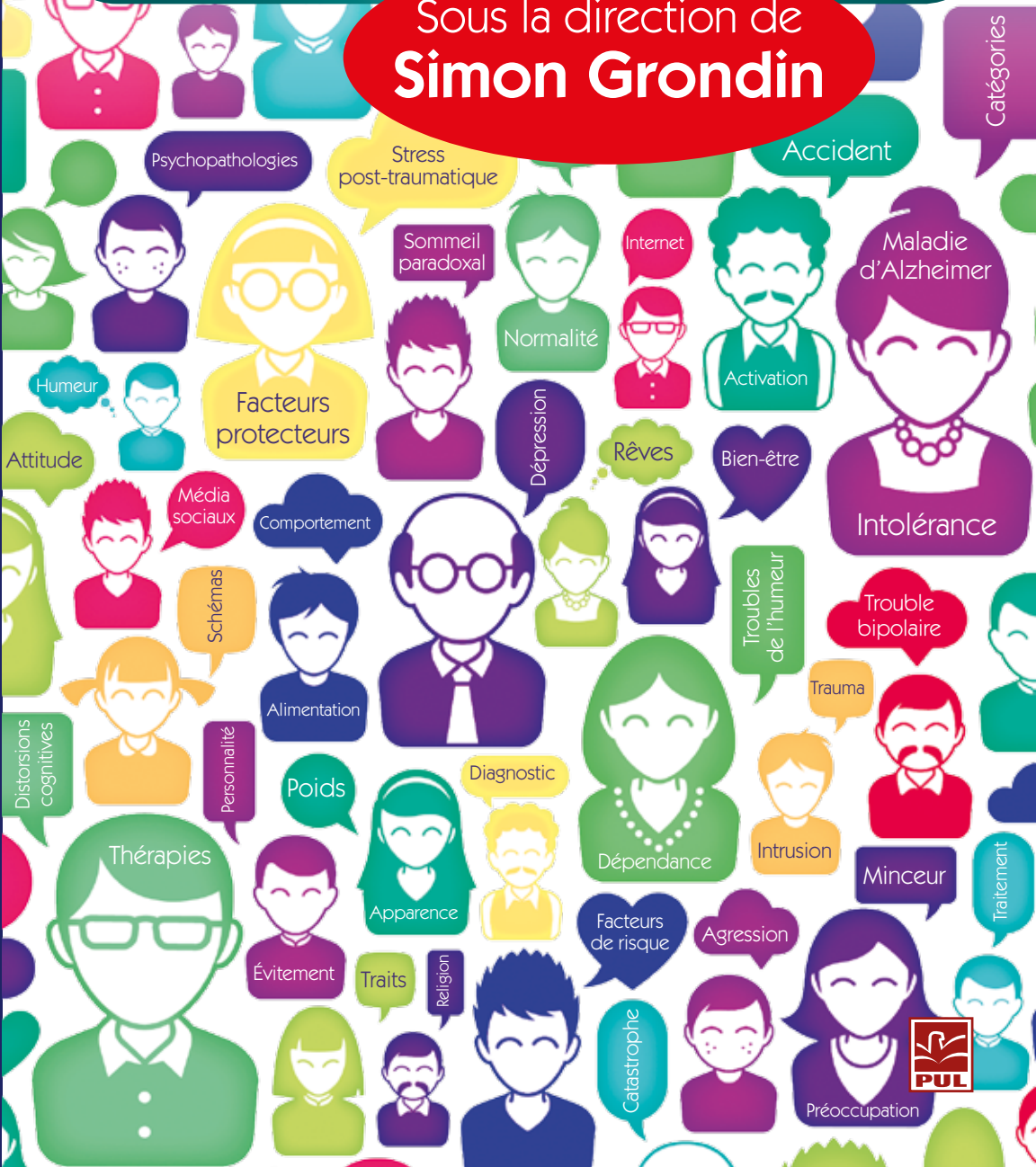


La psychologie au quotidien **2**

Sous la direction de
Simon Grondin



La psychologie au quotidien²

La psychologie au quotidien²

SOUS LA DIRECTION DE
SIMON GRONDIN



Presses de
l'Université Laval

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

Mise en page : Diane Trottier
Maquette de couverture : Laurie Patry

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2015

ISBN: 978-2-7637-2526-0
PDF: 9782763725277

Les Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

AVANT-PROPOS	XV
LE CONTENU DE L'OUVRAGE	XVI
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	XVIII
CHAPITRE 1	
LA PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ: NORMALITÉ ET PSYCHOPATHOLOGIE.	1
<i>Louis Diguier</i>	
LES THÉORIES DE LA PERSONNALITÉ.	2
Les théories dimensionnelles.	2
Les théories catégorielles	5
Les théories hybrides	8
LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ.	10
LA PERSONNALITÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE.	12
Normalité psychologique et psychopathologique.	12
La personnalité et la psychopathologie.	14
Les troubles de la personnalité	15
Le traitement et les troubles de personnalité.	18
TENDANCES ACTUELLES ET EN DÉVELOPPEMENT	20
LECTURES SUGGÉRÉES.	21

CHAPITRE 2

**LES RÊVES AU QUOTIDIEN: REFLET DE
NOTRE PERSONNALITÉ ET SANTÉ PSYCHIQUE 23**

*Célyne H. Bastien, Jérémie Lefrançois, Patrick St-Hilaire,
Alexandra D. Pérusse, Christine Rancourt et Maude Pedneault-Drolet*

DÉFINITION DU RÊVE	24
LE SOMMEIL PARADOXAL	25
Rôles du sommeil paradoxal	26
FRÉQUENCE DE RAPPEL ET CONTENU DES RÊVES	27
Fréquence de rappel	27
Contenu	29
LA PERSONNALITÉ ET LES RÊVES	31
L'insomnie, la personnalité et les rêves	32
PSYCHOPATHOLOGIES ET RÊVES	32
Troubles psychotiques	33
Troubles de l'humeur	34
Troubles anxieux	34
Troubles alimentaires	36
Dépendances et abus de substances	36
LES RÊVES EN THÉRAPIE	37
Les rêves et la psychanalyse	37
Les rêves dans les thérapies cognitives-comportementales	38
Les rêves dans les thérapies existentielles et la gestalt-thérapie	39
Modèle cognitif-expérientiel de l'interprétation du rêve	39
Utilité et efficacité de l'utilisation des rêves en thérapie	40
CONCLUSION	40
LE PARFAIT PETIT JOURNAL DU RÊVEUR EN HUIT ÉTAPES	41
LECTURES SUGGÉRÉES	41
SITES INTERNET D'INTÉRÊT	42

CHAPITRE 3

MANGER, UN GESTE À LA FOIS SIMPLE ET COMPLEXE 43

Catherine Bégin et Marie-Pierre Gagnon-Girouard

DE LA FAMINE À L'ABONDANCE: L'OMNIPRÉSENCE DE LA NOURRITURE DANS NOS VIES	44
--	----

LA QUÊTE DU CORPS IDÉAL	45
Les conséquences de la quête du corps idéal	46
LE POIDS AU BANC DES ACCUSÉS	47
L'AUTORÉGULATION DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES	48
J'AI TROP MANGÉ! LES RUPTURES DE L'AUTORÉGULATION	49
La restriction alimentaire rigide	50
La sursensibilité aux indices externes de stimulus agréables	53
Les autres désinhibiteurs	55
Les distractions	55
La consommation d'alcool	55
La fatigue	56
Le stress et les émotions négatives	56
CONCLUSION	59
LECTURES SUGGÉRÉES	61
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	61

CHAPITRE 4

LA DÉPRESSION ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR: MIEUX LES COMPRENDRE POUR MIEUX LES TRAITER 63

*Martin D. Provencher, Isabelle Soucy Chartier
et Christine Mirabel-Sarron*

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION MAJEURE?	65
COMMENT SE DÉVELOPPE LA DÉPRESSION MAJEURE ET QUELLES EN SONT LES CAUSES?	67
QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE?	69
LES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION MAJEURE	71
QU'EST-CE QUE L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE?	73
Qui bénéficie de l'activation?	74
Procédure pour mettre en place l'activation comportementale	75
La motivation	75
Lien entre l'évitement et la dépression	76
LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE LA DÉPRESSION	76
Le rôle des cognitions	77
Les pensées automatiques	78

LA RÉÉVALUATION COGNITIVE ET SES TECHNIQUES	78
La recherche des indices	79
L'illustration de la cour	79
GÉNÉRER DES PENSÉES ALTERNATIVES ET DÉTECTER LES DISTORSIONS COGNITIVES	80
La pensée « noir ou blanc / tout ou rien »	80
La surgénéralisation	81
Focaliser sur les aspects négatifs	81
Sauter aux conclusions	82
La pensée catastrophique	82
LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES	82
La perception du problème	83
La définition du problème et la formulation d'objectifs	84
La recherche de solutions	84
Le choix d'une solution	85
L'application de la solution choisie et l'évaluation des résultats	86
LES NIVEAUX DE CROYANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DE SCHÉMAS	87
Les pensées automatiques	87
Les présomptions	87
Les croyances de fond (schémas)	88
Comment les schémas se développent-ils?	90
LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE	91
CONCLUSION	92
LECTURES SUGGÉRÉES	92
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	93

CHAPITRE 5

LA MALADIE D'ALZHEIMER : PLUS QU'UNE MALADIE DE L'OUBLI 95

*Martine Simard, Jessica Talon et Laurence Brunelle-Hamann
École de psychologie, Université Laval*

EN QUOI CONSISTE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET COMMENT EST-ELLE DIAGNOSTIQUÉE?	97
Le diagnostic clinique	97
Le cerveau des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer	103
Comment évolue la maladie?	104

LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE.	106
Le traitement pharmacologique	106
Les interventions psychosociales pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques.	107
PEUT-ON TRAITER LES SYMPTÔMES COGNITIFS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER?	110
Traitements pharmacologiques	110
Approche neuropsychologique: les interventions cognitives dans la maladie d'Alzheimer.	112
FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.	116
Facteurs génétiques et formes à début précoce et à début tardif de la maladie d'Alzheimer	117
Facteurs génétiques dans la MA à début précoce	117
Facteurs génétiques dans la MA à début tardif	117
Facteurs sociodémographiques	118
Facteurs de risque vasculaires	119
Facteurs de risque liés au style de vie	121
Facteurs de risque médicaux ou psychiatriques.	122
CONCLUSION	123
LECTURES SUGGÉRÉES.	124
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	124

CHAPITRE 6

QUAND LA VIE BASCULE: L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.

