ont des croyances dysfonctionnelles auraient une plus grande propension à douter et à anticiper leurs actions ( $r = 0,73$ ). Ainsi, ces études démontrent les limites des modèles théoriques actuels dans le TOC et la pertinence d'approfondir les connaissances sur le rôle des croyances et des cognitions chez les jeunes ayant des SOC.

En réponse aux limites des modèles existants, l'approche basée sur les inférences (ABI) propose un modèle théorique alternatif qui cible les croyances dysfonctionnelles et le doute dans les SOC (O'Connor, 2002 ; O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ; O'Connor et Robillard, 1999). L'ABI cible le processus de raisonnement erroné impliqué dans le développement et le maintien de l'obsession (O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ;

O'Connor et Robillard, 1999). Selon l'ABI, le développement et le maintien des symptômes sont présentés dans la représentation d'une chaîne obsessionnelle-compulsive qui débute avec un élément déclencheur interne ou externe qui est suivie d'un doute pathologique qui se veut plausible dans la réalité. Le doute pathologique se crée lorsque la personne tire une conclusion possible (inférence primaire) d'une situation donnée : « peut-être que mes mains sont sales ? ». Ce doute implique ensuite des explorations avec insistance dans les conséquences imaginées associées au doute, ce qui pousse l'individu à douter davantage. L'investissement de la personne dans le doute obsessionnel et dans ses conséquences imaginées mène à un inconfort émotionnel (p.ex., anxiété, dégoût) et la personne s'engage alors dans des compulsions afin de neutraliser l'émotion ressentie, ou afin de prévenir les conséquences imaginées de se produire (O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ; O'Connor et Audet, 2019). La chaîne obsessionnelle-compulsive est présentée en Figure 1. Cette figure circulaire est une adaptation de la version pour les jeunes de Berthiaume *et al.* (2018), qui est une version simplifiée de O'Connor *et al.* (2005) et de O'Connor et Aardema (2012).

**Figure 1**

*Chaîne du trouble obsessionnel-compulsif*

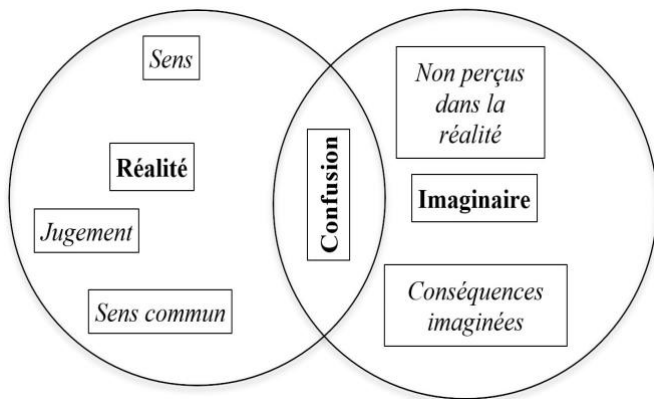


La confusion inférentielle est un processus de raisonnement clé de l'ABI qui illustre comment la personne confond ce qu'elle perçoit et ce qu'elle s'imagine (Aardema et O'Connor, 2003 ; Aardema *et al.*, 2005 ; 2006 ; O'Connor et Aardema, 2003 ; O'Connor *et al.*, 2005 ; 2012). Ainsi, la personne ressent une confusion entre la réalité et son doute obsessionnel et conséquemment elle met en doute ce qu'elle perçoit au profit d'une possibilité imaginée qui ne cesse de prendre de l'ampleur : « si je suis très malade, je pourrais échouer mon année scolaire ». La personne ressent alors une montée d'émotions négatives (p. ex., honte, culpabilité) qui la poussent à faire des compulsions, ayant comme fonction de rassurer et de diminuer les émotions négatives sur le champ,

mais non de façon permanente, puisque le doute est à la base de ces émotions et il n'est pas résolu (O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ; O'Connor et Audet, 2019). Le schéma de la confusion inférentielle illustré en Figure 2 est issu du modèle original de O'Connor *et al.* (2005) et de O'Connor et Aardema (2012) et inclut les adaptations qui ont été faites dans le guide de thérapie pour les jeunes de Berthiaume *et al.* (2018).

**Figure 2**

*La confusion inférentielle*



Dans l'ABI, le doute pathologique est créé par une erreur de raisonnement inductif, qui s'inscrit ensuite dans un processus de confusion inférentielle, ce qui engendre l'obsession (O'Connor, 2002 ; O'Connor et Aardema, 2012). Une étude chez l'adulte ( $n = 85$ ) rapporte que la confusion inférentielle est en relation avec les croyances obsessionnelles et les SOC ( $r = 0,26$ ), notamment les obsessions liées à la peur de blesser ( $r = 0,48$ ) et les compulsions de nettoyage ( $r = 0,26$ ) (Aardema *et al.*, 2006). L'étude de Goods *et al.* (2014) conclut également que les SOC sont corrélés avec la confusion inférentielle chez l'adulte ( $n = 201, r = 0,65$ ). Ainsi, la confusion inférentielle et un processus clé de l'ABI, qui maintient l'individu dans une confusion entre la réalité perçue et la réalité imaginaire ce qui amène l'individu à s'investir dans de lointaines possibilités et à douter que la possibilité imaginée pourrait être vraie (O'Connor, 2002 ; O'Connor et Aardema, 2012).

La thérapie basée sur les inférences (TBI) qui est issue de l'ABI intègre les composantes du TOC dans un traitement qui cible le doute vers une réduction de la symptomatologie (Aardema *et al.*, 2017 ; O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ; O'Connor et Robillard, 1999). L'effet de la TBI chez l'adulte ayant un TOC est établi dans plusieurs écrits scientifiques (Aardema et O'Connor, 2012 ; Perreault et O'Connor, 2014 ; Visser *et al.*, 2015). Notamment, l'essai clinique randomisé (groupe contrôle sur liste d'attente) montre une amélioration clinique chez 59,8 % des participants adultes ayant un TOC ( $n = 125$ ) après 24 séances de TBI et une taille d'effet de 1,49 à 2,53 (Aardema *et al.*, 2017). Les résultats d'une étude chez l'adulte après une TBI rapportent

que la modification des symptômes du TOC est corrélée avec le niveau de confusion inférentielle, l'estimation de la conviction de la menace et du sentiment de responsabilité (Del Borrello et O'Connor, 2014). Une analyse de variance montre que le niveau de confusion inférentielle est le facteur prédictif le plus important des SOC puisqu'il explique 32 % de la variance (Del Borrello et O'Connor, 2014). Les domaines de croyances dysfonctionnelles associés au TOC étaient aussi mesurés dans cette étude. Les résultats montrent que les croyances reliées à l'hyper responsabilité et à la surestimation du danger étaient aussi reliées au SOC (Del Borrello et O'Connor, 2014).

Une adaptation du contenu de la TBI adulte (O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012) a été réalisée auprès des enfants et des adolescents (Berthiaume *et al.*, 2018). Les résultats préliminaires d'un essai ouvert permettent d'établir la faisabilité et la pertinence de la TBI chez les jeunes (Bombardier *et al.*, 2018 ; Bombardier *et al.*, en préparation). Les résultats de trois études de cas de jeunes âgés de 12, 13 et 14 ans montrent une amélioration clinique des SOC après 14 à 16 séances de TBI (Bombardier *et al.*, 2018 ; Bombardier *et al.*, en préparation). Deux participants étaient en rémission complète en fin de thérapie et ils ont conservé leurs acquis huit mois après le traitement, et un participant a atteint le seuil de rémission lors de l'évaluation trois mois après la thérapie ( $p < 0,001$ ) (Bombardier *et al.*, 2018 ; Bombardier *et al.*, en préparation). De plus, il est observé que la confusion inférentielle tend à diminuer et que les doutes diminuent en moyenne de 85 % chez deux participants après 14 à 16 semaines de TBI (Bombardier *et al.*, en préparation). À travers la TBI le jeune apprend à résoudre le doute à travers différents exercices, dont la prise de conscience du processus de raisonnement erroné dans le doute TOC, et en faisant confiance aux sens par la détection de la réalité sans avoir recours à l'imagination, ainsi que par la construction d'un processus narratif alternatif au doute qui est basé sur des éléments de la réalité (O'Connor *et al.*, 2005 ; O'Connor et Aardema, 2012 ; Berthiaume *et al.*, 2018). L'identification du processus de raisonnement à l'aide de la chaîne obsessionnelle-compulsive inhérente à l'ABI est complétée par l'enfant en collaboration avec le psychologue et aide à diminuer la confusion entre le doute TOC, les conséquences imaginées, les émotions et les compulsions (O'Connor et Audet, 2019).

### Problématique

La littérature scientifique relate que la confusion inférentielle et les SOC sont fortement associés chez l'adulte. Par ailleurs, l'ABI stipule que la force du doute est fortement associée à la confusion inférentielle. Qu'en est-il du processus de la confusion inférentielle dans le TOC à l'enfance ?

Les résultats des études sur le TOC à l'enfance avancent qu'un faible degré d'introspection serait associé à une symptomatologie plus sévère. Est-il possible que la confusion inférentielle ait un rôle à jouer dans le degré d'introspection des enfants ayant des SOC ?

La littérature scientifique informe que la dynamique familiale a un rôle important à jouer dans le développement et le maintien des SOC chez les enfants. Peut-on croire que les processus de raisonnement des parents, c'est-à-dire leur propre confusion inférentielle, soient impliqués dans la propension de l'enfant à douter de lui et de ce qui l'entoure ? Peut-on penser qu'un niveau élevé d'accommodation familiale soit en relation avec le doute pathologique de l'enfant ?

Ces questions sont d'autant plus pertinentes compte tenu des récentes avancées dans l'application de la TBI pour le traitement des SOC à l'enfance et à l'adolescence. La présente étude vise à mesurer les processus cognitifs inhérents à l'enfant impliqués dans le développement et le maintien des SOC à l'enfance, afin de vérifier si les éléments de l'ABI peuvent améliorer la compréhension clinique du TOC pédiatrique. En second lieu, l'étude vise à mesurer l'interaction entre les caractéristiques cognitives de l'enfant et les caractéristiques propres à leurs parents, afin de voir les liens entre l'accommodation familiale et la confusion inférentielle des parents dans le développement d'un processus cognitif obsessionnel-compulsif chez les jeunes.

### Objectifs et hypothèses

L'étude vise à vérifier les liens entre la confusion inférentielle de l'enfant et 1) le doute pathologique de l'enfant ; 2) les SOC ; et 3) la capacité d'introspection de l'enfant. Les hypothèses visent à confirmer que la sévérité du doute pathologique sera corrélée de façon positive à la sévérité de la confusion inférentielle de l'enfant, que les SOC seront corrélés de façon positive à la sévérité de la confusion inférentielle de l'enfant et qu'un faible degré d'introspection chez l'enfant sera davantage associé à une confusion inférentielle sévère de celui-ci.

Ensuite, l'étude vise à évaluer les liens entre le doute pathologique de l'enfant et 1) la confusion inférentielle du parent ; et 2) l'accommodation familiale. Les hypothèses proposées sont que la présence d'une confusion inférentielle élevée chez l'un des parents sera corrélée positivement avec la sévérité du doute pathologique de l'enfant et que la présence d'accommodation familiale élevée chez l'un des parents sera corrélée positivement avec la sévérité du doute pathologique de l'enfant.

### Méthode

**Participants.** Les participants de l'étude sont des enfants et des adolescents ayant des SOC (APA, 2013). Les critères d'inclusion sont que les SOC soient la problématique de santé mentale principale avec un seuil clinique et que les participants soient âgés de 8 à 17 ans inclusivement. Les critères d'exclusion sont que les participants ne doivent pas être atteints d'une affection médicale générale, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement (TED) en raison de l'impact particulier de ces troubles sur le fonctionnement intellectuel et social. Vingt-cinq enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans ( $\bar{x}$ : 11,36;  $s$ : 2,1), dont 10 filles et 15 garçons, ont été recrutés à

travers la population générale et par la collaboration avec l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies (HRDP), le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et le centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Trente parents des participants répondent également à différents questionnaires, dont sept couples et seize parents individuels.