Geneviève Belleville

L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE	127
L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	130
Les intrusions cognitives.	132
L'évitement	134
Les altérations de l'humeur et des cognitions	136
L'hyperactivation.	137
LA PRÉVALENCE ET LES FACTEURS DE RISQUE	138
LES COMORBIDITÉS	141

LES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	143
L'exposition	143
La thérapie cognitive (<i>cognitive processing therapy</i>).....	145
D'autres formes de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ..	146
La désensibilisation et la reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR)	147
La thérapie par révision et répétition en imagerie mentale (RRIM) .	148
La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)	149
SURVOL DES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	150
CONCLUSION	152
LECTURES SUGGÉRÉES.....	153
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	153

CHAPITRE 7

PSYCHOLOGIE ET RELIGION..... 155

Jean-Marie Boisvert

LES CAUSES DE LA RELIGIOSITÉ.....	157
Les phénomènes religieux.....	157
Une raison d'être	158
La perception de contrôle, l'intolérance à l'incertitude et l'anxiété. .	159
Les processus cognitifs	162
LA RELIGION ET LA SANTÉ PHYSIQUE	162
LA RELIGION ET LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE (ET LA SANTÉ MENTALE)	164
Les facteurs facilitant la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique	165
Le soutien social	165
Les directives.....	165
L'indulgence	166
La relation positive avec Dieu.....	166
Les stratégies et les ressources d'affrontement (<i>coping resources and strategies</i>)	166
Les pratiques religieuses	166
Les affects positifs.....	167

Un but dans la vie	167
Le contrôle des émotions	167
La croyance en la vie après la mort	168
Les facteurs nuisibles à la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique	168
Les attributions et les interprétations religieuses négatives	168
Les interactions sociales négatives	168
Les affects négatifs	169
Le rejet d'un traitement	169
L'effet du contexte sur la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique	169
La religion et les soins de santé	170
LA RELIGION ET LE FONCTIONNEMENT SOCIAL ET INTERPERSONNEL	171
L'intolérance et l'agressivité	171
L'altruisme	172
La vie familiale	173
La sexualité	173
LA RELIGION, L'INTELLIGENCE ET L'ESPRIT CRITIQUE	174
CONCLUSION	176
LECTURES SUGGÉRÉES	176

CHAPITRE 8

LA FACE CACHÉE DE FACEBOOK 177

Isabelle Giroux, Annie Goulet et Christian Jacques

UNE PLATEFORME AUX MULTIPLES USAGES	178
QUI SONT LES UTILISATEURS ET POURQUOI CET ENGOUEMENT?	179
LE CULTE DE L'IMAGE	181
LES INTRIGUES AMOUREUSES	184
EXCÈS ET DÉPENDANCE	187
LES ADOLESCENTS	190
L'exploration du positif	191
Pas que du positif : exemple de la cyberintimidation	191
Que faire comme parents?	194

L'AUTO-ÉVALUATION DE L'UTILISATION	195
RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT	197
LECTURES SUGGÉRÉES.....	197
VIDÉO SUGGÉRÉE	198
À PROPOS DES AUTEURS	199

Avant-propos

En 2011, l'École de psychologie de l'Université Laval célébrait ses 50 ans. Pour l'occasion, de nombreuses conférences gratuites avaient été offertes au grand public de la région de Québec, sur le campus de l'Université Laval, par les professeurs de l'École. De cette série de conférences est né le premier volume intitulé *La psychologie au quotidien*.

En fait, on ne savait pas qu'il s'agissait d'un premier volume car personne ne savait qu'il allait y avoir un volume 2. Parce que ce premier volume a reçu un bel accueil et que des professeurs de l'École étaient disposés à contribuer à un nouvel ouvrage, ce second volume allait pouvoir voir la lumière du jour. Et comme les thèmes liés à la psychologie au quotidien sont loin d'être épuisés et que d'autres professeurs de l'École ont déjà manifesté leur intention de prendre en charge la rédaction d'un chapitre, il devrait même y avoir un troisième volume.

Le but d'un tel ouvrage est de renseigner le grand public. Renseigner veut dire diriger le lecteur vers des ressources réelles, pour qu'il prenne conscience de leur existence et de leur accessibilité, lorsqu'il reconnaît au cours de sa lecture sa propre détresse ou celle des gens de l'entourage. Ainsi trouve-t-on ci-dessous, à la fin de cet avant-propos, une liste de ressources ou de sites Internet d'intérêt, comme il y en a une à la fin des chapitres 3 à 6 et du chapitre 8 qui traitent de pathologies particulières.

Renseigner veut également dire fournir un éclairage sur des questions importantes en psychologie. Le principal auteur – et parfois le seul – de chacun des chapitres étant un professeur de l'École, ou un ancien professeur, cela assure au lecteur d'être guidé par des personnes compétentes et expérimentées. Parce que ces professeurs font de la recherche

et de l'enseignement, ils ont l'habitude de filtrer l'information que l'on peut extraire de nombreuses revues scientifiques en psychologie pour en faire une synthèse.

Par ailleurs, il n'est pas inutile de mentionner que, règle générale, les auteurs des livres touchent une part de 10% des recettes provenant des ventes. Les auteurs du présent ouvrage ont convenu de céder cette part à **Centraide**. Notez que les auteurs du premier volume de *La psychologie au quotidien* avaient cédé leurs redevances à la Fondation Gilles-Kègle. Autrement dit, alors que la diffusion de l'information relative à la psychologie est en proie à un certain sensationnalisme ou à un certain exhibitionnisme, et que le filon est exploité par certains auteurs souvent peu formés en psychologie ou pas à jour et, surtout, susceptibles d'être attirés d'abord par un bénéfice financier, la motivation des auteurs du présent ouvrage n'est pas mercantile. Le but est de renseigner afin de contribuer, ne serait-ce qu'un peu, à diminuer la détresse ou la souffrance psychologique.

LE CONTENU DE L'OUVRAGE

Le premier chapitre, rédigé par Louis Diguier, commence par une brève discussion sur la définition du concept de personnalité en psychologie. La présentation subséquente des travaux les plus importants ayant marqué le développement de cette discipline rend le lecteur à même de bien distinguer les classes de théories de la personnalité (dimensionnelles, catégorielles et hybrides). Cette information de base permet de comprendre quelques-uns des enjeux actuels, comme les travaux sur le développement de la personnalité, la question de la normalité et de la pathologie de la personnalité ainsi que la psychologie clinique de la personnalité.

Spécialiste du sommeil, Célyne Bastien signe avec des étudiants au doctorat de son laboratoire un chapitre faisant le point sur les connaissances dans le fascinant domaine du rêve. En plus d'enseigner quand surviennent les rêves pendant la nuit, ce chapitre révèle les liens que les rêves ont avec la personnalité et avec certaines psychopathologies. Le lecteur est aussi invité à regarder ses rêves de près, soit par désir d'explorer, pour son propre plaisir, les avenues qu'ils ouvrent, soit à l'intérieur d'une démarche supervisée par un thérapeute.

Dans le troisième chapitre, un sujet subtil et délicat est abordé par Catherine Bégin et Marie-Pierre Gagnon-Girouard. Nous baignons dans un monde où on nous laisse miroiter que la minceur et la belle apparence vont de soi, et qu'il suffit de bien peu d'effort pour s'en prévaloir. Pourtant, malgré l'intérêt pour l'alimentation que semble révéler la popularité des livres de cuisine et des émissions de télévision sur le sujet, le rapport à la nourriture demeure complexe et les problèmes de surplus de poids sont fréquents. Certaines personnes s'avèrent incapables d'être à la hauteur de ce qu'on leur laisse miroiter en dépit de leur préoccupation pour la nourriture et le corps. Les auteurs du chapitre invitent le lecteur à analyser le fonctionnement psychologique de ces personnes et leur relation à la nourriture, qui oscille parfois entre un contrôle excessif et la perte de contrôle.

Parce que la dépression et les troubles de l'humeur sont passablement fréquents, le chapitre rédigé par Martin Provencher, Isabelle Soucy Chartier et Christine Mirabel-Sarron risque fort de toucher de nombreux lecteurs qui pourront apprendre à reconnaître les symptômes dépressifs et peut-être aussi à mieux les gérer. Ce chapitre contient également les renseignements nécessaires pour comprendre ce qu'est le trouble bipolaire, comment se développe une dépression majeure et quelles en sont les causes. Enfin, les avenues thérapeutiques qui s'offrent aux personnes souffrantes sont décrites.

Le cinquième chapitre, que nous offrent Martine Simard, Jessica Talon et Laurence Brunelle-Hamann, nous rapproche du domaine de la neuropsychologie et porte précisément sur la maladie d'Alzheimer. Il révèle les mécanismes biologiques de la maladie et de son évolution. Le chapitre montre les étapes et les examens qui permettent de poser un diagnostic clinique de la maladie, tout en mettant en relief la difficulté de poser ce diagnostic, à plus forte raison s'il est posé tardivement. Le chapitre expose les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques des symptômes et met ensuite l'accent sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la maladie, la prévention étant cruciale quand on vise à minimiser les dégâts qu'elle cause.

Le sixième chapitre, que signe Geneviève Belleville, est consacré aux victimes d'un événement traumatique et à leurs proches. Il aide à comprendre ce qui arrive aux victimes, ce qui pourrait vous permettre ou bien de reconnaître que vous n'êtes pas seul à porter les séquelles

d'un traumatisme ancien, ou bien de composer avec un proche aux prises avec les conséquences d'un événement traumatique. Parce que ce genre de traumatisme peut mener à d'autres troubles, le chapitre rappelle qu'il existe des ressources professionnelles et des manières d'intervenir (psychothérapie et pharmacothérapie) pour aider à traverser l'épreuve, pour mieux vivre et peut-être même pour guérir.

Le chapitre suivant, que propose Jean-Marie Boisvert, est particulier parce qu'il ne vise pas à décrire une pathologie précise et les moyens d'y remédier ou de composer avec elle. Il offre plutôt une réflexion, fondée sur une synthèse des travaux de recherche, sur un domaine fondamental de la psychologie et de l'existence humaine : les croyances et la pratique religieuses. Le sujet est particulièrement délicat car il touche la spiritualité, une dimension éminemment intime de la personne. Le chapitre permet de mesurer à quel point sont liés religion et bien-être psychologique, religion et santé physique de même que religiosité et esprit critique, et de découvrir comment intervient le facteur religieux dans le fonctionnement social et les contacts interpersonnels.

Le huitième et dernier chapitre, que proposent Isabelle Giroux, Annie Goulet et Christian Jacques, nous convie à une réflexion sur un thème au cœur du quotidien de nombreuses personnes : Facebook. Bien entendu, les médias sociaux favorisent la recherche d'information, le divertissement, la communication avec les autres et l'expression de soi. Pourtant, ils comportent certains risques qui menacent parfois l'équilibre des personnes et même des familles. La recherche scientifique en psychologie a permis de poser un regard critique sur l'utilisation des médias sociaux. Ce dernier chapitre décrit plus particulièrement les dérapages les plus fréquents associés à Facebook.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

- Si vous cherchez à savoir comment obtenir de l'aide pour recevoir des soins en psychologie, vous pouvez avoir recours à l'**Ordre des psychologues du Québec** (<http://www.ordrepsy.qc.ca/>) qui offre un service de référence téléphonique (**514-738-1223** ou le **1 800 561-1223**).

Adresse :

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5
Téléphone : 514-738-1881 ou 1 800 363-2644
Télécopieur : 514-738-8838
Courriel (pour toute question ou commentaire):
info@ordrepsy.qc.ca

- Si vous cherchez de l'aide pour recevoir des soins dans quelque secteur de la santé mentale, vous pouvez visiter le site Web de l'Association canadienne pour la santé mentale :

<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/>

Ce site permet de retracer les filiales canadiennes de l'Association, dont les 11 filiales québécoises réparties à la grandeur de la province. Chacune de ces filiales contient un répertoire des ressources locales.

- Si vous êtes de la région de Québec, vous pouvez aussi prendre connaissance des nombreux services offerts dans la région en passant par le site de l'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR) :

<http://www.agirensantementale.ca/>

Simon Grondin, professeur
École de psychologie, Université Laval

Chapitre 1

La psychologie de la personnalité : normalité et psychopathologie

Louis Diguer

Le mot *personnalité* est assez difficile à définir, entre autres parce qu'il peut avoir différentes significations selon le contexte où on l'utilise : avoir de la personnalité, être une personnalité, etc. Ainsi, dans le langage courant, le mot a souvent une connotation plutôt positive, exprimant une certaine qualité, ou à tout le moins désignant une personne remarquable sous un aspect ou un autre. Toutefois, en psychologie le mot *personnalité* n'a pas une telle connotation positive. Il désigne un concept certes très important, mais qui présente des contours assez mal définis, tant il englobe de nombreux concepts. En fait, en psychologie, la personnalité désigne tout ce qui caractérise une personne, ce en quoi une personne se distingue des autres, que cela soit positif ou négatif ; bref, ce qui la rend unique, ce qui fait que quelqu'un est qui il est¹. Pas étonnant que la personnalité soit donc si importante pour la psychologie, car elle se situe au cœur même de l'identité, de qui nous sommes intimement, de l'expérience personnelle de notre propre existence. L'être humain étant un animal profondément social et culturel, la personnalité concerne aussi toute notre vie relationnelle, que ce soit sur le plan intime ou social, que ce soit dans la famille, le travail, les loisirs, etc. Dès qu'on est en relation avec autrui, c'est toute notre personnalité qui est engagée, soit notre façon personnelle et bien à nous d'être qui on est.

1. Larsen, R., et Buss, D. (2010). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*, 4^e édition. New York : McGraw-Hill.

La psychologie de la personnalité est un champ de la psychologie qui étudie les attitudes et les comportements typiques, habituels ou normaux d'un individu, soit ses comportements récurrents dans diverses situations et différents contextes. L'accent est donc mis sur la constance des modes de pensée, de perception, de comportements et de sentiments. Le présent chapitre vise à décrire l'état actuel de la psychologie de la personnalité, ses principales conceptualisations, ainsi que quelques-uns des enjeux qui sont les plus discutés, surtout ceux qui ont trait aux liens entre la personnalité et la santé mentale.

LES THÉORIES DE LA PERSONNALITÉ

Le concept de personnalité, de par son importance en psychologie, mais aussi en sciences humaines et sociales en général, a naturellement été le sujet de nombreux travaux depuis les origines officielles² de la psychologie comme discipline autonome, soit la fin du XIX^e siècle. Il a été approché et défini de différentes manières selon les époques, les champs de la psychologie (comme la psychologie sociale, clinique ou cognitive par exemple) et les auteurs, dont quelques-uns des plus marquants ont été S. Freud, C.G. Jung, G. Allport, H. Eysenk, R. Cattell, B.F. Skinner, P.T. Costa et R.R. McCrae, A. Bandura, A. Maslow, W. Mischel et Y. Shoda, et O.F. Kernberg.

On reconnaît généralement deux grands types de théories de la personnalité, soit deux grandes façons de l'aborder et de la concevoir.

Les théories dimensionnelles

Le premier type de théorie regroupe les *théories dimensionnelles*. Dans ce type de théorie, la personnalité est définie par un ensemble de *traits*. Ces traits sont des dimensions, c'est-à-dire des caractéristiques mesurables qui varient d'une personne à l'autre, comme le poids ou la taille par exemple. On peut donc, dans une population donnée, estimer la moyenne et les variations naturelles de ces traits et comparer les individus entre

2. Nous laissons délibérément de côté les très nombreux travaux antérieurs, qu'ils soient philosophiques, médicaux ou religieux, qui ont été consacrés à des questions de psychologie de la personnalité bien avant que la psychologie devienne une discipline scientifique autonome et distincte (par exemple, les travaux d'Hippocrate, Aristote, saint Augustin ou Descartes).

eux. Ces traits sont communs à tous, mais différents chez chacun. Cet apparent paradoxe s'éclaire facilement en faisant appel à une métaphore. Nous dirons ainsi qu'il en est un peu de la personnalité et de ses traits comme il en est du visage humain et de ses traits. Bien que tous les visages comprennent les mêmes traits fondamentaux (comme des yeux, un nez, une bouche, des joues, etc.), chaque visage est unique et différent des autres de par l'assemblage unique de chaque trait qui varie toujours d'une personne à l'autre. Ainsi, même si tous les visages humains comportent les mêmes traits, chacun est différent des autres. Il en est de même de la personnalité, et c'est l'assemblage particulier de chaque trait de personnalité qui fait que chacun a une personnalité unique, bien qu'elle soit faite des mêmes traits communs à tous. Ces traits sont souvent interreliés, c'est-à-dire qu'un trait particulier (comme le perfectionnisme) aura tendance à accompagner tel autre trait (la minutie). Notons aussi que ces traits ne sont pas directement observables, car il s'agit en fait de dispositions sous-jacentes aux comportements, attitudes, pensées et émotions; ils sont donc inférés à partir d'observations du comportement. Mentionnons enfin que ce courant de la psychologie s'intéresse beaucoup aux *différences individuelles* que l'on peut observer sur chacun de ces traits, soit aux variations que l'on observe d'un individu à l'autre et qui font que chaque personne présente un profil caractéristique de traits de personnalité qui se manifeste dans sa vie quotidienne et qui influence son comportement, ses choix, ses attitudes, etc. L'approche méthodologique générale est donc populationnelle et statistique, et l'on s'intéresse à des groupes d'individus et à leurs variations, et non à chaque individu considéré dans son unicité³.

Mais quels sont donc ces traits de la personnalité? On a vu émerger, depuis les années 1950, plusieurs théories de la personnalité établies par les différents chercheurs du domaine, chaque théorie proposant tels ou tels traits, avec des définitions particulières pour chacun. Chaque chercheur a donc mis au point sa propre théorie dimensionnelle, à partir des choix méthodologiques qu'il a faits et de la perspective théorique qu'il a adoptée, comme la psychologie sociale, comportementale, développementale ou psychodynamique par exemple. Notons que la

3. Barenbaum, N.B., et Winter, D.G. (2008). History of modern personality theory and research. Dans O.P. John, R.W. Robins et L.A. Pervin (ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, 3^e édition. New York : Guilford.

grande majorité de ces chercheurs évoluent dans des milieux de recherche universitaire (des centres de recherche ou des départements de psychologie) et qu'ils s'intéressent à la population dite *normale* ou générale, en termes statistiques, et qu'ils tentent de retracer les traits de personnalité fondamentaux et communs à l'ensemble de la population. Mentionnons par exemple Hans Eysenck qui a élaboré une théorie comprenant trois traits (extraversion-introversion, névrotisme et psychotisme), et Raymond Cattell, qui a élaboré une théorie de seize traits (dont la dominance, la stabilité émotionnelle, le perfectionnisme et la sensibilité). Plus récemment, Costa et McCrae ont proposé la théorie dite des cinq facteurs ou des cinq traits (soit sociabilité, névrotisme, ouverture à l'expérience, extraversion, conscience), théorie qui est ce jour celle qui est la mieux documentée sur le plan empirique^{4,5}.

Les théories dimensionnelles de la personnalité ont été très stimulantes pour toutes les disciplines de la psychologie, et en particulier pour la psychologie sociale. De très nombreuses recherches ont été faites afin de mieux comprendre le fonctionnement de notre personnalité sur les plans social et interpersonnel. Plusieurs de ces recherches ont même été commentées dans les médias et ont inspiré des réflexions de société, voire des décisions et des politiques sociales. On peut mentionner par exemple les travaux sur les rôles, les préjugés et les stéréotypes sociaux, sur le féminisme, la masculinité, l'androgynie, les attributs et les rôles sexuels, ainsi que l'identité et l'orientation sexuelle⁶. Il est aussi à propos de mentionner l'ensemble très riche et varié des travaux de recherche des autres sciences sociales, comme la sociologie, l'éducation, l'économie ou les sciences politiques, travaux qui se sont inspirés de ces théories pour examiner toutes sortes de questions sur la vie de nos sociétés, comme les mécanismes du marketing, les attitudes face à l'économie et à la monnaie, les profils de personnalités en lien avec divers types d'emploi, les opinions politiques, l'engagement communautaire et social, l'intégration des populations immigrantes. Notons enfin que ces recherches ont aussi grandement contribué au développement d'instru-

-
4. Costa, P.T., et Widiger, T.A. (ed.) (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, D.C. : American Psychological Association.
 5. John, O.P., Robins, R.W., et Pervin, L.A. (ed.) (2008). *Handbook of personality: Theory and research*, 3^e édition. New York : Guilford.
 6. Kassir, S., Fein, S., et Markus, H.R. (2013). *Social psychology*. New York : Wadsworth Publishing.

ments de mesures sophistiqués, comme des questionnaires et des mesures d'observation du comportement. Qui plus est, le développement de ces instruments a été l'occasion de peaufiner les méthodologies de recherche pour toute la psychologie et les sciences sociales, par exemple en précisant les notions de validité et de fidélité des mesures. Ces recherches ont aussi contribué au développement de méthodes d'analyses statistiques, comme les fameuses analyses factorielles. En soi, ces recherches empiriques ont donc été très stimulantes et elles ont ouvert la voie à toutes sortes d'autres recherches dans tous les secteurs de la psychologie, voire dans l'ensemble des sciences sociales⁷.