### Instruments de mesure.

**Questionnaire sur les processus inférentiels, version pour enfants et adolescents (QPI-EV-enfant ; Bombardier et al., 2016 ; adapté de Aardema et al., 2010).** Ce questionnaire autorapporté avec l'aide de l'évaluateur, mesure la confusion inférentielle de l'enfant et comprend dix items sur une échelle de Likert à six points. Un guide de l'administrateur a été construit pour s'assurer de la conformité de la passation. Par exemple (item 8): « Il m'arrive de perdre confiance en ce que je vois à cause de mon imagination qui me dit autre chose » (Bombardier et al., 2016). L'enfant donne son niveau d'accord avec l'énoncé de 1 à 6. La conformité de l'adaptation du questionnaire a été évaluée par un comité d'experts dans le domaine du TOC. Sa validité écologique a été évaluée par la passation du questionnaire à des enfants tout-venant âgés de 8 à 12 ans afin de s'assurer d'une bonne compréhension des items. Le temps d'administration du questionnaire aux enfants se situe entre 10 et 15 minutes. Le questionnaire possède une bonne cohérence interne (de  $\alpha = 0,91$  à  $\alpha = 0,93$  ;  $n = 5$ ) et un indice de test-retest acceptable ( $r = 0,71$ ) (Bombardier et al., 2016).

**Échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown pour enfants (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [CY-BOCS], version française ; Goodman et al. [1991]; traduction française au Québec par Laverdure et Péliissier en 2007).** Ce questionnaire, qui s'administre à l'enfant sous forme d'entrevue semi-structurée de dix items, mesure la sévérité des SOC chez l'enfant et l'adolescent. L'outil a une bonne cohérence interne globale,  $\alpha = 0,74$  (Scahill et al., 1997), et une très bonne cohérence interne pour les scores de sévérité des obsessions et des compulsions, respectivement  $\alpha = 0,80$  et  $\alpha = 0,82$  (Goodman et al., 1989). Également, il existe une bonne fidélité inter-juges (Corrélation intra-classe [CIC] = 0,66 à 0,91) et une fidélité test-retest à six semaines d'intervalle adéquate (CIC = 0,79 pour le score global, 0,70 pour la sévérité des obsessions et 0,76 pour la sévérité des compulsions) (Goodman et al., 1989).

**Échelle des inférences primaires (Degree of conviction of the obsessional doubt clinical scale; O'Connor et Robillard, 1999).** Cette échelle s'administre sous forme d'entrevue semi-structurée. Elle mesure la conviction avec laquelle les enfants croient que leurs doutes sont probables sur une échelle variant de 0 (pas du tout) à 100 (extrêmement). Pour aider l'enfant à identifier son doute, l'évaluateur pose la question suivante : « de quoi as-tu besoin d'être sûr à 100 % pour ne pas faire de compulsions ? ». La consigne suivante est donnée à l'enfant : « choisis le doute le plus significatif et le plus préoccupant ». Lorsque le doute le plus saillant est identifié, l'enfant répond à la question suivante : « à quel point

considères-tu que ton doute soit probable sur une échelle de 0 à 100 ? » (p. ex., peut-être que la porte est mal verrouillée) (Grenier *et al.*, 2008; O'Connor et Robillard, 1999). Les résultats de l'étude de Grenier *et al.* (2008) rapportent que le niveau moyen de doutes obsessionnels recueillis à deux semaines d'intervalles était fortement corrélé (doute obsessionnel n° 1,  $r = 0,85$ ; et doute obsessionnel n° 2,  $r = 0,85$ ), ce qui suggère une fidélité de l'échelle clinique. Une autre étude observe une amélioration clinique à l'échelle en post-traitement, ce qui démontre une sensibilité de l'échelle et une validité clinique (O'Connor *et al.*, 2005). Une traduction française des items a été réalisée à l'aide de la méthode de traduction renversée (Vallerand, 1989). Le temps d'administration du questionnaire aux enfants se situe entre 5 et 10 minutes.

**Entrevue semi-structurée sur l'introspection à l'enfance (Child Insight Questionnaire [CIQ]; Lewin *et al.*, 2010; traduction française, Bombardier *et al.*, 2018).** L'entrevue semi-structurée sur le degré d'introspection à l'enfance mesure la propension avec laquelle l'enfant est conscient de ses obsessions-compulsions (Lewin *et al.*, 2010). L'enfant répond à trois questions sur son degré d'introspection : « 1) Pensez-vous que vos problèmes ou vos comportements sont raisonnables ou qu'ils font du sens ? 2) Que pensez-vous qui se passerait si vous ne faites pas vos compulsions ?

3) Pensez-vous que quelque chose arriverait vraiment si vous ne faisiez pas les compulsions ? » (Lewin *et al.*, 2010). L'évaluateur est formé pour chercher des clarifications ou des détails additionnels au besoin (p. ex., « peux-tu m'expliquer davantage ton idée ? »). Le score de la fidélité inter-juges est excellent (Kappa = 0,95) (Lewin *et al.*, 2010). Les scores varient d'excellent degré d'introspection, bon degré d'introspection, moyen degré d'introspection, faible degré d'introspection à un manque de degré d'introspection (Lewin *et al.*, 2010). Une traduction française des items a été réalisée à l'aide de la méthode de traduction renversée (Vallerand, 1989). Deux personnes indépendantes de langue maternelle anglaise ont retraduit le questionnaire en anglais et ensuite une comparaison des deux traductions a été faite avec la version originale, afin d'arrimer une traduction la plus fidèle et conforme aux items d'origines. Le temps d'administration du questionnaire aux enfants est de cinq minutes.

**Questionnaire sur les processus inférentiels (QPI-EV ; Aardema *et al.*, 2010).** Ce questionnaire mesure la confusion inférentielle pour la version parents et possède 30 items sur une échelle de Likert à six points. Par exemple (item 28): « Parfois je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles » (Aardema *et al.*, 2010). Le parent donne son niveau d'accord avec l'énoncé de 1 à 6. Ce questionnaire est validé en français chez l'adulte (QPI-EV; Aardema *et al.*, 2010). Le QPI-EV a une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,97$  dans un échantillon de participants ayant un TOC et  $\alpha = 0,96$  dans un échantillon francophone) avec une fidélité test-retest de 12 semaines ( $r = 0,90$ ) (Aardema *et al.*, 2010). Ce questionnaire a également été validé auprès des adolescents

âgés de 14 à 17 ans (Lahoud, 2014). L'analyse factorielle de cette étude explique 37,4 % de la variance des items au QPI-EV et la cohérence interne est de  $\alpha = 0,94$  (Lahoud, 2014). Le temps d'administration du questionnaire se situe entre 15 et 20 minutes.

**L'échelle des comportements d'accommodation de la famille par rapport au TOC (Le Family Accomodations Scale for OCD [FAS-PR] ; Calvocoressi *et al.*, 1999, traduction libre par Fontaine et Roberts en 2010).** Ce questionnaire autorapporté par les parents évalue le style parental et le niveau de participation des parents en réponse aux symptômes de l'enfant. Il contient 12 items. La cohérence interne totale est de  $\alpha = 0,90$ . Il a été corrélé avec le CY-BOCS pour les obsessions à ( $r = 0,24$ ), et à ( $r = 0,36$ ) pour les compulsions avec un total de  $r = 0,32$  ( $p < 0,001$ ) (Pinto *et al.*, 2013). Ce questionnaire est administré aux deux parents séparément et le temps requis pour la passation est d'environ 15 minutes.

**Procédure.** Ce projet de recherche multicentrique a été approuvé par les comités éthiques de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP), de l'Université du Québec à Montréal ainsi que par le Centre hospitalier universitaire mère-enfant (CHU) Sainte-Justine. Chaque famille participante a lu et signé le formulaire de consentement détaillant les modalités de participation ainsi que leurs droits face à la recherche. Une période de questions sur l'étude a également eu lieu. Après l'obtention du consentement, une rencontre d'évaluation d'une durée moyenne d'une heure a été menée par un membre de l'équipe de recherche formé (avec les participants et le ou les parents). Lorsque les deux parents ont répondu aux questionnaires, le parent dont les scores étaient les plus élevés à la confusion inférentielle du parent et à l'accommodation familiale ont été considérés pour les analyses. L'entrevue se déroulait en présence du ou des parents. Le ou les parents remplissaient leurs questionnaires en parallèle alors que l'agente de recherche remplissait les questionnaires avec l'enfant. L'agente de recherche répondait ainsi aux questions des enfants et des parents le cas échéant.

### Méthodologie statistique

Pour vérifier les hypothèses, les analyses statistiques utilisées seront principalement des corrélations de Pearson (R), avec l'analyse des tailles d'effet, des intervalles de confiance de type bootstrap avec tirage avec remise et de la puissance statistique. Les analyses incluent la confusion inférentielle, les SOC, l'introspection et le doute pathologique de l'enfant. De plus, elles incluent la confusion inférentielle des parents en utilisant le score le plus élevé d'une même famille si le cas échéant et l'accommodation familiale en utilisant aussi le score le plus élevé d'une même famille si le cas échéant. Les analyses descriptives des résultats, présentés dans le Tableau 1, montrent certaines anomalies statistiques nécessitant des transformations. Pour obtenir une distribution normale, les scores du doute pathologique de l'enfant, mesurés par l'inférence primaire, sont transformés en utilisant l'inverse du score ( $1/x$ ). La distribution est normale et les tests utilisés sont paramétriques et les hypothèses statistiques sont

unidirectionnelles.

## Résultats

Des statistiques descriptives présentent les moyennes et l'écart-type de chaque variable dans le Tableau 1. L'introspection des enfants et la confusion inférentielle des parents présentent un plancher dans la distribution de leurs scores, c'est-à-dire que le minimum observé se trouve à moins de deux écarts-types de la moyenne. Il est également à noter

que l'échelle clinique des inférences primaires a uniquement été administrée aux participants recrutés à HRDP. C'est pourquoi les données regroupent 15 participants à cette échelle. Certaines données sont manquantes chez les enfants et les parents, ce qui explique certaines fluctuations dans le nombre de répondants.

**Tableau 1**

*Statistiques descriptives des variables*

Variabiles	N	Moyenne	Écart-type	Min	Max	Asymétrie	Aplatissement
Introspection (CIQ)	24	3,33	1,01	2	5	0,361	-0,814
Confusion inférentielle de l'enfant (QPI-EV-enf)	24	33,52	10,90	18	55	0,500	-0,583
Confusion inférentielle élevée du parent (QPI-EV)	23	76,0	40,145	30	148	0,577	-1,107
Accommodation familiale (FAS-PR)	23	17,52	10,63	1	38	0,327	-1,004
Sévérité des SOC (CY-BOCS)	25	22,20	8,20	8	40	0,566	-0,247
Inférence primaire (force du doute enfant)	15	90,53	13,12	65	100	-1,299	0,263

Note : CIQ = Child Insight Questionnaire ; QPI-EV = Questionnaire sur les processus inférentiels ; FAS-PR = Family Accommodation Scale-Parent-Report ; CY-BOCS = Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Outils administrés à l'enfant : CIQ, QPI-EV-enf, CY-BOCS. Outils administrés au parent : QPI-EV, FAS-PR.

**Confusion inférentielle de l'enfant en relation avec le doute et les SOC.** Les résultats ne montrent aucune relation significative et une petite taille d'effet entre la confusion inférentielle de l'enfant mesurée par le QPI-EV-enfant et la sévérité des symptômes mesurée par le CY-BOCS ( $r = 0,108$ ), contrairement à ce qui était attendu. Une corrélation forte et significative avec une grande taille d'effet est toutefois observée entre la confusion inférentielle de l'enfant et la sévérité du doute mesurée par l'échelle des inférences primaires (doute pathologique) ( $r = 0,546$ ). Une corrélation avec une taille d'effet moyenne, mais non significative est observée entre le doute pathologique et la sévérité des SOC ( $r = 0,397$ ), tel que mesuré par le CY-BOCS. Les analyses de corrélations de Pearson entre les variables sont présentées dans le Tableau 2.

**Le degré d'introspection en lien avec la confusion inférentielle.** Les résultats montrent une corrélation négative et

significative avec une grande taille d'effet entre le niveau d'introspection de l'enfant mesurée par l'échelle d'introspection et la confusion inférentielle mesurée par le QPI-EV-enfant ( $r = -0,529$ ).

**Influence du milieu familial sur le doute de l'enfant.** Les résultats montrent une relation positive et significative avec une grande taille d'effet entre la confusion inférentielle élevée de l'un des parents mesurée par le QPI-EV et la sévérité du doute de l'enfant mesurée par l'échelle de l'inférence primaire ( $r = 0,490$ ). Une absence de lien avec une faible taille d'effet a toutefois été constatée entre l'accommodation familiale élevée de l'un des parents mesurée par le FAS-PR et la sévérité du doute de l'enfant mesurée par l'échelle de l'inférence primaire (doute pathologique) ( $r = 0,116$ ).