Les théories catégorielles

Le deuxième type de théories de la personnalité est dit *catégoriel*. Ces théories ont été établies par d'autres chercheurs que ceux qui ont élaboré les théories dimensionnelles. En effet, les chercheurs des théories catégorielles sont généralement des chercheurs-cliniciens qui œuvrent non pas dans des universités ou des centres de recherches, mais surtout dans des cliniques, des hôpitaux et d'autres lieux de consultation où l'on intervient auprès de personnes souffrant de difficultés psychologiques. Un des objectifs de ces chercheurs-cliniciens est de bien circonscrire les problèmes, les déviations ou à tout le moins les aspects de la personnalité qui semblent contribuer aux difficultés psychologiques de leurs patients. Or, les traits de personnalité proposés par les théories dimensionnelles paraissent bien peu utiles à ces chercheurs-cliniciens, en bonne partie parce que les théories dimensionnelles ont été élaborées à partir d'échantillons populationnels normaux, et non à partir d'échantillons cliniques, soit de la population qui consulte en santé mentale. En fait, on a constaté que les phénomènes pathologiques qui intéressent les chercheurs-cliniciens sont traités comme des *données aberrantes*⁸ dans les théories dimensionnelles, donc comme des phénomènes qu'on laisse de côté. C'est pourquoi les chercheurs-cliniciens en sont venus à élaborer leurs propres théories de la personnalité. Ce faisant, ils ont mis en évidence non pas des *traits*, mais des *catégories* de personnalités, soit des

7. Barenbaum et Winter, 2008, *op. cit.*

8. Une donnée aberrante est une valeur inhabituellement élevée ou faible à l'intérieur d'un échantillon.

individus qui présentent des façons d'être qui peuvent entraîner des problèmes sérieux d'adaptation. Par exemple, on a observé qu'il existe des personnalités très rigides, ou encore d'autres très retirées de la vie sociale, ou très méfiantes, ou très agressives, ou très flamboyantes. Ajoutons enfin que, contrairement aux chercheurs des théories dimensionnelles, les chercheurs-cliniciens s'intéressent non pas tellement à des groupes ou à des populations (comme les chercheurs de théories dimensionnelles), mais d'abord à des personnes, des individus considérés un à un, dans leur identité, leur unicité et leur histoire. C'est seulement dans un second temps qu'ils tentent de dégager des ressemblances entre certaines de ces personnes, puis d'élaborer des catégories ou des groupes de personnes identifiées en fonction de leur personnalité.

Un des pionniers de ce type de théories, Wilhelm Reich, a distingué dans les années 1930 des personnalités schizoïde, masochiste, psychopathique et rigide. Mais, à l'heure actuelle, les deux théories catégorielles les plus connues sont certainement les nosographies des troubles de la personnalité de l'Association psychiatrique américaine (APA) d'une part, et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'autre part. Le premier organisme a conçu le célèbre DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) qui connaît régulièrement des révisions, la plus récente datant de 2013, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013⁹). Quant à l'OMS, elle propose la *Classification internationale des maladies* (ICD-10: International Classification of Diseases; Organisation mondiale de la santé, 1990¹⁰) dont une onzième version est en préparation. Nous reviendrons à ces nosographies quand il sera question de psychopathologie de la personnalité.

Les chercheurs dimensionnels et les chercheurs-cliniciens catégoriels ont travaillé de façon passablement indépendante les uns des autres. Il est donc normal qu'ils en soient arrivés à des théories bien différentes puisqu'ils observaient des personnes différentes et qu'ils poursuivaient des objectifs différents. Cependant, cette division entre chercheurs universitaires et chercheurs-cliniciens pose problème sur le plan

-
9. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
 10. Organisation mondiale de la santé (1990). *Classification internationale des maladies*. <http://www.who.int/classifications/en/>.

épistémologique : comment concevoir que la population normale et la population clinique donnent lieu à des théories si différentes alors que, dans les faits, il n'y a pas de séparation si tranchée entre ces deux populations. En effet, la normalité et la psychopathologie sont loin d'être des univers isolés l'un de l'autre ; au contraire, on observe fréquemment que des personnes ayant eu un fonctionnement normal et harmonieux puissent un jour éprouver des problèmes psychologiques assez importants, comme l'anxiété ou la dépression par exemple. À l'inverse, des personnes souffrant de difficultés parfois graves peuvent se rétablir avec l'aide ou non d'un professionnel en santé mentale. On observe d'ailleurs aujourd'hui que les difficultés psychologiques sont très fréquentes dans l'ensemble des sociétés, qu'elles touchent toutes les classes sociales et tous les milieux, et qu'elles constituent même une cause importante de maladie et d'absence au travail. Ainsi, au Canada, une personne sur cinq éprouvera un problème de santé mentale à un moment ou à un autre au cours de sa vie¹¹.

Cette division interne de la psychologie entre les théories dimensionnelles et les théories catégorielles est devenue de plus en plus problématique à la fin du XX^e siècle, car elle soulevait des questions, voire des doutes, quant à la valeur et à l'utilité de ces théories. Il fallait trouver une façon de concilier ces deux types de théories puisqu'il n'y a qu'une seule et même grande population humaine, qu'elle vive par moments des difficultés psychologiques ou non. Tant et si bien que, plus récemment, des chercheurs-cliniciens ont élaboré des théories dimensionnelles à partir de populations cliniques, c'est-à-dire qu'ils ont voulu déterminer leur propre ensemble de traits de personnalité à partir de groupes de personnes souffrant de problèmes psychologiques, afin de disposer d'un ensemble de traits dimensionnels qui leur soit utile dans l'évaluation et le traitement de leurs patients. Parmi ces chercheurs-cliniciens, on peut compter par exemple L.A. Clark qui propose 21 dimensions (comme la suicidabilité, le mépris de soi, l'impulsivité et la froideur émotionnelle) et J. Livesley qui a intégré les populations cliniques et normales dans sa théorie à 18 traits (comme le narcissisme, l'insécurité de l'attachement, l'opposition passive ou la suspicion), traits

11. Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, p. 30-31.

qui se regroupent en quatre facteurs : dérégulation émotionnelle, comportements dissociatifs, inhibition et compulsivité. Mentionnons enfin la théorie de R. Cloninger qui propose sept traits, soit trois reliés au caractère (direction de soi, coopération et transcendance) et quatre au tempérament¹² (recherche de nouveauté, évitement du déplaisir, dépendance à la récompense et persistance).

Les théories hybrides

Toujours en réaction au malaise persistant face à la division entre les théories dimensionnelles et catégorielles, d'autres chercheurs ont voulu établir des théories plus complètes et générales. Ces théories, dites *hybrides*, visent à définir un ensemble de traits qui, lorsqu'ils sont présents à un niveau très élevé, voire extrême, chez un individu, peuvent signaler ce qu'on appelle en clinique un trouble de la personnalité, soit une catégorie précise de personnes souffrant de difficultés psychologiques durables et envahissantes. Ces théories hybrides tentent donc d'intégrer des traits et des catégories en proposant des traits qui sont pertinents pour décrire la population normale (comme le perfectionnisme et la minutie par exemple), mais qui, lorsqu'ils sont présents de façon extrême ou très significative, peuvent entraîner des problèmes psychologiques qui se regroupent à l'intérieur de catégories ou être reliés à ces problèmes. Ainsi en serait-il par exemple du perfectionnisme : dans la population normale, chacun a un niveau X ou Y de perfectionnisme qui n'interfère normalement pas avec son fonctionnement. Cependant, chez certaines personnes appartenant à une catégorie de psychopathologie (dite trouble de la personnalité obsessionnel-compulsif), le perfectionnisme peut être si intense qu'il interfère avec le fonctionnement psychosocial, la personne étant par exemple incapable de finir quoi que ce soit parce que ce n'est jamais parfait à ses yeux et que seule la perfection est acceptable pour elle. Theodore Million est un des auteurs les plus connus de ce groupe. Il a mis au point une théorie hybride qui vise à expliquer la normalité et la pathologie. Elle comprend trois principales dimensions, qu'il nomme *polarités* : survie (douleur vs plaisir), adaptation (passif vs actif) et répli-

12. Le tempérament est l'ensemble des dispositions psychobiologiques innées qui sont à la base de la personnalité et de ses traits. Observable dès la naissance, il régule des processus fondamentaux comme l'affectivité, le niveau d'activité général, les capacités attentionnelles, l'autorégulation, etc. (Larsen et Buss, 2010, *op. cit.*).

cation (soi vs autrui), ainsi qu'une quinzaine de catégories de personnalités pathologiques¹³. Nous devons aussi mentionner les travaux de Widiger qui a proposé d'intégrer la théorie catégorielle des troubles de la personnalité du DSM et la théorie dimensionnelle des cinq facteurs¹⁴. Il observe, par exemple, que le trouble de personnalité schizoïde manifeste une forte introversion alliée à un faible névrotisme, ou encore que le trouble de personnalité histrionique manifeste un degré extrême d'extraversion.

Otto F. Kernberg est un autre de ces auteurs. Très actif dans le développement de traitements pour les troubles de personnalité, il propose une théorie hybride qui couvre la pathologie comme la normalité, axée principalement sur des perspectives psychodynamique¹⁵, développementale, tempéramentale et neuropsychologique. Sa théorie comprend des dimensions comme la constitution de l'identité (diffuse vs intégrée), les mécanismes de défenses (primitifs vs matures), la qualité du contact avec la réalité (détérioré vs normal), les relations d'objet¹⁶ et la moralité et le système de valeur. La théorie comprend aussi une quinzaine de troubles de la personnalité, comme les troubles limite de haut ou bas niveau, narcissique ou hystérique par exemple¹⁷.

Récemment on a vu la proposition d'une autre théorie hybride qui a fait beaucoup de bruit en psychologie comme en psychiatrie. En effet, dans la dernière édition du DSM (le DSM-5), l'Association psychiatrique américaine (APA, 2013¹⁸) a proposé une nouvelle façon de concevoir et d'évaluer les troubles de la personnalité. Jusque-là, la psychopathologie

13. Million, T. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York : Wiley.

14. Costa et Widiger, 1994, *op. cit.*

15. La psychologie clinique comprend plusieurs approches : psychodynamique, cognitive-comportementale, systémique, etc. L'approche psychodynamique s'intéresse en particulier aux conflits psychiques internes, soit les conflits entre des émotions, des désirs, des idéaux, etc. Ces conflits peuvent nuire au fonctionnement psychosocial de la personne, voire se manifester par différents symptômes psychologiques comme l'anxiété ou la dépression.

16. Les relations d'objets désignent l'ensemble des contenus mentaux structurés qui représentent les relations avec autrui. Ces contenus intègrent des dimensions affectives, somatiques, idéationnelles, motivationnelles, etc., et ils contrôlent tout le comportement interpersonnel, tant la compréhension des interactions que les actes, les attitudes et les sentiments qui en découlent.

17. Kernberg, O.F., et Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M.F. Lenzenweger et J.F. Clarkin (ed.), *Major theories of personality disorder*, 2^e édition, p. 114-156. New York : Guilford.

18. American Psychiatric association, 2013, *op. cit.*

de la personnalité était définie par un ensemble de catégories de troubles de la personnalité, la version précédente du DSM en comprenant 10 par exemple. Or, dans le DSM-5, on conserve ce système, mais on propose aussi un système alternatif hybride qui comprend six troubles de la personnalité (antisocial/psychopathe, évitant, limite, obsessionnel-compulsif, narcissique, schizotypique) ainsi que cinq traits de la personnalité et leurs facettes (qui sont des sous-composantes de chacun des traits): affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition, psychotisme. Au départ, ce nouveau système a soulevé une véritable polémique, beaucoup de cliniciens s'y opposant, le trouvant trop complexe, difficile à utiliser en clinique et pas assez soutenu par des études empiriques. Mais il demeure dans le DSM-5 comme une proposition très élaborée qui manifeste ce courant de théories hybrides qui est actuellement très fort en psychologie. Ce courant répond au besoin d'élaborer des théories unifiées et complètes qui prennent en considération tant les populations que les individus, tant les conditions pathologiques que les conditions de fonctionnement normal. De plus, ces théories hybrides visent à intégrer non seulement les théories dimensionnelles et catégorielles, mais aussi leurs multiples aspects: biologiques (la personnalité façonnée par l'évolution des espèces), neuropsychologiques (le fonctionnement et le développement du cerveau), psychologiques (les processus cognitifs et affectifs) et sociaux (les relations interpersonnelles et la vie sociale).

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ

Le développement de la personnalité de chacun d'entre nous au cours de notre enfance, de notre adolescence et même au cours de l'âge adulte, est une chose complexe sur laquelle de nombreux chercheurs travaillent depuis le début du XX^e siècle. En fait, il semble que dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres domaines de la science d'ailleurs, plus on en apprend sur les phénomènes qui nous intéressent, plus les choses se révèlent complexes, comme si l'on découvrait plus de choses à comprendre chaque fois qu'on arrive à comprendre quelque chose.

De tout ce foisonnement de recherches sur le développement de la personnalité, on peut aujourd'hui tirer quelques conclusions consensuelles. Ainsi, il semble bien qu'une partie significative des traits de la personnalité se développe sous l'influence de gènes, ces structures

organiques qui sont présentes dès la conception à l'intérieur de chacune de nos cellules et qui s'activent à certains moments du développement pour influencer tout l'organisme. L'action des gènes est complexe et difficile à circonscrire, particulièrement en psychologie. En effet, dans ce domaine, il n'y a guère de cas où une caractéristique donnée est déterminée par un seul ou encore un très petit nombre de gènes, comme cela peut s'observer pour certaines caractéristiques physiques (comme la couleur des yeux par exemple). Donc, quand le développement d'une caractéristique psychologique est influencé par des gènes (comme un trait de personnalité par exemple), c'est toujours par l'effet d'un ensemble de gènes nombreux et interliés, qui entrent en scène à certains moments du développement. Il semble également que la personnalité se développe aussi sous l'influence de ce qu'on appelle de façon synthétique « l'environnement », soit l'histoire particulière de chaque personne depuis sa conception : donc toute la période de développement intra-utérin, l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte. Les facteurs environnementaux sont physiques (alimentation, satisfaction des besoins corporels de base) et psychologiques et relationnels : les relations avec les parents et les proches, l'atmosphère relationnelle générale, les événements importants et significatifs pour la personne, les accomplissements et les réussites, les temps forts de la vie, mais aussi les pertes, les deuils, les épreuves, voire les traumatismes, et le passage de certains points tournants qui marquent tout développement normal, comme l'apprentissage du langage, l'entrée à l'école, la puberté, l'adolescence, etc.

À cela il faut ajouter que ces deux principaux facteurs, soit les gènes et l'environnement, sont toujours en complexe interaction bidirectionnelle et que c'est la combinaison dynamique de ces deux facteurs qui semble avoir le plus de répercussions sur le développement de la personnalité, et non un seul des deux pris isolément. On peut aujourd'hui parler de birectionnalité au sens où, comme le montrent les travaux récents en épigénétique¹⁹, l'environnement agit sur la façon dont les

19. L'épigénétique est la discipline qui étudie les mécanismes qui influencent l'activation des gènes et régulent leur expression. Rappelons que toutes les cellules d'un organisme contiennent les mêmes gènes, mais ce sont les mécanismes épigénétiques qui commandent quels gènes sont actifs dans chaque cellule et même quel rôle, voire quelle identité aura chaque cellule : cellule de la peau, des os, du cerveau (comme les neurones), etc. Des facteurs environnementaux complexes, tant psychologiques que physiques, ont été définis comme ayant un effet épigénétique, c'est-à-dire qu'ils influencent l'expression de certains gènes.

gènes entrent en action et façonnent le développement. Il semble que, si environ 50% du développement des traits de la personnalité est influencé par les gènes, ce pourcentage moyen varie entre 25% et 75% environ, compte tenu de l'interaction entre les gènes et l'environnement. Ainsi, un environnement familial donné pourra tempérer un trait de personnalité donné, alors qu'un autre environnement familial pourra l'exacerber. Par exemple, dans une famille où il y a des abus physiques et psychologiques ainsi que diverses formes de violence et d'instabilité, le trait de personnalité nommé « névrotisme » se développera davantage que dans une famille plus saine exempte de violence et d'abus. Le névrotisme est une tendance à l'anxiété, à la dépression, à l'insécurité, au mal-être psychologique. Il en va de même pour cet autre trait de personnalité qu'est l'agressivité: il s'agit d'une tendance profonde de l'être humain qui, lorsqu'elle est bien canalisée, soutient et rend possible l'affirmation de soi, la compétition avec les autres, le désir de se dépasser et la capacité de se défendre en cas de danger. Mais cette agressivité personnalologique risque d'être exacerbée par un environnement familial perturbé. Un trait de personnalité très fort ou exacerbé présente des caractéristiques bien observables en matière de seuil d'activation, de courbe d'activation, d'intensité et d'extinction. C'est-à-dire que le seuil d'activation de l'agressivité est abaissé (l'agressivité est déclenchée rapidement et avec peu d'agents déclencheurs), que le niveau d'agressivité s'élève rapidement (l'agressivité monte vite en flèche), qu'il peut atteindre des niveaux si intenses que la personne est envahie et en perte de contrôle, et que l'extinction de l'agressivité est longue et difficile (la personne demeure dans cet état de colère, de tension et d'irritation)²⁰.

LA PERSONNALITÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Normalité psychologique et psychopathologique

Ces propos nous amènent à revenir de façon plus précise sur une question fondamentale au cœur de presque tous les travaux en psychologie de la personnalité: peut-on vraiment parler de normalité et de pathologie à propos de la personnalité? Autrement dit, peut-on

20. Kruger, R.F., et Johnson, W. (2008). Behavioral genetics and personality. Dans O.P. John, R.W. Robins et L.A. Pervin (ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, 3^e édition, p. 287-310. New York: Guilford.

distinguer des psychopathologies qui touchent ou découlent de la personnalité et, si oui, quels sont les liens entre la personnalité et la santé et la maladie mentale? Cette question est complexe, d'abord parce qu'elle a des ramifications et des répercussions multiples : sociales, culturelles, historiques, etc. En effet, plusieurs auteurs ont craint et craignent encore, et parfois avec raison, que des critères de normalité ou de psychopathologie puissent inspirer des politiques ou des décisions gouvernementales, sociales ou économiques pouvant porter préjudice à certains groupes. De plus, les liens entre personnalité et psychopathologie sont complexes et multidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils vont dans plusieurs directions et qu'ils sont toujours l'objet de travaux de recherche importants.

Commençons cette réflexion en nous demandant ce que sont la santé et la maladie en psychologie. Autrement dit, comment distinguer ce qui est normal de ce qui est pathologique sur le plan psychologique? De multiples définitions ont été formulées. Certains ont proposé de définir la psychopathologie comme l'ensemble des comportements qui sont rares, exceptionnels ou qui dévient significativement des normes de la société. Mais les sociétés changent, elles évoluent dans le temps et en plus elles diffèrent sensiblement d'une culture à l'autre, voire d'une région du monde à l'autre. Or une maladie, qu'elle soit psychologique ou physique, ne peut pas varier ainsi dans le temps ou l'espace, elle doit avoir une certaine stabilité. Par exemple, l'homosexualité, qui a déjà été catégorisée comme une psychopathologie et une pathologie sexuelle, est aujourd'hui mieux acceptée socialement et elle ne fait plus partie des diagnostics psychologiques ou psychiatriques.

Une autre définition de la psychopathologie proposait de s'en tenir à l'évaluation subjective de l'individu : celui qui est malade psychologiquement est celui qui se dit souffrant, celui qui se plaint d'éprouver des difficultés psychologiques. Cette définition a aussi un grave problème, à savoir que certains comportements ou diverses attitudes peuvent ne pas être une source de souffrance importante pour la personne, bien que ces comportements doivent de façon évidente être tenus comme pathologiques en raison notamment de leurs effets psychosociaux très nocifs. Il en est ainsi par exemple de la pédophilie et d'autres formes de violence ou d'abus qui peuvent être perpétrés par des personnes sans que celles-ci éprouvent un véritable sentiment de culpabilité, ni de réelle souffrance

psychologique, bien que les victimes de ces actes en souffrent profondément ; on ne saurait donc exclure de tels comportements d'une nosographie de psychopathologie, en raison des conséquences qu'ils ont sur les victimes et leur entourage.

Finalement, aujourd'hui on propose généralement une définition multidimensionnelle de la santé psychologique : il s'agit d'une condition multifactorielle où la personne fait preuve d'un fonctionnement flexible et harmonieux pour elle, ses proches et son environnement social, et où la personne a l'impression de s'épanouir, bien qu'à l'occasion, et selon des circonstances difficiles, elle puisse vivre une certaine souffrance psychologique liée à ces circonstances. La psychopathologie peut alors être comprise comme étant une condition où la personne ressent une souffrance psychologique ou éprouve des difficultés significatives sur le plan psychologique (pensées, émotions, agissements, attitudes, etc.) qui interfèrent avec son sentiment de bien-être ou la réalisation de son potentiel et l'épanouissement de la personnalité, ou entraînent des difficultés et de la souffrance chez ses proches. Mentionnons que, chez l'adulte, les conditions psychopathologiques les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), les troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, trouble de stress post-traumatique, obsessions et compulsions), les troubles d'adaptation (troubles de l'humeur anxio-dépressifs), les troubles liés au corps (troubles psychosomatiques, troubles de l'alimentation et du sommeil), les dépendances (à l'alcool, aux drogues, au jeu) et les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles délirants)²¹.

La personnalité et la psychopathologie

Mais qu'en est-il de la personnalité et de son rôle dans la santé et la psychopathologie ? Existe-t-il des personnalités pathologiques en soi ? Certaines personnalités sont-elles liées à des psychopathologies, ou même constituent-elles des facteurs de risque de certaines psychopathologies ? La première chose qu'on peut dire est que la psychopathologie s'insère toujours dans la personnalité et qu'elle affecte son fonctionnement. En effet, lorsqu'une personne souffre d'une psychopathologie,

21. Hansell, J., et Damour, L. (2008). *Abnormal psychology*, 2^e édition. New York : Wiley.

une part significative de ses comportements, de ses attitudes et de son fonctionnement psychosocial est modifiée ; la psychopathologie s'intègre donc toujours plus ou moins profondément dans la personnalité et son fonctionnement général. Par exemple, une personne qui souffre de dépression peut devenir presque méconnaissable, car, bien qu'elle soit reconnue pour être généralement très active, extravertie et dynamique, elle deviendra alors apathique, sans énergie et sans motivation.