**Tableau 2**

Présentation des liens entre les variables de l'enfant et du parent

Variabiles		Introspection	Confusion inférentielle - enfant	Confusion inférentielle - parent	Accommodation familiale	Inférence primaire (doute pathologique)
SOC	R	0,106	0,108	0,124	0,124	0,397
	P	0,311	0,307	0,287	0,287	0,071
	N	24	24	23	23	15
	P		12,95			
	Inf/sup		[-0,262 ; 0,483]			
Introspection	R		-0,529**	-0,165	0,062	0,034
	P		0,004	0,225	0,390	0,454
	N		24	23	23	14
	P		90,54			
	Inf/sup		[-0,758 ; -0,227]			
Confusion inférentielle - enfant	R			0,230	-0,064	0,546*
	P			0,145	0,386	0,022
	N			23	23	14
	P					74,30
	Inf/sup					[0,05 ; 0,874]
Confusion inférentielle - parents	R				-0,057	0,490*
	P				0,400	0,038
	N				22	14
	P					63,22
	Inf/sup					[-0,064 ; 0,928]
Accommodation familiale élevée	R					0,116
	P					0,346
	N					14
	P					10,90
	Inf/sup					[-0,470 ; 0,619]

Note : SOC = Symptômes obsessionnels-compulsifs; P = puissance; Inf/sup = intervalle de confiance des analyses bootstrap.

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

## Discussion

La présente étude visait à mesurer la présence des concepts de l'ABI, tels que le doute, la confusion inférentielle et l'introspection chez les jeunes ayant des SOC à un seuil clinique et de mesurer l'influence du milieu familial dans le développement du doute pathologique chez l'enfant.

**Caractéristiques inhérentes à l'enfant.** L'étude s'intéressait à la mesure de la force du lien corrélationnel entre le doute pathologique et la confusion inférentielle de l'enfant. Une grande taille d'effet est observée et l'analyse de la puissance montre qu'avec un échantillon de 18 participants, une puissance de ( $P = 0,80$ ) serait observée. L'intervalle de confiance excluant le 0, indique qu'il y a 95 % de chances que l'effet observée soit différente de 0. L'hypothèse est confirmée, ce qui suggère que ces deux processus sont fortement associés, ce qui est tout à fait concordant avec les résultats des recherches effectués dans la population adulte.

Toutefois, une corrélation faible et non significative a été observée entre la confusion inférentielle de l'enfant et la sévérité des SOC. La taille d'effet et la puissance statistique observées sont également faibles. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés chez l'adulte (Aardema *et al.*, 2006). L'hypothèse avancée pour expliquer ce résultat est que les enfants ayant une faible introspection ont de la difficulté à reconnaître et à rapporter leurs SOC, et sous-estimeraient l'ampleur des symptômes. D'autant plus, que la moyenne de l'échantillon présente une introspection légère, c'est-à-dire qu'ils peuvent admettre à contrecœur que leurs pensées sont déraisonnables, mais ils en doutent. Il serait donc pertinent dans une étude future, d'inclure d'autres questionnaires autorapportés mesurant les SOC, tel que le *Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory* (C-FOCI) (Storch *et al.*, 2009). Une autre hypothèse est que les enfants peuvent aussi avoir des difficultés à reconnaître leurs SOC également en raison de la présence d'une confusion inférentielle qui peut atténuer la conscience perceptive de l'enfant à propos de ses propres symptômes et ainsi influencer son habileté à percevoir le caractère pathologique des SOC. Ainsi, une relation positive et significative aurait été attendue entre les SOC et la confusion inférentielle de l'enfant, cependant l'intervalle de confiance comporte le 0, ce qui indique qu'il y a une probabilité que l'effet observée soit fausse et une faible puissance est observée. De plus, l'étude de Visontay *et al.* (2019) postule qu'il existe un niveau d'hétérogénéité élevé entre les questionnaires mesurant prétendument une même catégorie de symptômes, soit les SOC à l'enfance, ce qui suggère que les résultats aux questionnaires mesurant les SOC peuvent varier selon l'outil. De plus, il est rapporté que la version adulte du questionnaire CY-BOCS, le Y-BOCS, qui évalue les SOC est peu sensible aux autres échelles autorapportées mesurant les SOC, en raison que celui-ci évalue les symptômes indépendamment du contenu en comparaison avec les échelles autorapportées (Baraby *et al.*, 2018). Cela suggère que les résultats obtenus au CY-BOCS donnent un portrait général des SOC et doivent être interprétés avec prudence. Par ailleurs, le questionnaire de la confusion inférentielle et l'échelle des inférences primaires sont des outils cliniques spécifiques aux cognitions impliquées dans les SOC qui permettent d'évaluer la sévérité du niveau de dépersonnalisation/déréalisation dans les obsessions-compulsions, et la force de conviction du doute TOC chez les enfants. Ces résultats permettent de conclure que les concepts théoriques mis de l'avant par l'ABI, soit le doute et la

confusion inférentielle sont présents chez les enfants et les adolescents ayant des SOC, à l'instar des adultes. Cependant, d'autres études sont nécessaires afin de mieux étudier la relation entre le processus de la confusion inférentielle en lien avec la symptomatologie TOC. Néanmoins, une étude de cas antérieure, montre bien que la confusion inférentielle tend à diminuer et que les doutes diminuent en moyenne de 85 % chez deux participants enfants après 14 à 16 semaines de TBI (Bombardier *et al.*, 2019), ce qui n'exclut pas le lien entre ces variables cognitives et la symptomatologie du TOC. Il est à noter toutefois, qu'une possible relation entre les SOC et le doute pathologique ( $p = 0,071$ ) est observée, toutefois un échantillon de ( $n=18$ ) aurait été nécessaire pour obtenir une puissance de ( $P = 0,80$ ).

L'étude visait également à évaluer la présence d'un lien entre le degré d'introspection de l'enfant et la sévérité de la confusion inférentielle. Les résultats permettent de confirmer l'hypothèse que lorsque le niveau degré d'introspection diminue, la confusion inférentielle augmente avec une grande taille d'effet et une très bonne puissance statistique, ce qui signifie que plus l'enfant vit de la confusion inférentielle, moins il est conscient de ses symptômes. Ces résultats appuient ceux de l'étude à Geller *et al.* (2001) relatant que les enfants et les adolescents présentent des difficultés à identifier leurs SOC et concordent avec l'étude de Lewin *et al.* (2010), qui propose qu'un enfant ayant une faible capacité d'introspection rapporte une perte de perception de contrôle sur leur environnement. Ces constats approuvent le postulat proposé par O'Connor et Robillard (1999), O'Connor *et al.*, (2005) et O'Connor et Aardema, (2012), qui présente la confusion inférentielle comme un processus qui mène la personne à douter et à être confuse entre ses perceptions imaginaires et les éléments de la réalité. De plus, Turner *et al.* (1992) soutiennent que les obsessions sont egodystones et qu'elles vont à l'encontre des valeurs de l'individu. À cet effet, des chercheurs ont émis l'hypothèse que les personnes ayant un TOC seraient peut-être davantage portés à rejeter leurs obsessions egodystones, parce qu'elles vont à l'encontre de leurs croyances et de leur personnalité (Langlois *et al.*, 2000). Selon O'Connor et Aardema (2003), la confusion inférentielle pourrait rendre compte du caractère egodystonique des obsessions, en raison que dans ce processus l'individu agit comme si une inférence aversive imaginée était probable. Ainsi, une hypothèse explicative pour l'absence d'une relation positive observée entre la confusion inférentielle et l'introspection est que les obsessions egodystones qui s'inscrivent dans une confusion inférentielle sont rejetées par l'individu parce qu'elles sont en discordance avec leur personnalité. Il est également possible de faire un parallèle avec l'identité redoutée de la personne dans l'ABI et d'émettre l'hypothèse que l'identité redoutée est rejetée de la conscience de l'individu, tout comme le processus de la confusion inférentielle, de par son caractère egodystone. Ces résultats mettent en lumière l'importance de la prise de conscience de l'existence de la confusion inférentielle ainsi que du processus de raisonnement erroné, entraînant la personne à douter dans le traitement des SOC, tel que proposé par la TBI.

**Caractéristiques associées à la famille.** L'étude cherchait à connaître le rôle de la famille dans le développement d'un processus cognitif propre au TOC en évaluant si la confusion inférentielle du parent et l'accommodation familiale sont en relation avec la sévérité du doute pathologique de l'enfant à l'échelle des inférences primaires. Les résultats montrent une relation positive et significative avec une grande taille d'effet entre la confusion inférentielle élevée de l'un des parents et la sévérité du doute de l'enfant avec une puissance acceptable. Cela suggère que la confusion inférentielle élevée du parent peut influencer la propension de l'enfant à douter, à travers des processus d'apprentissages au sein de la famille, comme rapporté par les études de Bandura (Bandura et al., 1963 ; Bandura et Walters, 1977) et de Lebowitz (2013). L'étude soulève l'hypothèse qu'un parent ayant une confusion inférentielle élevée remettra plus en doute les éléments qu'il perçoit dans son environnement et aura davantage tendance à s'engager dans les SOC de l'enfant. Étant donné que 99 % des parents s'engagent dans au moins un comportement d'accommodation familiale (Flessner *et al.*, 2011), les résultats de l'étude suggèrent qu'un parent ayant un niveau de confusion inférentielle élevé pourrait de façon non volontaire confirmer les croyances obsessionnelles de l'enfant. Une autre explication proposée est que l'enfant pourrait également apprendre par modelage à remettre en doute les éléments de la réalité, ce qui l'amènerait à douter davantage (Bandura *et al.*, 1963 ; Bandura et Walters, 1977).

Enfin, une absence de lien a été observée entre un niveau élevé d'accommodation familiale de l'un des parents et la sévérité du doute de l'enfant et une faible puissance a été obtenue. Un échantillon de 455 participants aurait été nécessaire pour obtenir une puissance de ( $P = 0,80$ ). Un postulat avancé pour expliquer ce résultat est qu'un parent avec une confusion inférentielle élevée pourrait manquer lui-même d'introspection et aurait des difficultés à observer les comportements d'accommodation familiale auxquels il participe, toutefois un plus grand échantillon aurait été nécessaire pour mieux étudier ces relations et gagner en puissance statistique. Cette hypothèse suggère aussi que la perception des comportements d'accommodation familiale des parents puisse être normalisée et même influencée par une confusion inférentielle élevée du parent. Une autre piste réflexive est que la mesure de l'accommodation familiale ne serait pas assez sensible étant donné que c'est un construit large et que ce n'est pas tous les parents qui manifestent tous les comportements d'accommodation familiale (Flessner *et al.*, 2011). Il serait intéressant de voir dans une étude future avec un plus grand échantillon et en ciblant un construit plus précis d'une sous-échelle du questionnaire mesurant l'accommodation familiale, par exemple les comportements de participation aux rituels TOC, si la taille d'effet observée est plus grande que ( $r = 0,116$ ). L'étude suggère que la confusion inférentielle du parent ainsi que la capacité d'introspection du parent soient des mesures intéressantes à inclure dans l'évaluation de la dynamique familiale dans les études futures, afin de mieux étudier ces relations en lien avec l'accommodation familiale.

### Conclusion

Cette étude est la première à se pencher sur la présence des concepts de l'ABI à l'enfance. Néanmoins, l'étude présente certaines limites au plan méthodologique, tels que la petite taille de l'échantillon et la perte de puissance des analyses statistiques. Les résultats montrent que l'ABI peut s'appliquer à la compréhension

de l'étiologie du TOC à l'enfance et à l'adolescence, ce qui engendre une ouverture à des techniques d'évaluation et d'intervention innovantes propres à ces processus cognitifs. Il est suggéré que la confusion inférentielle et le doute pathologique sont des processus cognitifs interreliés entre eux chez les enfants et les adolescents ayant des SOC. Le processus de la confusion inférentielle est également fortement associé à un faible capacité d'introspection. Ces conclusions suggèrent que ces processus cognitifs sont centraux dans la compréhension des SOC. Une autre retombée de l'étude est la découverte de l'influence de la confusion inférentielle élevée du parent sur la propension de l'enfant à douter, comme un mécanisme d'interaction involontaire du parent, qui illustre l'importance des facteurs familiaux dans le développement et le maintien des SOC. D'autres études futures seraient nécessaires afin de mieux comprendre ces processus d'interaction familiaux en lien avec le développement et le maintien des SOC. Cette étude propose aux recherches futures de poursuivre l'étude des variables cognitives spécifiques au TOC à l'enfance et à l'adolescence afin d'améliorer les pratiques cliniques.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Remerciements :** Les auteurs aimeraient remercier Dre Caroline Berthiaume, psychologue, Dre Hélène Bouvier, psychiatre, Dr Bernard Boileau, psychiatre et Dr Jean-Jacques Marier, psychiatre, pour leur contribution à cette étude.