Il y a aussi un lien dans la direction opposée entre la personnalité et la psychopathologie, puisque la personnalité influence la façon dont une difficulté psychologique est vécue. Par exemple, une personne qui est déjà, de par sa personnalité, très instable, changeante et impulsive pourra vivre un moment de stress avec plus d'anxiété et un besoin plus intense d'être prise en charge qu'une autre personne plus stable, plus autonome et moins impulsive.

Les troubles de la personnalité

Outre ces relations entre la psychopathologie et la personnalité, il faut aussi considérer que, chez certaines personnes, c'est la personnalité même et son expression comportementale qui semblent poser problème. D'où la notion de *troubles de personnalité*, soit d'une pathologie qui concerne le fonctionnement même de la personnalité. Cette idée de personnalité pathologique est présente depuis longtemps en psychologie, en psychiatrie et en psychanalyse. Rappelons que la personnalité décrit l'ensemble du fonctionnement habituel d'une personne, soit sa façon habituelle de penser, de s'émouvoir, d'être en relation avec les autres, etc. C'est donc dire qu'un trouble de personnalité affecte dans son ensemble le fonctionnement habituel d'une personne, mais de telle façon que ce fonctionnement présente des particularités récurrentes qui entraînent une souffrance psychologique, de la rigidité et des difficultés d'adaptation et d'épanouissement chez la personne, ainsi que des conséquences négatives dans son entourage. Par ailleurs, on observe que les troubles de la personnalité sont durables, qu'ils apparaissent peu à peu durant l'enfance et l'adolescence et se stabilisent au début de l'âge adulte pour ensuite rester assez stables, surtout sur le plan du fonctionnement

général et psychosocial^{22,23}. Ils affectent tous les aspects de la vie psychologique, autant la vie intérieure de la personne, soit ses sensations, ses pensées, ses sentiments, ses émotions, etc., que sa vie relationnelle, ses interactions avec ses proches ou les relations sociales en général. Enfin, ces troubles affectent toutes les sphères du fonctionnement psychosocial, c'est-à-dire le fonctionnement de la personne dans sa famille, dans son groupe d'amis et de pairs, au travail, dans ses loisirs, dans ses temps libres, dans ses engagements communautaires, etc.²⁴

Un trouble de la personnalité désigne donc une condition où la personnalité présente un fonctionnement général qui interfère de façon significative avec son bien-être et son épanouissement, et ce à peu près sur tous les plans de sa vie, et de façon durable, et dans pratiquement toutes les situations. Les deux grandes nosographies de santé mentale que sont le DSM-5 et le ICD-10 comprennent essentiellement le même ensemble d'une dizaine de troubles de la personnalité: limite, narcissique, antisocial, dépendant, histrionique, évitant, schizoïde, schizotypique, paranoïde, obsessionnel-compulsif. Il y a consensus aussi tant chez les chercheurs que chez les cliniciens à propos de l'idée que les troubles de la personnalité entraînent toujours des perturbations marquées, voire graves, de l'identité et des relations interpersonnelles²⁵. Quelques-uns de nos travaux de recherche ont d'ailleurs été l'occasion d'observer la place centrale qu'occupent l'identité et les relations interpersonnelles dans la personnalité normale et pathologique²⁶. L'identité concerne la façon de se définir, de se comprendre, de comprendre ses comportements

-
22. On a observé des taux assez élevés de rémission spontanée de certains symptômes précis dans des études longitudinales récentes, c'est-à-dire qu'avec le temps certains symptômes diminuent parfois de façon importante. Mais cela n'empêche pas que les difficultés relationnelles, de fonctionnement et d'engagement dans la vie sociale sont généralement compromises de façon durable en présence de troubles de la personnalité.
 23. Morey, L.C., et Meyer, J.K. (2012). Course of personality disorders. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 275-295. New York: Oxford University Press.
 24. Torgersen, S. (2012). Epidemiology. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 186-205. New York: Oxford University Press.
 25. Skodol, A.E. (2012). Diagnosis and DSM-5: Work in progress. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 35-57. New York: Oxford University Press.
 26. Diguier, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J.P., Hébert, É., Daoust, J.P., Pelletier, S., Scullion, M., et Descôteaux, J. (2001). The CCRT of Psychotic, Borderline and Neurotic Personality Organizations, *Psychotherapy Research*, 11, p. 159-183; Diguier, L., Pelletier, S., Rousseau, J.P., Descôteaux, J., Hébert, É., et Daoust, J.P. (2004). Personality Organizations and Self and Object Representations, and Psychiatric Severity, *Psychoanalytic Psychology*, 21, 259-275.

et ses émotions, de définir des objectifs et de s'engager à les atteindre, et de donner une direction à sa vie. Les relations interpersonnelles concernent toute la sphère sociale, la façon de vivre ses relations, de les comprendre et de les réguler. On pense ici aux relations avec les pairs, les amis, les collègues, la société en général et le rôle et la place que chacun occupe dans sa société et son entourage ; à cela ajoutons, bien sûr, toutes les relations plus intimes, les relations d'attachement et de proximité, etc. Bref, on peut dire qu'un trouble de la personnalité affecte principalement les relations à soi et à autrui, et l'on ne s'étonnera donc pas que ce type de psychopathologie ait des répercussions importantes et prolongées sur la vie de ceux et celles qui en souffrent²⁷.

La prévalence des troubles de la personnalité est assez élevée dans les sociétés occidentales, car on estime que 10,5 % des personnes présentent un ou plusieurs de ces troubles. Pour ce qui est de la population clinique, c'est-à-dire le groupe de personnes qui consultent un professionnel pour un problème de santé mentale, on observe une fréquence très élevée, soit entre 65 % et 77 % selon les études. En général, on observe peu de différences entre hommes et femmes, bien que certains troubles aient tendance à être plus présents chez les hommes (les troubles plus liés à de l'agressivité, au détachement et à l'affirmation de soi) alors que d'autres le sont plus chez les femmes (les troubles liés à l'insécurité et aux difficultés émotionnelles). Notons aussi que les troubles de la personnalité sont très souvent présents en conjonction avec d'autres psychopathologies (on parle alors de *comorbidité*) comme les troubles de l'humeur (dépression), les troubles anxieux (anxiété généralisée), des troubles de dépendances aux substances (alcool, drogues, cyberdépendance, etc.) et les troubles liés au corps et à la nutrition (boulimie, anorexie)²⁸. En fait, la comorbidité est plutôt la norme et le plus souvent les troubles de personnalité sont accompagnés de troubles anxieux ou dépressifs, ou encore de problèmes de consommation de substances. De plus, les troubles de la personnalité interfèrent

27. Skodol, 2012, *op. cit.*

28. Torgersen, 2012, *op. cit.*

avec le traitement psychologique et pharmacologique des autres psychopathologies, souvent en allongeant ou en complexifiant le traitement^{29,30}.

Le traitement et les troubles de personnalité

Deux grandes avenues de traitement sont actuellement disponibles. L'avenue pharmacologique permet essentiellement de traiter les symptômes ou les manifestations secondaires qui découlent des troubles de la personnalité, comme les symptômes dépressifs ou anxieux, les comportements impulsifs, les fortes variations d'humeur et les symptômes psychotiques. Les études précises sur l'effet des médicaments sont encore peu nombreuses et font état d'une efficacité plutôt instable et loin d'être précise³¹. Cela paraît normal compte tenu du fait que les médicaments n'agissent pas vraiment sur le cœur de la pathologie de la personnalité, soit les processus psychologiques et sociaux complexes impliqués dans les relations à soi et à autrui.

L'autre avenue thérapeutique est la psychothérapie. Plusieurs protocoles de traitement ont été développés et validés empiriquement au cours des vingt dernières années, les plus importants étant la thérapie focalisée sur le transfert d'O. Kernberg³², la thérapie dialectique comportementale³³, la thérapie de la mentalisation³⁴, ainsi que la thérapie des schémas³⁵. Les études récentes montrent que ces protocoles ont une réelle efficacité, qu'ils ont des effets durables sur les symptômes et qu'ils

-
29. Diguier, L., Barber, J.P., et Luborsky, L. (1993). Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1246-1248.
 30. Links, P.S., Ansari, J.Y., Fazalulasha, F., et Shah, R. (2012). The relationship of personality disorders and Axis I clinical disorders. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 237-259. New York : Oxford University Press.
 31. Silk, K.R., et Feurino III, L. (2012). Pharmacology of personality disorders. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 713-726. New York : Oxford University Press.
 32. Clarkin, J.F., Yeomans, F., et Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy of Borderline Personality Focusing on Object Relations*. Washington : APA.
 33. Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York : Guilford.
 34. Bateman, A.W., et Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 767-784. New York : Oxford University Press.
 35. Young, J.E., Klosko, J., et Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy : A practioner's guide*. New York : Guilford.

entraînent une nette amélioration du fonctionnement psychosocial et personnel^{36,37}. Chacun de ces protocoles de psychothérapie se distingue par la façon dont il conçoit précisément les troubles de la personnalité ainsi que par les modalités de traitement qu'il met en place. Ainsi, la thérapie focalisée sur le transfert conçoit les troubles de la personnalité comme le résultat d'un développement psychologique particulier qui, entre autres, se caractérise par la continuation au-delà de l'enfance de mécanismes psychologiques peu adaptés à la réalité complexe de la vie adulte³⁸. Ces mécanismes, dits mécanismes de défense, comme le clivage³⁹ par exemple, sont normaux et adaptatifs durant l'enfance ou en situation d'urgence ou de crise chez l'adulte, mais, lorsqu'ils sont utilisés de façon habituelle chez l'adulte dans sa vie normale, ils perturbent de façon sérieuse l'identité et les relations interpersonnelles, soit les deux dimensions reconnues comme étant au cœur des troubles de la personnalité. Les symptômes et les problèmes relationnels des troubles de la personnalité sont dès lors compris comme des manifestations de ces perturbations de l'identité et des relations à autrui. Plus précisément, tout enfant en bas âge vit deux grands types d'expériences. D'une part, celles où il n'éprouve pas une émotion très intense, où il n'est ni très heureux, très excité, triste ou en colère. Ces expériences de calme intérieur et de sécurité permettent à l'enfant de découvrir le monde, d'interagir de façon harmonieuse avec son entourage et de se développer normalement. L'autre type d'expériences est caractérisé par des émotions très intenses, soit positives (excitation, grande joie, etc.) ou négatives (angoisse, agressivité, etc.) qui envahissent toute sa conscience et son attention. Ces expériences très intenses tendent à se regrouper dans l'esprit du jeune enfant en deux grands groupes, soit les états positifs et les états négatifs. Ces états marquent profondément l'identité ainsi que la perception d'autrui. Normalement, au cours du développement normal,

36. Leichsenring, F. (2010). Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: A review. Dans J.F. Clarkin, P. Fonagy et G. Gabbard (ed.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook* (p. 421-438). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

37. Lynch, T.R., et Cuper, P.F. (2012). Dialectical behavior therapy for borderline and other personality disorders. Dans T.A. Widiger (ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, p. 785-796. New York: Oxford University Press.