---

### Abstract

**Introduction:** The inference-based approach (IBA) is a conceptual model of obsessive-compulsive disorder (OCD) that targets the reasoning process involved in the doubting inference that leads to obsessive behaviour. IBA and inference-based therapy have been validated in adults with OCD and offer an innovative treatment option specific to obsessions-compulsions. **Objective:** The objective of the study is to measure the presence of IBA elements, namely inferential confusion, pathological doubt and level of insight, in the cognitive processes of children and adolescents with OCD. The study also aims to measure the relationships between the family accommodation and the parent's inferential confusion on the child's propensity to doubt. **Method:** Twenty-five participants aged 8 to 17 years, including 10 girls and 15 boys, completed questionnaires measuring cognitive processes inherent to IBA, namely inferential confusion, pathological doubt and level of insight. The respondents' parents completed questionnaires on family accommodation and adult inferential confusion. **Results:** The results suggest that the cognitive processes leading to the doubting inference inherent to IBA are also present in young people and that there is a significant link between the child's inferential confusion and doubting inference. A significant negative correlation is also observed between the level of insight and the child's inferential confusion. In addition, a high level of inferential confusion in a parent is positively and significantly correlated with the child's propensity to doubt. **Conclusion:** The results of the study indicate that IBA is a conceptual model that can be applied to the symptomatology of children and adolescents with obsessive-compulsive symptoms. These findings contribute to the contention that IBA offers clinical and practical implications in the assessment and treatment of these symptoms.

---

### Références

Aardema, F., Emmelkamp, P. M. G. and O'Connor, K. P. (2005), Inferential confusion, cognitive change and Treatment outcome in Obsessive-Compulsive Disorder.

- Clin. Psychol. Psychother., 12 : 337-345.
- Aardema, F. et O'Connor, K. (2003). Seeing White Bears That Are Not There: Inference Processes in Obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23 - 37.
- Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implications for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 855-861. doi:10.1016/j.jbtep.2011.12.006
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Delorme, M. E. et Audet, J. S. (2017). The Inference-Based Approach (IBA) to the treatment of obsessive-compulsive disorder: An open trial across symptom subtypes and treatment-resistant cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 289-301. doi:10.1002/cpp.2024
- Aardema, F., O'Connor, K. P. et Emmelkamp, P. M. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 138-147.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D. et Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 448-462.
- American Psychological Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR™). Washington: American Psychiatric Association.
- Bandura, A., Ross, D. et Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 601-607.
- Bandura, A. et Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
- Baraby, L. P., Audet, J. S. et Aardema, F. (2018). The sensitivity of three versions of the Padua Inventory to measuring treatment outcome and their relationship to the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Behaviour Change*, 35(1), 39-53.
- Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 1005-1014.
- Berthiaume, C., Fontaine, A., Leclerc, J. et O'Connor, K. (2018). *Maître à Bord : programme de thérapie basée sur les inférences* (document non publié). Montréal, Canada.
- Bipeta, R., Yerramilli, S. S., Pingali, S., Karredla, A. R. et Ali, M. O. (2013). A cross-sectional study of insight and family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 20.
- Bombardier, M., Blanchet, M. M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A. et O'Connor, K. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif : cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(2), 55-64. doi:10.1016/j.jtcc.2018.01.002
- Bombardier, M., Leclerc, J. B., O'Connor, K., Berthiaume, C. et Dalpé, C. (*En préparation*). Inference-based therapy with obsessive-compulsive disorder in children: Case studies.
- Bombardier, M., O'Connor, K., Leclerc, J. B., Koszegi, N., Aardema, F., Goupil, G., Dalpé, C. (2016). *Inferential confusion questionnaire child version (ICQ-CV)*. [Questionnaire non publié]. Montréal, Canada : Institut universitaire en santé mentale de Montréal Research Center.
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro, J., Morer, A. et Toro, J. (2007). Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(8), 647-655.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous Mental Disorder*, 187(10), 636-642.
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V. et Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34(2), 323-330.
- Del Borrello, L. et O'Connor, K. (2014). The role of obsessive beliefs and inferential confusion in predicting treatment outcomes for different subtypes of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(1), 43-66.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Fisher, P. L. et Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543-1558.
- Flessner, C. A., Sapyta, J., Garcia, A., Freeman, J. B., Franklin, M. E., Foa, E. et March, J. (2011). Examining the psychometric properties of the Family Accommodation Scale-Parent-Report (FAS-PR). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 38-46. doi:10.1007/s10862-010-9196-3
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. E. et Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024-1033. doi:10.1016/j.jaac.2010.06.013
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471-477.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. et Coffey, B. (1998a). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the

- disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Shapiro, S., Schwartz, S. et Park, K. S. (1998b). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 5(5), 260-273. Geller, D. A. et March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98-113. doi:10.1016/j.jaac.2011.09.019
- Ginsburg, G. S., Kingery, J. N., Drake, K. L. et Grados, M. A. (2008). Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 868-878. doi:10.1097/CHI.0b013e3181799ebd
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. et Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Riddle, M. A. et Rapoport, J. L. (1991). *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)*. New Haven, CT: Yale Child Study Center.
- Goods, N. A. R., Rees, C. S., Egan, S. J. et Kane, R. T. (2014). The relationship between magical thinking, inferential confusion and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 342-350. doi:10.1080/16506073.2014.941393
- Grenier, S., O'Connor, K. P. et Bélanger, C. (2008). Obsessional beliefs, compulsive behaviours and symptom severity: Their evolution and interrelation over stages of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(1), 15-27.
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., Kazuba, D., Murphy, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 135(2), 121-132.
- Kagan, E. R., Frank, H. E. et Kendall, P. C. (2017). Accommodation in youth with OCD and anxiety. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(1), 78-98.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J. et Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 118-130. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.003
- Lahoud, M. (2014). *Inférences et obsessions : les cognitions dans une population normale et adolescente* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada). Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/8211/1/D2672.pdf>
- Langlois, F., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 157-173.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 425-431.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W. et Rapoport, J. L. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 407-412.
- Lewin, A. B., Bergman, R. L., Peris, T. S., Chang, S., McCracken, J. T. et Piacentini, J. (2010). Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 603-611.
- Lewin, A. B., Park, J. M. et Storch, E. A. (2013). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dans R. A. Vasa et A. K. Roy (dir.), *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide* (p. 157-175). New York, NY: Springer.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1-2), 273-280.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 241-246.
- Mower, O. (1960). *Learning theory and behavior*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 863-878.
- O'Connor, K. (2002) Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(1), 38-46.
- O'Connor, K. et Aardema, F. (2003). Fusion or confusion in obsessive compulsive disorder. *Psychological reports*, 93(1), 227-232
- O'Connor, K.P. & Aardema, F. (2012). *Clinician's Handbook for Obsessive Compulsive Disorder: Inference- Based Therapy*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., Pitre, D. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163. doi:10.1080/16506070510041211
- O'Connor, K.P., Aardema, F. et Pélissier, M-C. (2005). *Beyond*

- Reasonable Doubt. Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Chichester, UK: Wiley & Sons.
- O'Connor, K. et Audet, J.-S. (2019). OCD is not a phobia: An alternative conceptualization of OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 16(1), 39-46.
- O'Connor, K. P., Ouellet-Courtois, C. et Aardema, F. (2018). Innovative cognitive behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder. Dans L. F. Fontenelle et M. Yücel (dir.), *A transdiagnostic approach to obsessions, compulsions, and related phenomena* (p. 217-228). Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- O'Connor, K. et Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13(4), 359-375.
- Pediatric OCD Treatment Study Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(16), 1969-1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969
- Perreault, V. et O'Connor, K. P. (2014). Inference-based therapy: Processes of changes in compulsions and obsessional beliefs. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(1), 6-28. doi:10.1521/ijct.2014.7.1.6
- Pinto, A., Van Noppen, B. et Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 457-465.
- Pontarelli, N. K. (2018). *Cognitive and sensory factors associated with obsessive-compulsive symptoms in adolescents* (Thèse de doctorat, Rosalind Franklin University of Medicine and Science, Chicago).
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D. et Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223.
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R., Hardin, M. T., Towbin, K. E., Ort, S. I., Cohen, D. J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 766-772.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852. doi:10.1097/00004583-199706000-00023
- Storch, E. A., Khanna, M., Merlo, L. J., Loew, B. A., Franklin, M., Reid, J. M., Murphy, T. K. (2009). Children's Florida obsessive compulsive inventory: Psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive-compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 467-483.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 160(2), 212-220.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C. et Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287-298. doi:10.1037/a0036709
- Turner, S. M., Beidel, D. C. et Stanley, M. A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12(2), 257-270.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Visontay, R., Sunderland, M., Grisham, J. et Slade, T. (2019). Content overlap between youth OCD scales: Heterogeneity among symptoms probed and implications. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 6-12.
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M. et van Balkom, A. J. (2015). Inference-based approach versus cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: A 24-session randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(5), 284-293. doi:10.1159/000382131

## LES EFFETS DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT) EN FORMAT DE GROUPE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADOLESCENTE EN PÉDOPSYCHIATRIE

**Maude Lafond, Frédérick Dionne et Joël Gagnon**

Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie

### Introduction

La thérapie d'acceptation et d'engagement compte à ce jour un nombre considérable d'études scientifiques qui appuient son application auprès d'une population adulte. Bien que prometteuses, les études auprès des adolescentes demeurent cependant limitées. À l'aide d'un devis pré-expérimental, cette étude vise à évaluer les effets d'un programme de groupe basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, sur les symptômes anxieux et dépressifs et sur la flexibilité psychologique, auprès d'un échantillon de 55 adolescents présentant divers troubles de santé mentale. À la suite de la participation au programme, les participants rapportent une réduction significative des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, les résultats suggèrent une amélioration de la flexibilité psychologique, soit une diminution des niveaux de fusion cognitive et d'évitement expérientiel ainsi qu'une amélioration des niveaux de pleine conscience et d'acceptation émotionnelle. Cette étude amène un appui supplémentaire quant aux effets potentiels d'un programme d'intervention basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement offert en format de groupe auprès d'une population adolescente qui consulte en pédopsychiatrie.

*See end of text for English abstract.*

*Remerciements* : Les auteurs tiennent à remercier le CIUSSS Chaudière-Appalaches site l'Hôtel Dieu de Lévis pour sa contribution à cette recherche, notamment les psychologues Pascale Saint-Amand et Isabelle Rose créatrice et responsable du programme ACT.

© 2026. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.

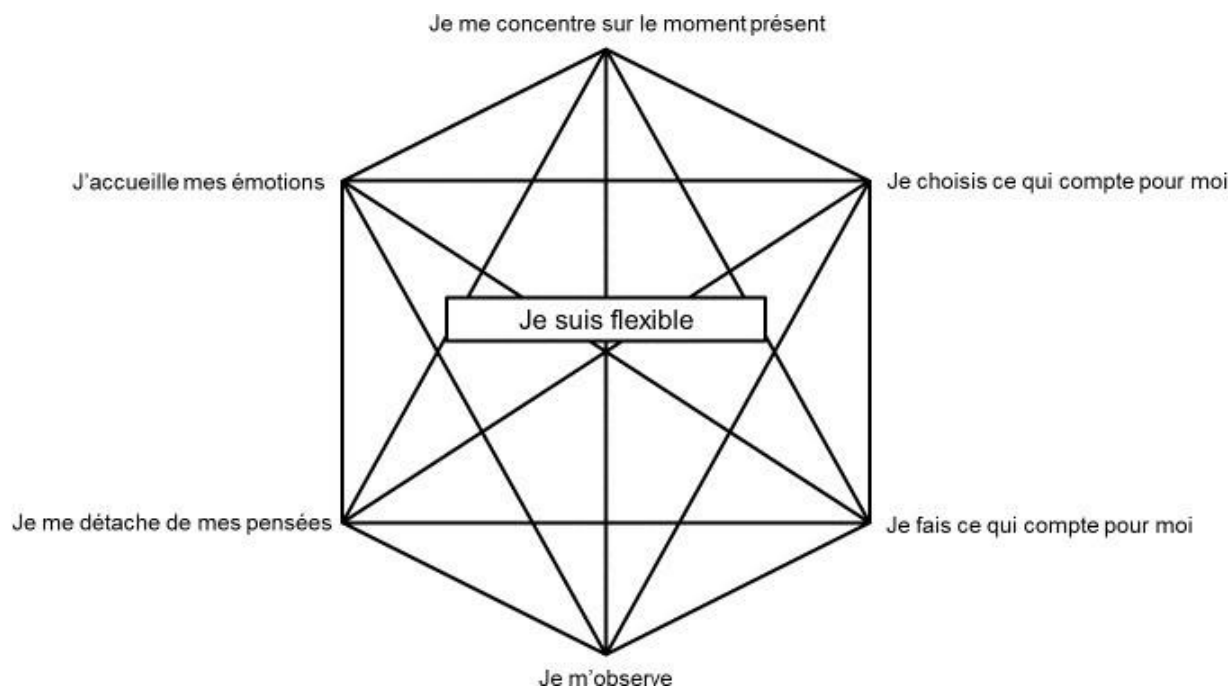
Tous droits réservés. [www.scienceetcomportement.com](http://www.scienceetcomportement.com)

Une enquête épidémiologique menée par l'Association américaine de psychologie (APA, 2014) révèle que 30 % des adolescents affirment être accablés, déprimés ou tristes en raison du stress. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est estimé qu'au moins 20 % des adolescents vont devoir composer avec un trouble de santé mentale au cours de leur adolescence (OMS, 2019). Une analyse réalisée par le service d'information et de recherche parlementaire qui traite de la santé mentale des enfants et adolescents au Canada, rapporte que les troubles anxieux et de l'humeur (dépression) comptent parmi les plus fréquents (Norris, 2018). Lorsqu'aucune prise en charge n'est entreprise pour traiter ces troubles, ils peuvent se chroniciser et engendrer diverses conséquences comme des problèmes de toxicomanie, un plus grand risque au décrochage scolaire, de faibles résultats scolaires et des idéations suicidaires (OMS, 2019; Kessler et al., 2005; Lee et al. 2014). La thérapie cognitive comportementale (TCC) dite traditionnelle, qui utilise notamment des méthodes comme la restructuration cognitive et l'activation comportementale, demeure actuellement le traitement de choix pour intervenir auprès des adolescents présentant un trouble de santé mentale comme l'anxiété et la dépression (Wergeland et al., 2021). Toutefois, son principal mécanisme de changement est d'ordre cognitif et n'est pas toujours associé aux changements cliniques (Longmore et Worrell., 2007 ; Parent et Turgeon., 2012). De plus, son efficacité auprès d'une population clinique adolescente demeure limitée. En effet, certaines études rapportent des taux de rémission qui varient entre 36 % (Baker et al., 2021) et 50 % (James et al., 2020) auprès d'une clientèle adolescente. Une proportion considérable des jeunes demeure toujours aux prises avec des symptômes cliniquement significatifs au terme de l'intervention. Devant ces constats, il est donc primordial de développer et d'évaluer de nouvelles modalités d'intervention afin de pallier ces limites de la TCC traditionnelle et ainsi offrir des interventions

complémentaires et efficaces aux adolescents qui présentent un problème de santé mentale.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Dionne al. 2013 ; Hayes et al., 1999 ; 2012) suscite un intérêt considérable au sein de la communauté scientifique pour son efficacité auprès d'une clientèle adulte (p. ex., Glosser et al., 2020) et plus récemment, pour les clientèles en enfance et en adolescence (Perkins et al., 2022). Le modèle théorique de l'ACT vise le développement de la flexibilité psychologique, un processus psychologique transdiagnostique associé à la

santé mentale (Kashdan et Rottenberg, 2010). L'adolescent « flexible » agit conformément à ce qui est important pour lui (ses valeurs personnelles), il s'adapte avec souplesse aux situations en dépit des sensations, émotions et pensées difficiles (Hayes et al., 2012). La flexibilité se développe par le biais de six processus psychologiques interreliés (Hayes et al., 2012). La Figure 1 offre une représentation visuelle de ces processus, que l'on appelle le « KidFlex ». Il s'agit d'un outil adapté aux jeunes (Black., 2022) qui permet d'illustrer l'hexaflex, le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT (Hayes., 2012).



L'ACT en groupe s'avère particulièrement adaptée à la clientèle adolescente, et ce, pour au moins quatre raisons (Dionne et al., 2017; Turrell et Bell., 2016). Premièrement, la modalité de groupe apparaît un format optimal pour les adolescents étant donné leur mouvement de distanciation vis-à-vis des figures parentales parallèlement à l'investissement plus grand vers leurs pairs (Claes, 1983). À travers ce que Yalom et Leszcz (2020) appellent l'apprentissage interpersonnel (Interpersonal learning output), un groupe offre un contexte pour tenter de nouveaux comportements et développer des compétences relationnelles. Du point de vue de l'ACT, il permet d'expérimenter dans la vie réelle les principes de la flexibilité psychologique (Westrup et Wright., 2017). Deuxièmement, l'approche expérientielle, comme le recours aux dessins, aux mouvements du corps et aux métaphores (Dionne et al., 2017; Hayes et al., 2012) offre un style moins directif qui convient aux adolescents, eux qui sont généralement motivés par le gain d'autonomie (Greco et Hayes 2008 ; Greco et al., 2008; Hadlandsmyth, et al., 2013). Troisièmement, en raison du fait que certaines parties de leur cerveau demeurent en développement, les adolescents ont

généralement tendance à utiliser l'évitement comme stratégie de gestion des émotions (Jensen et Nutt, 2015; Turrell et Bell, 2016), une cible d'intervention centrale en ACT. Quatrièmement, la clarification des valeurs est particulièrement appropriée à une cette étape de la vie où se forme leur identité (Turrell et Bell, 2016). Le lecteur francophone intéressé à en savoir plus sur l'ACT adaptée à l'enfant et l'adolescent est invité à consulter les travaux de Lafond et al. (2017) et Liratni (2021).

Une recherche menée sur les bases de données Medline, PsychINFO, EBSCO host et le site Web [www.actcontextual.org](http://www.actcontextual.org) ont permis de constater qu'il existait plus d'une trentaine d'études qui porte sur les effets d'une intervention basée sur l'ACT auprès des enfants et adolescents Parmi celles-ci, plus de la moitié porte sur des échantillons cliniques. En plus de symptomatologie anxieuse (p.ex., Azadeh et al., 2016 ; Burckhardt et al., 2017; Livheim et al., 2014b) et dépressive (p.ex., Hayes et al., 2011; Burckhardt et al., 2017; Kallesøe et al., 2019 ; Levheim et al, 2014a; Petts et al., 2017), l'ACT a été utilisée auprès d'une clientèle présentant des problématiques variées comme la douleur chronique (Gauntlett-Gilbert et al.,

2013; Kanstrup et al., 2016; Madusa et al., 2011; Martin et al., 2016; Wicksell et al., 2005; Wicksell et al., 2007; Wicksell, et al., 2009), le trouble obsessionnel compulsif (Armstrong, 2013) et les problèmes de comportement (Gucht et al., 2017; Luciano et al., 2011), le trouble du comportement alimentaire (Heffner et al., 2002), le stress post-traumatique (Woidneck et al., 2014), la trichotillomanie (Fine et al., 2012; Twohig et al., 2021), les comportements sexuels à risque (Metzler et al., 2000) et le syndrome somatique fonctionnel (Kallesøe et al., 2019).

Une méta-analyse de Fang et Ding (2020 ; N = 14 essais aléatoires, 1 189 enfants et adolescents) visant à évaluer l'efficacité de l'ACT et d'en comparer les résultats avec ceux d'autres thérapies offertes à une clientèle jeunesse. Les résultats suggèrent que l'ACT engendre une réduction significativement plus grande sur la dépression, l'anxiété, les problèmes comportementaux comparativement à une liste d'attente ou des traitements habituels (TAU) comme la prise de médicaments, l'éducation psychologique et la thérapie de soutien. La taille d'effet est élevée comparativement à liste d'attente alors qu'elle est modérée pour les traitements actifs (Fan et Ding., 2020). Aucune différence significative entre n'est toutefois observée entre l'efficacité de l'ACT et celle de la TCC traditionnelle (Fan et Ding., 2020).

Une récente méta-analyse de Burley et McAloon (2024 : N = 9 études ; 1011 participants) qui portent sur les effets de l'ACT sur l'anxiété chez les adolescents (10 - 20 ans), dispensés en format de groupe, montre que l'ACT a des effets significatifs et positifs sur les symptômes d'anxiété des adolescents entre le pré et le post-traitement avec une taille d'effet global modérée ( $g = 0.54$ ). De plus grandes améliorations au suivi, comparativement aux groupes contrôles, sont également rapportées avec un effet global modéré entre les groupes ( $g = 0.36$ ). Cela suggère que les améliorations continuent d'augmenter aux mesures de suivi. D'autre part, des analyses inter groupe ( $n = 8$ ) ont permis d'observer une grande taille d'effet ( $g = 0,71$ ) après l'intervention et à la mesure de suivi (entre 2 et 12 mois) chez les adolescents présentant des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs, par rapport à ceux se situant sous le seuil clinique ( $g = 0.22$ ). En ce qui concerne les mesures de processus, l'ACT démontre une diminution de l'inflexibilité psychologique chez les adolescents et notamment, de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive significativement plus importante chez le groupe ACT que le groupe de contrôle post-traitement. L'effet global entre les groupes était modéré ( $g = 0.5$ ). Ces améliorations se maintiennent au suivi de 1 à 12 mois (Burley et McAloon, 2024).

À plus petite échelle et façon similaire à notre étude, Smith et ses collègues (2020) ont mesuré les effets d'un groupe ACT d'une durée de six semaines (N = 10) offert dans les écoles, également basées sur le livre de Ciarrochi et al., (2014), soit l'écrit sur lequel se base le programme d'intervention de la présente étude. Smith et al. (2020) ont trouvé une réduction significative des symptômes anxieux (taille d'effet modérée) ainsi qu'une amélioration de la flexibilité psychologique (taille d'effet faible). La diminution des symptômes dépressifs

s'avère toutefois non significative (Smith et al., 2020). Pour les processus spécifiques à l'ACT auprès des adolescents, les études cliniques qui s'y intéressent révèlent qu'elle agit généralement positivement sur les médiateurs de changements associés au modèle théorique, comme l'évitement expérientiel et la fusion cognitive (Lappalainen et al., 2021; Livheim et al., 2014; Luciano et al., 2011; Madusa et la., 2011; Makki et al., 2018; Petts et al., 2017; Smith et al., 2020; Takahashi et al., 2020; Woidneck et al., 2014; Xu et al., 2021), les processus d'acceptation (Azadeh Kazemi-Zahrani et Besharat., 2016; Gauntlett-Gilbert et al., 2013; Kemani et al., 2020; Luciano et al., 2011), les processus de pleine conscience (Livheim et al., 2014; Takahashi et al., 2020) et des valeurs (Bernal-Manrique et al., 2020).

L'ACT se montre prometteuse auprès des adolescents, mais il n'en demeure pas moins qu'une majorité d'études portent davantage sur la population adulte et celles s'intéressant aux adolescents présentent quelques limites. Premièrement, les recherches auprès des adolescents demeurent peu nombreuses et présentent parfois des résultats contradictoires. Notamment, certaines études n'observent aucune différence statistiquement significative entre l'ACT et les conditions de contrôle sur les variables comme les symptômes dépressifs (Van der Gucht et al., 2017), le stress, l'anxiété ou le bien-être (Burckhardt et al., 2017). Deuxièmement, les mesures des processus de changement ne sont pas toujours incluses dans les études et plus de travaux sont nécessaires pour vérifier si le programme agit sur le modèle théorique qui le sous-tend. Troisièmement, ces études comportent souvent des échantillons de petite taille (Hayes et al., 2011 ; Smith et al., 2020) ou consistent en des études de cas (Heffner et al., 2002 ; Masuda et al., 2011). Quatrièmement, l'ACT est rarement comparée à un traitement actif équivalent, ce qui limite les conclusions sur les effets réels liés au traitement (Hayes et al., 2011 ; Wicksell et al., 2009). Cinquièmement, les résultats divergents sur les retombées de l'ACT selon que la population étudiée, qu'elle soit clinique ou non clinique (milieu scolaire : Burckhardt et al., 2017 ; Van der Gucht et al., 2017) et les connaissances auprès d'une population clinique demeurent sous-représentées dans la littérature (N = 4 : Gauntlett-Gilbert et al., 2013 ; Kallseo et al., 2020 ; Makki et al., 2018 ; Woidneck et al., 2014). Sixièmement, il n'est pas possible de calculer les tailles d'effets dans de nombreuses études en raison des limites méthodologiques mentionnées, telles que la petite taille de l'échantillon (Swain et al., 2015b). Bien que notre étude ne puisse combler l'ensemble des limites énumérées, plus d'études sont nécessaires pour mieux comprendre les retombées d'un programme ACT auprès des adolescents de la population clinique.

## Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets d'un groupe ACT de six semaines pour les adolescents consultant en pédopsychiatrie sur les symptômes antidépressifs et sur divers processus de la flexibilité psychologique (évitement et fusion, acceptation et pleine conscience). Cette étude comporte quatre hypothèses. Il est attendu que l'intervention engendrera entre le prétest et le post-test :

Hypothèse 1 : une réduction significative des symptômes anxieux ;

Hypothèse 2 : une diminution significative des symptômes dépressifs ;

Hypothèse 3 : une réduction des processus de fusion cognitive et d'évitement expérientiel ;

Hypothèse 4 : une amélioration des processus d'acceptation et de pleine conscience.

Les tailles d'effet seront également calculées. En regard aux études similaires dans le domaine, des tailles d'effets variant de modérées à élevées sont également attendues.

La présente recherche a fait l'objet d'une approbation éthique par le Comité d'Éthique - Psychologie et Psychoéducation (CÉRPPÉ ; CER-16-229-07.28) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA ; # 2017-404).

### Méthode

**Participants.** Les participants (n = 55) sont recrutés au CISSS de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, au Québec (Canada) en lien avec leur participation à une intervention de groupe basée sur l'ACT *Deviens maître de ta vie*. Les adolescents doivent être recommandés à ce programme par un pédopsychiatre. À la suite de la référence, une psychologue clinicienne rencontre l'adolescent pour un entretien individuel qui visent à mieux connaître le jeune et à évaluer son intérêt et son aptitude à participer au groupe d'intervention. Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

1. Être âgé de 14 à 17 ans au moment de démarrer l'intervention ;
2. Présenter une problématique de santé mentale qui engendre une souffrance ou qui un impact sur la qualité de vie ;
3. Être un candidat adéquat à la modalité de groupe (facultés cognitives suffisantes, habiletés sociales minimales).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

1. Vivre une situation de crise aiguë ;

2. Avoir des problèmes importants de consommation ;

3. Avoir des symptômes actifs de psychose ;

4. Présenter un état de stress post-traumatique.

Si le participant répond aux critères et accepte de participer au programme, ils complètent alors lors de cette rencontre les instruments de mesure pré-test.

Sur les 55 participants, les troubles de santé mentale principaux, répertoriés dans les dossiers médicaux, sont le trouble anxieux (27,2 %), trouble dépressif (25,5 %), trouble d'adaptation avec humeur dépressive (16,4 %), trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (9,1 %), trouble de comportement alimentaire / symptômes de restriction alimentaire (3,6 %), symptômes antidépressifs (3,6 %), trouble du spectre de l'autisme (3,6 %), trait de personnalité de groupe B (3,6), trouble maniaco-dépressif (3,6 %), syndrome de Gilles la Tourette (1,8 %). La plupart des participants rapportaient prendre de la médication (94,5 %), soit des antidépresseurs (71,4 %), des psychostimulants (13,3 %) et des antipsychotiques (6,7 %). Les origines ethniques sont caucasiennes à 94,5. Des 63 participants qui ont réalisé le programme *Deviens maître de ta vie* entre 2014 et 2019, 8 ont été retirés de l'étude puisqu'ils n'avaient pas réalisé plus de 3 séances ou encore il y avait 20 % ou plus de données manquantes dans leurs questionnaires. L'échantillon de la présente étude (n = 55 participants) se compose de 43 filles et 12 garçons âgés entre 12 et 17 ans ( $M = 15,56$  ans ;  $ÉT = 1,13$  ans).

**Déroulement et intervention.** Le programme de groupe *Deviens maître de ta vie* vise une meilleure adaptation du jeune à son environnement par l'application de méthodes d'intervention propre à l'ACT. Le programme est développé et animé par deux psychologues cliniciennes sur les bases du livre *Deviens maître de ta vie* (Ciarrochi et al., 2014). Le programme est composé de 6 rencontres de 90 minutes. Les thèmes abordés selon les séances ainsi que le contenu plus spécifique sont présentés dans le Tableau 1. Une rencontre individuelle de 50 minutes de type bilan était également offerte en individuel une semaine après l'intervention, moment où le participant complète également les questionnaires post-tests.

**Tableau 1***ACT pour adolescents : Deviens maître de ta vie*

Rencontre	Contenu
1. Devenir un guerrier conscient pour mieux faire face à la vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice d'introduction au groupe afin de favoriser l'implication et la cohésion.</li> <li>- Métaphore d'initiation à la pleine conscience visant à présenter et développer des habiletés du guerrier conscient :</li> <li>- <i>Respirer profondément pour retrouver son calme</i> (exercice de la respiration en pleine conscience et son utilisation comme point d'encrage. Partage d'expérience)</li> <li>- <i>Observer pour prendre conscience des ressentis internes et pensées</i> (Exercice pour observer ce qui se passe dans votre propre histoire, mettre en lumière sa bataille, son défi.)</li> <li>- <i>Être à l'écoute de ses valeurs</i> (Exercice pour observer ce qui se passe dans votre propre histoire, mettre en lumière sa bataille, son défi.)</li> <li>- <i>S'engager vers celles-ci</i> (faire un choix d'un objectif personnel à travailler)</li> <li>- Exercice : les monstres intérieurs (ce qui fait souffrir), exemple de Julie et/ou Samuel tiré du livre <i>Deviens maître de ta vie</i></li> <li>- Choix d'un objectif personnel</li> <li>- Exercice expérientielle de pleine conscience</li> </ul>
2. La lutte contre les émotions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de pleine conscience pour développe l'attitude du débutant : observer un raisin et partage d'expérience</li> <li>- Compréhension des émotions (exercices : le lien entre les pensées et les émotions ; les émotions universelles)</li> <li>- Identification des stratégies de lutte d'évitement émotionnel (exercice : la métaphore du monstre des émotions pour observer votre propre bataille contre vos émotions)</li> <li>- Réflexion quant à l'inutilité de la lutte (exercice pour expérimenter les effets du contrôle ; retour sur la métaphore du monstre des émotions ; réflexion personnelle)</li> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience</li> </ul>
3. L'acceptation, alternative à la lutte émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience et partage d'expérience</li> <li>- Exercice de l'acceptation de l'inconfort (chaise au mur) ; histoire de Samuel tiré du livre « <i>Deviens maître de ta vie</i> »</li> <li>- Exercice de réflexion sur l'acceptation et la prise de risque</li> <li>- Mise en action par la « formule pour l'engagement »</li> <li>- Exercice de pleine conscience, écoute d'une pièce de musique et partage d'expérience</li> </ul>
4. Reconnaître ce qui a de la valeur pour soi (identifier ses valeurs personnelles, agir en fonction de ce qui compte pour soi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice de respiration en pleine conscience pour s'arrêter et s'ancrer et partage d'expérience.</li> <li>- Exercice du coup de dés, un jeu pour tracer son chemin de vie sous le hasard</li> <li>- Vivre en accord avec ses valeurs (exercice pour clarifier ses valeurs et retour sur l'exercice ; exercice de la cible)</li> <li>- Comment mettre ses valeurs en action (exemple de Julie tiré du livre « <i>Deviens maître de ta vie</i> » ; exercice d'écrire son histoire dans 5 ans ; exercice du « sweet spot » pour être attentif aux situations significatives qui engendre un sentiment de bien-être d'accomplissement</li> </ul>
5. Ne pas croire tout ce que l'esprit raconte (observer les jugements de l'esprit, apprendre à ne pas écouter son esprit quand ses conseils ne sont pas utiles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercice du gâteau au chocolat</li> <li>- Exercice de pleine conscience sur les pensées</li> <li>- Apprendre à ne pas écouter son esprit quand ses conseils ne sont pas utiles (jeux de rôle <i>les passagers de l'autobus</i>)</li> <li>- Observer ce que votre esprit raconte et son impact sur vos comportements (exercices : ce que l'esprit raconte et son impact sur les comportements ; choisir de ne pas écouter son esprit ; apprendre à ne pas écouter son esprit)</li> </ul>
6. Le regard du sage (Prendre un recul face au jugement de)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre un recul face au jugement de l'esprit (exercices : un voyage à travers le temps ; avoir et être une pensée ; Analogie du verre)</li> <li>- Développer la compassion pour soi (exercice : développer la compassion envers soi-même ; l'image du Le Choice point)</li> <li>- Retour sur l'objectif de départ</li> <li>- Exercice de pleine conscience avec un objet symbolique</li> <li>- Conclusion du groupe</li> </ul>

*Note.* La structure des séances est similaire à chaque séance. Un retour sur la semaine est effectué à chaque début de séance. Un exercice à réaliser au cours de la semaine est demandé à la fin de chaque séance. Un retour sur ce devoir est effectué en début de chaque séance.

**Instruments de mesure.** Les instruments de mesure visent à évaluer les symptômes anxiodépressif et les variables des processus de la flexibilité psychologique.

**Évaluation des troubles associés à l'anxiété version enfant / adolescent** (SCARED-R-41 ; Birmaher al., 1999 ; Martin et Gosselin., 2012). Le questionnaire d'évaluation des troubles associés à l'anxiété version enfant/adolescent est utilisé afin de mesurer la présence et la gravité des symptômes anxieux chez les adolescents. Il s'agit d'un outil en 41 items ou le répondant doit identifier, sur une échelle de type Likert en trois points allant de « pas ou presque jamais vrai » (score de 0) à « très vrai ou très souvent vrai » (score de 2), le niveau de correspondance entre chacun des énoncés et son ressenti subjectif au cours des trois derniers mois (p.ex. je m'inquiète de devoir dormir seul/e). Les symptômes évalués à l'aide de cet outil sont inclus dans le diagnostic de cinq différents troubles anxieux (panique/somatique, anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobie sociale et phobie scolaire) selon le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). Le SCARED- R- 41 est validé en anglais et présente de bonnes qualités psychométriques avec une cohérence interne 0,90 pour le total des scores et variant entre 0,76 et 0,87 pour chacune des catégories de trouble (Birmaher al., 1999). Pour cette recherche, les 41 items utilisés dans la version anglaise ont été utilisés afin de constituer la version courte en français. Les 41 items correspondent à la validation française du questionnaire SCARED-R pour adolescents de Martin et Gosselin (2012). Leur outil comporte un coefficient de cohérence interne de 0,90 pour l'ensemble des items et un coefficient qui oscille entre 0,69 et 0,90 pour chacune des sous-échelles après l'ajustement de Spearman-Brown. Dans la présente étude, le score global fut utilisé pour évaluer l'intensité de la symptomatologie anxieuse. Les alphas au prétest correspondent à 0,86 ce qui témoigne d'une très bonne cohérence interne.

**Inventaire de Dépression de Beck Deuxième Édition.** (BDI-II ; Beck et al., 1996). Cet instrument est constitué de 21 items qui mesurent la présence et la gravité des symptômes dépressifs, chez les adultes et les adolescents de 13 ans et plus. Le répondant est amené à choisir, pour chacune des catégories d'énoncés, l'item qui correspond le mieux à son ressenti subjectif au cours des deux dernières semaines (p. ex., « Je ne me sens pas triste » ; score de 0). Les qualités psychométriques de cet outil ont montré un haut niveau de précision avec un coefficient alpha de 0,92 dans un groupe constitué de 500 patients externes et de 0,93 dans un groupe de 120 collégiens (Beck et al., 1988 ; Steer et al., 1986). De plus, ce questionnaire a démontré une bonne validité de convergence avec deux autres mesures des symptômes dépressifs, avec une corrélation de 0,93 (Beck et al., 1996). Le alpha de la présente étude présente une très bonne cohérence interne avec 0,88 au prétest.

**Questionnaire d'Évitement et de Fusion pour les Jeunes.** (AFQ-Y ; Greco et al., 2008 ; Letellier, 2018). Le questionnaire d'évitement et de fusion pour les jeunes est une mesure autorapportée de 17 items constituant la seule mesure valide de l'inflexibilité psychologique (l'inverse de la flexibilité psychologique) chez les enfants et adolescents (8 à

18 ans). Les items sont répartis en deux sous-échelles : le niveau de fusion cognitive chez les jeunes (p. ex. : « Les mauvaises choses que je pense de moi doivent être vraies ») et l'évitement expérientiel (p. ex. : « j'arrête de faire des choses importantes pour moi quand je me sens mal » ; Greco et al., 2008). De hauts niveaux de fusion cognitive et d'évitement expérientiel sont associés à la présence d'inflexibilité psychologique (Greco et al., 2008). Le répondant doit situer entre « Pas du tout vrai » (score de 0) et « Tout à fait vrai » (score de 4) ce qui lui paraît vrai pour lui. La validation française du AFQ-Y chez une population québécoise, utilisée dans la présente recherche, fait preuve d'une cohérence interne satisfaisante avec un alpha de Cronbach de 0,73 et démontre une bonne validité de convergence avec des mesures autorapportées de symptômes et de fonctionnement global (Letellier., 2018). Les alphas de Cronbach de la présente étude (0,76) sont satisfaisants.