38. Clarkin et collab, 2005, *op. cit.*

39. Sous l'action du clivage, la personne élabore des conceptions de soi et des autres qui sont extrêmes et simplistes, comme en blanc ou en noir, et sans nuances.

l'enfant et l'adolescent arrivent peu à peu à intégrer ces deux types d'états et, ainsi, les perceptions de soi et des autres deviennent de plus en plus réalistes et nuancées. Cependant, quand les expériences intenses et négatives sont très importantes, très fortes et très nombreuses (comme cela s'observe souvent dans des milieux de carence ou d'abus entre autres), l'enfant ne peut vraiment les intégrer, ce qui entraîne une perturbation du sens de sa propre identité et de ses perceptions d'autrui. Cette configuration, si elle perdure à l'âge adulte, affecte profondément la personnalité, elle modifie la trajectoire de développement psychologique et l'oriente vers un trouble de la personnalité à l'âge adulte⁴⁰. Conséquemment, cette thérapie psychodynamique a pour objectif d'aider le patient à intégrer ses expériences émotionnelles très intenses par leur activation dans la relation avec le thérapeute, ce qui favorise le développement de son identité et de ses perceptions d'autrui, lesquelles deviennent plus complexes, nuancées et réalistes. Cette évolution s'accompagne d'une diminution des symptômes et d'une amélioration significative de la qualité de vie du patient.

TENDANCES ACTUELLES ET EN DÉVELOPPEMENT

On observe actuellement plusieurs mouvements d'intégration et de convergence en psychologie de la personnalité, les chercheurs déployant de nombreux efforts pour consolider les principales théories en les validant mieux empiriquement et en les enrichissant, soit en y ajoutant des dimensions, soit en les rapprochant pour former des théories plus complètes, plus générales et plus inclusives de divers phénomènes psychologiques. Un de ces mouvements concerne évidemment l'intégration de la psychologie clinique et de la psychologie sociale de la personnalité, intégration déjà manifeste dans de nombreux travaux comme ceux de Widiger, Cloninger et Livesley, mais aussi dans la dernière édition du DSM. On ne saurait voir perdurer le clivage entre les deux populations normales et cliniques. Un autre mouvement d'intégration très fort rapproche toute la psychologie de la personnalité (normale et pathologique) et la neuropsychologie ou, plus globalement, ce qu'on appelle aujourd'hui les neurosciences. Les nouvelles techniques d'exploration du cerveau, dont l'imagerie mentale fonctionnelle,

40. Kernberg et Caligor, 2005, *op. cit.*

permettent mieux que jamais d'étudier la structure et le fonctionnement du cerveau et d'aborder de façon inédite des questions très anciennes sur les liens entre le cerveau et l'esprit humain. Mentionnons ici seulement deux auteurs très influents, A. Shore⁴¹ et J. Panksepp⁴², qui sont typiques de ce que l'on appelle aujourd'hui les neurosciences sociales et affectives. Un autre mouvement d'intégration s'observe du côté de la psychologie comparée et évolutive, soit ce champ de recherches qui s'intéresse aux phénomènes psychologiques et sociaux à partir d'une perspective centrée sur l'évolution des espèces. Ainsi les phénomènes liés à la personnalité sont abordés chez les humains, mais aussi chez les autres animaux (dont les mammifères, qui sont nos proches parents) afin de mieux comprendre les mécanismes biologiques, cérébraux et éthologiques qui façonnent notre existence (voir les travaux de D. Buss⁴³ ou D. Geary⁴⁴ par exemple).

LECTURES SUGGÉRÉES

Le lecteur intéressé à en connaître plus à propos de la thérapie focalisée sur le transfert pourra consulter les articles en français publiés dans un dossier de la revue *Santé mentale au Québec* paru en 2008 (volume 33, numéro 1) par notre groupe de chercheurs-cliniciens de l'École de psychologie de l'Université Laval qui est associé à l'équipe d'Otto Kernberg qui a mis au point ce traitement. Il pourra aussi lire une étude de cas parue dans L. Diguier (2005), «Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite», *L'Évolution psychiatrique*, 70, 649-661.

-
41. Schore, A.N. (1999). *Affect regulation and the origin of the self : The neurobiology of emotional development*. New York: Psychology Press.
 42. Panksepp, J. et Biven, L. (2012). *The archeology of mind*. New York: Norton.
 43. Buss, D. (2013). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*, 4^e édition. New York: Pearson.
 44. Geary, D. (2009). *Male, female: The evolution of human sex differences*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Chapitre 2

Les rêves au quotidien : reflet de notre personnalité et santé psychique

*Célyne H. Bastien, Jérémie Lefrançois, Patrick St-Hilaire,
Alexandra D. Pérusse, Christine Rancourt et Maude Pedneault-Drolet¹*

Depuis la nuit des temps, l'humain est fasciné par les rêves et surtout par sa propre activité onirique. Nos ancêtres ont accordé énormément d'importance aux rêves et ceux-ci ont souvent joué un rôle de premier plan dans le développement des sociétés modernes. En effet, l'histoire rapporte qu'un très grand nombre de décisions politiques et militaires ont été prises à la suite de rêves soi-disant révélateurs de la volonté des dieux. Chez les Grecs et les Égyptiens, des temples d'incubation ont été érigés afin de permettre aux gens de trouver des réponses à des questions existentielles par l'étude et l'interprétation de leurs rêves. Aristote, ce grand philosophe grec, par sa façon d'analyser le monde, a cependant suggéré que le rêve était constitué de résidus d'expériences passées, donc qu'il n'avait aucune origine divine ni ne pouvait nous éclairer sur les gestes à faire dans la vie quotidienne. Dans la même veine, du côté des Romains, les rêves de Néron (ce matricide et incendiaire reconnu) étaient tellement lugubres qu'on ne jugeait pas bon de leur accorder de l'importance. Cependant, pour les chrétiens, les rêves ont été salutaires puisque c'est à la suite d'un de ceux-ci que Joseph a épousé Marie et que cette dernière a ensuite demandé à fuir en Égypte.

L'histoire indique également qu'au Moyen Âge les rêves étaient considérés comme un moyen d'entrer en communication avec Dieu ou étaient un signe d'hérésie, et ce selon leurs contenus. Seul un prêtre

1. Un immense merci à Anaïs Brerat pour la lecture du texte.

pouvait déterminer la vraie « nature » du rêve. Un rêve à contenu sexuel pouvait entraîner des châtiments corporels importants, pouvant mener à la mort dans certains cas. Au début du XX^e siècle, Freud attribuait au rêve le rôle de gardien du sommeil et mentionnait que le rêve était le produit de notre inconscient. De nos jours, contrairement aux croyances véhiculées que ce n'est pas tout le monde qui rêve ou encore qu'un rêve ne dure que 30 secondes, le rêve ne signifie rien pour plusieurs d'entre nous alors qu'il influence la vie quotidienne de plusieurs autres. Après tout, nous savons aujourd'hui que près de 5 rêves sur 7 sont à teneur négative ou encore suscitent des émotions négatives. Pour beaucoup d'entre nous, malgré la bizarrerie, la complexité et même le manque total de sens de nos rêves, s'en détacher au réveil peut parfois être difficile, surtout à cause des sentiments suscités par ceux-ci. De plus, puisque certains rêves sont récurrents, le questionnement à propos de leur sens n'en est que plus présent.

Dans ce chapitre, nous brosserons un portrait de l'état de nos connaissances en regard du rêve. Nous explorerons ensemble ce qu'est un rêve et le moment où il survient pendant la nuit, son lien avec la personnalité du rêveur et avec certaines psychopathologies et son utilité dans un cheminement personnel, que ce soit en thérapie ou non.

DÉFINITION DU RÊVE

La définition du rêve, au sens large, est la suivante: toute activité mentale qui se produit durant le sommeil. Il peut être agréable ou carrément effrayant, comme dans le cas du cauchemar. Plusieurs types de rêves existent; le tableau 2.1 en fournit un résumé.

TABLEAU 2.1
Description des types de rêves et le moment où ils surviennent
lors du sommeil

Type	Moment de la nuit	Description
Rêverie hypnagogique	Endormissement	Hallucinations auditives, visuelles ou kinesthésiques (ex. : se trouver au bord d'un précipice ou y tomber).
L'activité réflexive	Sommeil profond	Pensées, images isolées
Terreurs nocturnes	Sommeil profond	Épisodes très courts de panique parfois accompagnés de contenu mental imagé, mais peu développé.
Rêves classiques	Sommeil léger et sommeil paradoxal	Imagerie visuelle intense, un ou plusieurs scénarios avec des personnages, des interactions, des émotions.
Rêves lucides	Sommeil paradoxal	Imagerie visuelle très intense. Pendant ce rêve, le rêveur prend conscience de rêver et peut même contrôler son rêve.
Cauchemars	Sommeil paradoxal	Rêves complexes à contenu très anxiogène.
Rêverie hypnopompique	Réveil matinal	Imagerie difficile à distinguer de celle en sommeil.

Tel que mentionné auparavant, nous rêvons toutes les nuits et chacun d'entre nous peut expérimenter tous les types de rêves présentés dans le tableau précédent. Alors que certains rêves se produisent avant le sommeil ou au réveil matinal, les autres surviennent dans les différents stades de sommeil, en particulier lors du sommeil paradoxal. La prochaine section est consacrée à la présentation de ce stade de sommeil où l'activité onirique est souvent très intense.

LE SOMMEIL PARADOXAL

Le sommeil paradoxal est le cinquième et dernier stade d'un cycle de sommeil (la durée approximative d'un cycle est de 90 à 100 minutes). Le sommeil paradoxal constitue généralement 20% à 25% du temps total de sommeil, réparti en plusieurs périodes pendant la nuit. Chez l'adulte, la nuit de sommeil habituelle (8 heures environ) comportera 4 à 5 périodes de sommeil paradoxal, avec une durée plus courte en début

de nuit qui augmentera graduellement avec chaque cycle de sommeil subséquent, jusqu'à l'éveil. Le sommeil paradoxal, qui se produit à la suite de la passation en stade deux et qui survient habituellement après les stades de sommeil profond (stades 3 et 4), correspond à la période où se manifestent les rêves les plus vifs et étranges et les plus susceptibles d'être rappelés à l'éveil. En effet, le taux de rappel du contenu onirique chez les individus réveillés pendant ce stade est de 80 %, comparativement à plus ou moins 40 % pour les autres stades de sommeil. C'est pourquoi le sommeil paradoxal est souvent appelé, à tort, « le sommeil de rêves ».