**Questionnaire d'acceptation et de pleine conscience.** (CAMM ; Greco et al., 2011 ; Letellier., 2018). Le questionnaire d'acceptation et de pleine conscience comporte 10 items vérifiant les habiletés de pleine conscience et d'acceptation chez les adolescents. Les répondants doivent situer, sur une échelle de type Likert en cinq points s'échelonnant de « jamais vrai » (score de 0) à « toujours vrai » (score de 4), leur degré d'accord avec des énoncés vérifiant en premier lieu l'observation ou la remarque de leurs sensations internes, pensées ou émotions (p. ex. : « Je m'occupe pour ne pas remarquer ce que je pense ou ressens » - score inversé). En second lieu, des affirmations se référant à l'attention centrée sur le moment présent lors d'activité de leur vie courante et en dernier lieu des items qui portent sur une attention non jugeante et l'ouverture aux expériences internes diverses (p. ex. : « Je repousse les pensées que je n'aime pas » - score inversé). La version utilisée dans cette étude est l'adaptation française par une équipe de la Belgique dont les items correspondent en tout point à la version originale anglophone, tant par rapport à l'ordre des items qu'à leur contenu. Une validation de cet outil auprès d'une population québécoise par Letellier et al., (2018). La cohérence interne des 10 items est de 0,80 (Greco et al., 2011). L'alpha de Cronbach de la présente étude présente une fidélité satisfaisante  $\alpha = 0,73$ .

**Plan d'analyse.** Des tests *t* pour échantillons appariés sont réalisés afin d'évaluer les effets du programme *Deviens maître de ta vie* entre le pré et le post test. Préalablement aux analyses de comparaisons de moyennes, le postulat de normalité des données pour chaque variable à l'étude est vérifié. Dans la présente étude, le score global sera utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs. Les tailles d'effet, soit la proportion de variances de la variable mesurée qui est expliquée par la variable indépendante, sont calculées avec les *d* de Cohen (Cohen, 1998), qui utilise le barème d'interprétation des tailles d'effets suivant : faible (0.2), moyenne (0.5) et importante (0.8) (Field., 2012). Puisque plusieurs hypothèses sont testées, les probabilités d'observer un événement rare sont plus grandes et donc, augmentent la probabilité de commettre l'erreur de type 1 (rejeter à tort l'hypothèse nulle). La correction Bonferroni est donc appliquée afin de compenser cette augmentation en testant

individuellement chaque hypothèse à un seuil de signification correspondant au niveau d'alpha souhaité, diviser par le nombre de comparaisons (Field, 2013). En appliquant la correction de Bonferroni, le seuil utilisé est  $p < 0,125$  (le seuil de signification utilisé dans la présente étude est de :  $0,05$  (seuil de signification initial) /  $4$  (nombre de comparaisons) =  $p < 0,125$ ). Des analyses descriptives sont également effectuées pour décrire l'échantillon. Les analyses sont menées avec le logiciel libre de droits R (R Core Team, 2023).

## Résultats

**Comparaison de moyenne observant les effets du programme.** Le Tableau 2 présente des résultats des comparaisons de moyennes aux mesures de symptômes dépressifs et de symptômes anxieux. On observe des résultats statistiquement significatifs dans la diminution de la symptomatologie anxieuse entre le prétest (*score de 38,5*) et le post-test (*score de 30,7* :  $t(46) = 5,00, p < 0,001, d = 0,73$ ). Les résultats aux symptômes dépressifs s'avèrent également statistiquement significatifs et présente une diminution entre le prétest (*score de 23,3*) et le post-test (*score de 16,40* :  $t(46) = 5,00, p < 0,001, d = 0,72$ ).

**Tableau 2**

*Comparaison entre les mesures récoltées avant et après le programme d'intervention sur les variables d'anxiété et de dépression*

Variable	Pré-test		Post-test		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
SCARED (anxiété)	38,5 (n = 46)	11,6	30,7 (n = 46)	12,1	5*	0,7 3
BDI-II (dépression)	23,3 (n = 46)	11,0	16,4 (n = 46)	11,9	5*	0,7 2

Note. \* $p < 0,001$ .

Les résultats des comparaisons de moyennes, présentés au tableau 3, suggèrent une réduction statistiquement significative de ces processus associés à la flexibilité psychologique entre le prétest (*score de 33,5*) et le post-test (*score de 22,9* :  $t(46) = 5,7, p < 0,001$  avec une taille d'effet large ( $d = 0,83$ ) selon Cohen (1988).

Enfin, les résultats sont statistiquement significatifs de l'acceptation et de la pleine conscience rapportent une amélioration au terme de l'intervention entre le prétest (*score*

*de 16,7*) et le post-test (*score de 23,0* :  $t(54) = 4, p < 0,001$ , avec une taille d'effet modérée ( $d = 0,54$ ) selon (Cohen, 1988).

L'amélioration de l'acceptation et de la pleine conscience ainsi que la diminution de la fusion cognitive et de l'évitement expérientiel entre le prétest et le post-test suggèrent une augmentation de la flexibilité psychologique chez les participants.

**Tableau 3**

*Comparaison entre les mesures récoltées avant le programme d'intervention et celles récoltées après le programme d'intervention sur les variables d'inflexibilité psychologique et d'habiletés de pleine conscience*

Variable	Pré-test		Post-test		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
CAMM (pleine conscience)	16,7 (n = 54)	6,4	23,0 (n = 52)	7,4	4*	0,54
AFQ-Y (fusion cognitive)	33,5 (n = 46)	9,9	22,9 (n = 46)	10,2	5,7*	0,83

Note. \* $p < 0,001$ .

## Discussion

Cette étude visait à évaluer les effets d'une intervention de groupe basée sur l'ACT auprès de 55 adolescents avec des troubles de santé mentale. Suite à la participation au programme *Deviens maître de ta vie*, une amélioration sur l'ensemble des variables à l'étude (symptômes anxieux, symptômes dépressifs, fusion cognitive et évitement expérientiel, habiletés de pleine conscience et d'acceptation)

est observée entre le pré et le post-test. Des tailles d'effet modérées ont été rapportées sur les symptômes antidépressifs alors que pour les mesures de processus associés à la flexibilité psychologique (acceptation et habiletés de pleine conscience ainsi que fusion cognitive et évitement expérientiel), elles vont de modérées à élevées. Globalement, ces résultats suggèrent que l'ACT peut s'avérer prometteuse auprès d'adolescents présentant des troubles de santé mentale.

Comme le suggérait l'hypothèse 1, les adolescents ayant pris part au programme ont rapporté une diminution significative des symptômes anxieux avec des tailles d'effet modérées. Ces résultats sont comparables à d'autres études qui se sont intéressées aux effets d'intervention ACT sur la symptomatologie anxieuse auprès d'adolescents (Burley et McAloon, 2024 ; Livheim., 2015 ; Smith et al., 2020). Par exemple, l'étude de Smith et al. (2020) évaluant les effets d'un programme de groupe manualisé, similaire à celui de la présente recherche (Ciarrochi, et al, 2014) rapporte également une réduction significative des symptômes anxieux avec des tailles d'effet variant de modérées à élevées aux mesures prétest et post-test (Smith et al., 2020). La présente recherche a cependant l'avantage d'avoir un échantillon plus grand (55 participants comparativement à 10). Notons également que le questionnaire SCARED (Birmaher al., 1999) a été utilisé dans cette étude alors que Smith et al. (2020) ont plutôt utilisé la sous-échelle d'anxiété du Beck Youth Inventory (BYI-II ; Beck, et al., 2005). Tout comme la méta-analyse Burley et McAloon (2024) sur les interventions en ACT de groupe, cette étude suggère que ce type d'intervention peut contribuer à réduire les symptômes anxieux chez les adolescents et particulièrement ceux qui présente une anxiété clinique.

À la suite de la participation au programme, comme le suggérait l'hypothèse 2, les résultats ont montré une amélioration significative des symptômes dépressifs avec une taille d'effet modérée. Dans l'ensemble, ces résultats rejoignent ceux rapportés dans des études antérieures qui portent sur les enfants et les adolescents (Fang et Ding, 2020 ; Hayes et al., 2011 ; Smith et al., 2020 ; Swain et al., 2015). À titre d'exemple, dans l'essai aléatoire de Hayes et al. (2011) mené auprès d'une population clinique d'adolescents (n = 30) répondant aux critères de dépression majeure, les mesures au post-test suggèrent que les participants ayant reçu l'ACT ont montré une diminution des symptômes dépressifs significativement plus élevée que dans la condition traitement habituel (TAU). Bien que le protocole d'intervention fût administré en individuel plutôt qu'en groupe, ces résultats montrent que l'ACT aurait un effet positif sur l'amélioration des symptômes dépressifs chez cette population. Notons que l'instrument de mesure pour évaluer les symptômes dépressifs dans l'étude de Hayes et al. (2011) était le RADS-2 (Reynolds Adolescent Depression Scale-2 ; Reynold's., 2002) alors que le BDI-II (Beck et al., 1996) a été utilisé dans la présente étude. En revanche, les résultats de Smith et al. (2020) auprès d'une population scolaire, ne montrent aucune amélioration significative après une intervention basée sur l'ACT sur les symptômes dépressifs tout comme celle de Van der Gucht et al. (2017) réalisée dans un contexte similaire. Il semble de plus en plus clair que l'ACT est particulièrement bénéfique auprès d'une population clinique.

En regard aux hypothèses 3 et 4, une amélioration significative des processus de la flexibilité psychologiques a été observée et plus précisément, une réduction de la fusion cognitive et de l'évitement expérientiel ainsi qu'une amélioration de l'acceptation et de la pleine conscience. Les tailles d'effets varient de modérées à élevées. Ces résultats

corroborent ceux de la littérature antérieure. À titre d'exemple, dans l'étude de Maki et al. (2018) utilisant un devis pré-post rapporte aussi une diminution statistiquement significative de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive à la suite d'un groupe ACT visant à augmenter les capacités d'adaptation d'adolescents (N = 43) hospitalisés en soins de courte durée à l'unité pédopsychiatrique (Maki et al., 2018). Des résultats similaires à la présente étude ont été retrouvés auprès d'échantillons non clinique également (Takahashi et al., 2020 ; Smith et al., 2021) où l'on observe une réduction de l'évitement expérientiel, de l'inattention au moment présente et de la fusion cognitive (Takahashi et al., 2020 ; Smith et al., 2021). Dans notre étude, les tailles d'effet semblent plus importantes sur les mesures de processus (flexibilité psychologique) que sur les mesures de symptômes (anxiété et dépression). Cela n'est pas surprenant, car les processus de l'ACT sont ciblés de façon plus directe ou proximale dans le travail thérapeutique et sont donc plus susceptibles de s'améliorer à court terme. Intervenir sur les processus de la flexibilité psychologique est pertinent en clinique en raison de leur caractère transdiagnostique (Dionne et al., 2013 ; Hayes et al., 2012). En intervenant sur ces processus communs aux troubles de santé mentale, il est possible d'agir à la fois sur la dépression et l'anxiété, par exemple, même s'il s'agit de deux entités diagnostiques différentes, ce qui est utile dans des contextes cliniques où il y a une forte comorbidité entre les troubles de santé mentale. En somme, ces constats montrent que l'ACT est applicable et utile pour la clientèle adolescente, à condition de savoir adapter l'intervention aux particularités et enjeux de cette clientèle.

### **Limites et apports de l'étude**

Bien que les résultats soient encourageants, un certain nombre de limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. En premier lieu, l'étude repose sur un devis pré et post test, ce qui nous empêche de tirer d'établir des liens de cause à effet entre la participation au programme et les changements observés. À l'avenir, malgré les défis cliniques que cela engendre, un groupe contrôle et une répartition aléatoire entre les groupes seraient idéals pour mieux appuyer les conclusions. Un groupe de comparaison actif serait particulièrement utile (et non seulement une liste d'attente ; Swain et al., 2015b), car il permettrait de mieux départager les effets propres à l'ACT comparativement à ceux attribuables aux effets non spécifiques du groupe tels que la cohésion, sentiment d'appartenance, lieu d'apprentissage d'habiletés sociales, de communication et de résolution de problème pouvant également moduler les résultats (Marcotte, 2013). Il est également possible que certains facteurs externes tels que des activités de loisirs, des événements fortuits, l'aide provenant d'autres ressources (parents, professionnel de la santé, médication), aient contribué au changement durant la participation aux séances de groupe. En deuxième lieu, le projet actuel n'avait pas de mesure de suivi, par exemple à 3 ou 6 mois après l'intervention, qui aurait permis d'évaluer le maintien des acquis et d'avoir un regard à plus long terme. Cela serait souhaitable pour des recherches futures. En troisième lieu, cette étude a pu démontrer que l'ACT

permettrait d'améliorer les processus de flexibilité psychologique des adolescents entre le pré et le post test. Cependant, pour le futur, il serait pertinent d'évaluer le rôle médiateur de la flexibilité psychologique sur les symptômes anxieux et dépressifs à l'aide de modèles de médiation plus sophistiqués comme les analyses en bootstrap. De plus, il serait intéressant d'observer le profil des jeunes qui paraissent répondre le mieux à la thérapie et peut-être ainsi potentialiser les effets de la thérapie. Quatrièmement, l'utilisation de questionnaires autorapportés représente une limite certaine à cette étude, notamment car les réponses des participants ont pu être influencées par la désirabilité sociale, phénomène qui serait particulièrement présent chez les jeunes lorsqu'ils sont en situation d'évaluation par un adulte (Camerini et Schulz 2018). Il est à noter que ce sont les psychologues cliniciennes qui administraient les instruments de mesure. Dans l'étude de validation de la version française du CAMM (Roux et al., 2019), des corrélations ont d'ailleurs été trouvées entre la désirabilité sociale et cet outil mesurant les habiletés de pleine conscience et l'acceptation chez les jeunes. Le CAMM présente tout de même de moins grandes corrélations avec la désirabilité sociale chez les adolescents que le FFMQ-A, un questionnaire autorapporté mesurant le même concept, et peut ainsi présenter des scores plus fiables (Roux et al., 2019). En plus des recherches quantitatives, la recherche qualitative s'avère une avenue prometteuse en offrant un accès direct au vécu personnel des participants et permettant ainsi une compréhension plus spécifique et approfondie de leur expérience individuelle, notamment chez les adolescents (Kazdin, 2008). En cinquième lieu, bien que le programme offre un manuel thérapeutique fournissant des indications sur le contenu de chaque séance et que les psychologues cliniciennes étaient bien formées à l'approche, cette étude ne comportait pas de mesure d'intégrité au programme. Ces mesures auraient permis de s'assurer que le programme soit déployé de manière fidèle au modèle théorique de l'ACT. En dépit de ces limites, cette étude est l'une des rares réalisées au Québec en contexte clinique et qui offre des résultats prometteurs quant au déploiement d'un groupe ACT dans les réseaux de soins. En raison de son caractère bref, manualisé et son format de groupe, le programme de groupe ACT *Deviens maître de ta vie* cette intervention pourrait s'avérer une solution facilement transposable au Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), instauré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, qui vise à favoriser l'accès aux soins pour les personnes présentant un trouble de santé mentale.

#### Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have gathered considerable empirical support for its application with an adult population. Despite promising and relevant with adolescents, there are limited studies on this population. This study aims to assess the effects of a group-based program using Acceptance and Commitment Therapy with a sample of 55 adolescents presenting various mental health disorders, on anxiety and depressive symptoms as well as psychological flexibility. Using a pre-experimental design (pretest

and post-test), changes in anxiety and depression symptoms, as well as psychological flexibility, are observed in participants who completed the 6-week group program. Following participation in the program, the results suggest a significant reduction in anxious and depressive symptoms as well as an increase in psychological flexibility (reduction in cognitive fusion and experiential avoidance, and improvement in mindfulness and acceptance skills). This study provides preliminary support for the effectiveness of a group-based intervention program using Acceptance and Commitment Therapy for adolescents in an outpatient setting.

---

#### Références

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Stress in America*, repéré en novembre 2017 URL : <http://www.apa.org/news/press/releases/2014/02/teen-stress.aspx>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., et Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global Journal of health science*, 8(3), 131-138. [10.5539/gjhs.v8n3](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3)
- Baker, H. J., Lawrence, P. J., Karalus, J., Creswell, C., et Waite, P. (2021). The effectiveness of psychological therapies for anxiety disorders in adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(4), 765–782. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00364-2>
- Beck, J.S., Beck, A.T., et Jolly, J.B. (2005). *Beck Youth Inventories* (2nd ed.) Bloomington. MN: Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B., et Ruiz, F.J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., et Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Black, T. D. (2022). *ACT for treatment children: The Essential Guide to Acceptance and Commitment Therapy for Kids*. New Harbinger Publications.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., et Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of

- strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P.J., Hadzi-Pavlovic, D., et Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy as a universal prevention program for adolescents : a feasibility study. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 11 (1), 27–37. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0164-5>
- Ciarrochi, J., Hayes, L., et Bailey, A. (2014). *Deviens maître de ta vie*. La boîte à livres.
- Camerini, A. L., et Schulz, P. J. (2018). Social desirability bias in child-report social well-being: Evaluation of the children's social desirability short scale using item response theory and examination of its impact on self-report family and peer relationships. *Child Indicators Research*, 11, 1159-1174.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>em</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles : Pierre Mardaga. [https://books.google.ca/books/about/L\\_exp%C3%A9rience\\_adolescente.html?id=FpUiAQAAAMAAJetredir\\_esc=y](https://books.google.ca/books/about/L_exp%C3%A9rience_adolescente.html?id=FpUiAQAAAMAAJetredir_esc=y)
- Dion, J., Paquette, L., Daigneault, I., Godbout, N., et Hébert, M. (2018). Validation of the french version of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM) among samples of french and indigenous youth. *Mindfulness*, doi:10.1007/s12671-017-0807-x
- Dionne, F., Lafond, M., et Rose, I. (2017). *Érika prend ses pensées pour des vérités*. Dans JL. Monestès (dir.), *ACT : la thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dionne, F., et Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*.
- Dionne, F., Lafond, M., et Rose, I. (2017). *Érika prend ses pensées pour des vérités*. Dans JL. Monestès (dir.), *ACT : la thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Dionne, F., Ngô, T. L., et Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. Doi: 10.7202/1023992ar
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll*. Washington, DC: Sage.
- Gauntlett-gilbert, J., Connell, H., Clinch, J., et McCracken, L. M. (2013). Acceptance and values-based treatment of adolescents with chronic pain : Outcomes and their relationship to acceptance. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 72-81. doi: [10.1093/jpepsy/jss098](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss098)
- Greco, L. A., Baer, R. A., et Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614. doi : 10.1037/a0022819
- Greco, L. A., et Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland, CA : New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., et Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York : Guilford.
- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., et Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, L., Boyd, C. P., et Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(86-94). doi: 10.1007/s1267-011-0046-5
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., et Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>e</sup> édition). New York, NY: The Guilford Press
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., et Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female with Anorexia Nervosa: a Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3) 232-236. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80053-0
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., et Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858>.
- Kashdan, T. B. et Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kanstrup, M., Wicksell, R. K., Kemani, M., Wiwe, Lipsker, C., Lekander, M., et Holmström, L. (2016). A clinical pilot study of individual and group treatment for adolescents with chronic pain and their Parents: effects of acceptance and commitment therapy on functioning. *Children*, 3(4), 30. doi : 10.3390/children3040030
- Kallesøe, K. H., Schröder, A., Wicksell, R. K., Preuss, T., Jensen, J. S., et Rask, C. U. (2020). Feasibility of group-based acceptance and commitment therapy for adolescents (AHEAD) with multiple functional somatic syndromes: a pilot study. *BMC psychiatry*, 20, 1-16
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., et Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal*

- of pediatric psychology, 43(9), 981-994. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy031>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi :10.1002/mpr.1359
- Kiuru, N., Puolakanaho, A., Lappalainen, P., Keinonen, K., Mauno, S., Muotka, J., et Lappalainen, R. (2021). Effectiveness of a web-based acceptance and commitment therapy program for adolescent career preparation: a randomized controlled trial. *Journal of Vocational Behavior*, 127. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2021.103578>
- Lappalainen, R., Lappalainen, P., Puolakanaho, A., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., Muotka, J., et Kiuru, N. (2021). The Youth Compass -the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20(September 2020), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.007>
- Lee, C. M., Horvath, C., et Hunsley, J. (2013). Does it work in the real world? the effectiveness of treatments for psychological problems in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 81–88.
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Wein-berger, D. R., et Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health Opportunity and obligation. *Science*, 346(6209), 547–549. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C. et Tengström, A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016–1030. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2021.103578>
- Longmore, R. J., et Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical psychology review*, 27(2), 173–187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Torres, R. M. V., Martín, V. S., Martínez, O. G., et López, J. C. L. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy. a preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(2).
- Madusa, A., Cohen, L L., Wicksell, R. K., Kemani, M. K., et Johnson, A. (2011). A case study : Acceptance and commitment therapy for pediatric sickle cell disease. *Journal of pediatric psychology*, 36(4), 398-408. doi : 10.1093/jpepsy/jsq118
- Makki, M., Hill, J. F., Bounds, D. T., Mccammon, S., Mc, M., Delaney, K. R. et Delaney, K. R. (2018). Implementation of an ACT Curriculum on an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit : A Quality Improvement Project. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1132-2>
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents*. Presses de l'Université du Québec.
- Martin, A., et Gosselin, P. (2012). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 70.
- Martin, S., Wolters, P. L., Toledo-Tamula, M. A., Schmitt, S. N., Baldwin, A., Starosta, A., Gillespie, A. et Widemann, B. (2016). Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 170(6), 1462-1470. doi : 10.1002/ajmg.a.37623
- Norris, S., et Norris, S. (2018). *La santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Bibliothèque du Parlement=Library of Parliament.
- Organisation mondiale de la santé. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet. (2019). Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Perkins, A. M., Meiser-Stedman, R., Spaul, S. W., Bowers, G., Perkins, A. G., et Pass, L. (2023). The effectiveness of third wave cognitive behavioural therapies for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 209–227. <https://doi.org/10.1111/bjc.12404>
- Petts, R.A., Duenas, J.A., et Gaynor, S.T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144. doi : 10.1016/j.jcbs.2017.02.006
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Ahonen, T. P. S., Kiuru, N., Lappalainen, P., et Eklund, K. M. (2018). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Youth and Adolescence*, (2018). <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0973-8>
- R Core Team (2023). *\_R: A Language and Environment for Statistical Computing\_*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynold's adolescent depression scale-2nd edition: Professional manual*. Lutz : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., et Teasdale, J. D. (2006). *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. De Boeck.
- Smith, K. J., Oxman, L. N. et Hayes, L. (2020). ACT for adolescents: Impact of a pilot group intervention on psychological wellbeing. *Journal of Psychologists and*

- Counsellors in Schools*, 30(2), 248-254. <https://doi.org/10.1017/jgc.2019.33>
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., et Bowman, J. (2015a). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (), 56-67.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., et Bowman, J. (2015b). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.02.001
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T. et Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(March), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.001>
- Twohig, M. P., Petersen, J. M., Fruge, J., Ong, C. W., Barney, J. L., Krafft, J., Lee, E. B. et Levin, M. E. (2021). A Pilot Randomized Controlled Trial of Online-Delivered ACT-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.004>
- Turrell, S., et Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Oakland, CA: Context Press
- Van der Gucht, K., Griffith, J. W., Hellemans, R., Bockstaele, M., Pascal-Claes, F. et Raes, F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Adolescents: Outcomes of a Large-Sample, School-Based, Cluster-Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 8(2), 408–416. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0612-y>
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., et Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>
- Westrup, D., et Wright, M. J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., et Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: a case example. *Cognitive and behavioral practice*, 12(4), 415-423. doi : 10.1016/S1077-7229(05)80069-0
- Wicksell, R. K., Melin, L., et Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain - A pilot study. *European Journal of Pain*, 11(3), 267-274. doi : 10.1016/j.ejpain.2006.02.012
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., et Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257. 10.1016/j.pain.2008.11.006
- Woidneck, M. R., Morisson, K. L., et Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents, *Behavior Modification*, 38(4) 451-24766. doi: 10.1177/0145445513510527
- Xu, H., O'Brien, W. H. et Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15(December 2019), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.010>
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.
- Xu, W., Shen, W., et Wang, S. (2021). Intervention of adolescent' mental health during the outbreak of covid-19 using aerobic exercise combined with acceptance and commitment therapy. *Children and Youth Services Review*, acceptance, 124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105960>.