Le sommeil paradoxal tient son nom du paradoxe constitué par le fait que, même durant le sommeil, le cerveau montre des signes semblables à ceux qui sont observés lors de l'éveil alors que le tonus musculaire est quasi absent². En effet, l'activité motrice commandée par le cerveau est inhibée, ce qui entraîne une atonie musculaire pour l'ensemble du corps (sauf pour les yeux). Sans cette atonie, l'imagerie mentale active serait reproduite et nous « agirions » alors nos rêves. Les fonctions essentielles telles que la respiration et le rythme cardiaque sont évidemment préservées au cours du sommeil paradoxal et tendent à augmenter de manière irrégulière, selon le contenu du rêve. De plus, lors de ce stade de sommeil, chez l'homme comme chez la femme, indépendamment du contenu du rêve, il n'est pas rare que les organes génitaux se gorgent de sang. Chez l'homme, cet afflux sanguin est visible par l'érection qui s'accompagne parfois d'une émission nocturne (l'éjaculation).

Rôles du sommeil paradoxal

Il n'y a pas de consensus au sein de la communauté scientifique à propos des rôles précis que joue le sommeil paradoxal. Cependant, plusieurs hypothèses ont été avancées. Entre autres, le sommeil paradoxal favoriserait l'intégration et la consolidation des souvenirs. En effet, il semble que la privation de sommeil paradoxal affecte la capacité d'apprentissage. Par ailleurs, un apprentissage intense durant la vie diurne semble augmenter la durée de ce stade de sommeil. Bref, ce stade permettrait de conserver l'information pertinente et d'éliminer celle qui

2. Ces signes sont révélés par la faible amplitude et le rythme rapide des ondes électriques qui peuvent être prélevées sur le dessus de la tête à l'aide d'électrodes.

n'est pas pertinente. Toutefois, plusieurs études mènent à des résultats contradictoires, rendant ambiguë la relation entre le sommeil paradoxal et l'apprentissage. Ainsi, l'apprentissage ne serait ni l'unique ni même la principale fonction qu'assure le sommeil paradoxal.

Des hypothèses ont également été avancées concernant le lien entre la consolidation de la mémoire et les rêves. Effectivement, plusieurs régions du cerveau semblent être activées lors du sommeil paradoxal. Notamment, une activité accrue, observée dans les régions associatives du cortex (régions du cerveau impliquées dans l'intégration de l'information), serait liée au thème du rêve. Une activation importante s'observe dans les régions limbiques, impliquées dans le traitement émotionnel, et les régions hippocampiques, en lien avec la consolidation des apprentissages en mémoire. L'activation concomitante de ces deux régions pourrait être expliquée par le fait que les rêves, lors du sommeil paradoxal, permettraient l'élaboration de nouveaux contenus en mémoire et que cette élaboration serait guidée par l'émotion. En d'autres termes, la mémoire s'organiserait selon ce qui est émotionnellement important pour l'individu.

FRÉQUENCE DE RAPPEL ET CONTENU DES RÊVES

Pourquoi certaines personnes se souviennent-elles davantage de leurs rêves? Pourquoi y a-t-il des nuits où nous rêvons énormément alors que, parfois, nous avons l'impression de ne pas avoir rêvé du tout? Pourquoi nos rêves sont-ils quelquefois très bizarres et intenses et d'autres fois sont-ils monotones? Voilà des questions auxquelles il est parfois difficile d'obtenir des réponses claires et qui constituent des sources d'interrogation pour la plupart des gens. Vous trouverez, dans les pages suivantes, des réponses à la majorité de vos questions concernant la fréquence de rappel des rêves ainsi que leur contenu.

Fréquence de rappel

Avant tout, il est essentiel de savoir que les processus de mémoire qui sont mis en jeu lorsque nous tentons de retenir de nouvelles informations constituent la base du rappel des rêves, de la même manière qu'ils sont indispensables au rappel de nos souvenirs personnels. En effet, pour être en mesure de se remémorer un rêve, ce dernier doit

laisser une trace suffisamment importante dans la mémoire à court terme³, pour ensuite être transféré dans la mémoire à long terme⁴. C'est ce transfert dans la mémoire à long terme qui nous permet de raconter, le lendemain, un rêve fait pendant la nuit. L'efficacité du processus de transfert du rêve entre les deux types de mémoire dépend de deux facteurs: le niveau d'activation et le degré de distraction.

Un niveau d'activation élevé se traduit par des éveils plus fréquents pendant la nuit, permettant ainsi d'assurer un transfert adéquat dans la mémoire à long terme des informations relatives au rêve. Donc, lorsqu'il y a un éveil à la suite d'un rêve, celui-ci sera transféré de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme plus aisément, son rappel s'en trouvant facilité. Il est probable que, plus une personne a des éveils nocturnes, plus elle est susceptible de se souvenir de ses rêves le lendemain. En revanche, l'absence d'éveil à la suite d'un rêve rend le rappel de ce dernier beaucoup plus difficile puisque plusieurs distractions, notamment la présence d'autres rêves, peuvent perturber et altérer les processus de transfert. À cet égard, un faible nombre d'éveils pendant la nuit diminue les chances de se rappeler ses rêves le lendemain.

Cependant, le niveau d'activation et le degré de distraction ne sont pas les deux seuls éléments contribuant au transfert du rêve de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme. Le contenu du rêve, particulièrement la charge émotive y étant associée, influence grandement ce processus mnésique. En effet, des rêves à charge émotive modérée seront plus facilement transférés en mémoire à long terme, alors qu'au contraire des rêves à faible teneur émotive ou contenant des émotions trop intenses seront plus ardues à rappeler. Cette difficulté à se remémorer des rêves trop chargés émotivement serait causée par un mécanisme de répression généré inconsciemment (ou involontairement) nous empêchant de récupérer des souvenirs qui pourraient être trop douloureux. Finalement, le dernier aspect ayant une influence sur le rappel des rêves est la vivacité de ceux-ci. À cet égard, nous nous souvenons plus facilement des rêves vivants et intéressants que des rêves monotones et statiques. La présence de couleurs dans les rêves facilite également le rappel de ces derniers.

3. Mémoire à court terme: mémoire qui permet de retenir et de réutiliser une quantité limitée d'informations pendant un temps relativement court (£ 30 secondes).

4. Mémoire à long terme: mémoire au sens normal du terme.

Tel qu'il est possible de le constater, les processus de mémoire jouent un rôle central dans la fréquence de rappel des rêves, mais il ne faudrait pas oublier que l'intérêt du dormeur pour ses rêves et sa motivation à s'en souvenir jouent également un rôle capital. Dans cet ordre d'idées, les individus portant un grand intérêt à leurs rêves s'en souviennent beaucoup plus aisément que ceux pour qui ce n'est pas le cas. Certaines méthodes, comme tenir un journal de rêves quotidiennement ou encore suivre une psychothérapie afin d'explorer ses rêves, sont efficaces pour augmenter la fréquence de rappel des rêves. Vous trouverez une démarche pour vous créer votre journal de rêves à la fin de ce chapitre.

Contenu

Un autre aspect des rêves qui suscite encore plus d'interrogations que la fréquence de rappel de ces derniers est leur contenu. Ainsi, plusieurs théories ont été élaborées afin de tenter d'analyser le contenu des rêves. Les deux théories ayant reçu le plus d'appuis empiriques sont présentées ci-dessous.

D'une part, il y a la théorie de la compensation qui stipule que la majorité des rêves ont une fonction compensatoire, c'est-à-dire que leur contenu est souvent complémentaire à la vie éveillée ou encore qu'il représente un aspect diamétralement opposé à l'état diurne. En d'autres mots, les rêves constituent une manière pour les individus de vivre des expériences ou des sensations qu'ils n'auront jamais l'occasion d'expérimenter lorsqu'ils sont éveillés. D'autre part, il y a la théorie de la continuité – la plus populaire – qui stipule que les rêves sont une poursuite de la vie éveillée. En effet, selon cette théorie, les rêves reflètent le style de vie du rêveur et, dans ceux-ci, on peut trouver des solutions aux problèmes vécus au cours de la journée. Bref, les éléments présents dans le rêve peuvent être reliés à des aspects de l'état diurne ainsi qu'à des variables psychologiques (ex. : sentiments, comportements) de la personne.

Alors pourquoi certains événements ou éléments sont-ils incorporés dans les rêves tandis que d'autres ne le sont pas? Les sources du rêve sont nombreuses et l'incorporation d'éléments leur étant liés est parfois très claire, parfois plus implicite. Par conséquent, une interprétation des éléments présents dans le rêve s'avère parfois nécessaire. Tout d'abord, les événements vécus la veille peuvent être incorporés dans les rêves des

nuits suivantes. Les événements marquants et stressants de la journée se retrouvent davantage dans les rêves que les événements moins significatifs. En effet, des situations inhabituelles, comme dormir dans un laboratoire étudiant le sommeil, entraînent, en général, des incorporations dans les rêves d'éléments tels que l'environnement du laboratoire, les électrodes, les membres du personnel, etc. De la même manière, les éléments d'un film d'horreur visionné en soirée ont une plus grande probabilité de se retrouver dans les rêves que ceux d'une comédie. Des événements vécus il y a quelques décennies sont également susceptibles d'être incorporés dans les rêves. En règle générale, les événements récents sont incorporés dans les rêves se déroulant en début de nuit alors que ceux du passé sont davantage présents dans les rêves de fin de nuit.

Ce ne sont pas seulement des éléments se déroulant au cours de la vie éveillée qui peuvent être incorporés dans les rêves, mais également les stimulations vécues pendant le sommeil. En effet, deux types de stimulations peuvent être incorporés dans le contenu des rêves : les stimulations internes et externes. Concernant les stimulations internes, vous avez sans doute remarqué que certaines sensations physiologiques pendant la nuit, comme une envie d'aller à la toilette, un état de soif ou un mal de ventre, se reflètent fréquemment dans vos rêves. Chez les femmes, les fluctuations hormonales peuvent également influencer le contenu des rêves. À cet égard, il a été démontré que des changements surviennent en fonction des phases du cycle menstruel, notamment concernant l'identité des personnages, les interactions sociales et les émotions. De même, le contenu des rêves des femmes enceintes tend à se modifier. Leurs rêves ont tendance à contenir davantage de bébés et d'animaux et sont fréquemment le reflet de l'anxiété exprimée à l'éveil par rapport à l'accouchement ou à la santé de l'enfant à naître. Enfin, des stimulations externes se produisant pendant la nuit peuvent être incorporées dans les rêves. Par exemple, entendre un bruit pendant son sommeil peut être incorporé dans le rêve comme un tremblement de terre, et la présence de lumière lorsque l'on dort peut se traduire par la présence d'un incendie dans le rêve.

En somme, plusieurs éléments de la vie diurne et nocturne peuvent influencer le contenu des rêves. Comme nous le verrons dans les deux prochaines sections de ce chapitre, la personnalité du rêveur et le fait

qu'il souffre d'un désordre psychologique ou psychique permettent de retracer des contenus similaires dans les rêves.

LA PERSONNALITÉ ET LES RÊVES

La personnalité peut se définir comme un ensemble de caractéristiques stables à travers le temps, qui s'observe par des comportements qui sont cohérents d'un contexte à l'autre. La personnalité, qui peut être séparée en différents traits (par exemple : l'ouverture à l'expérience, l'extraversion sociale), influence le contenu et la signification des rêves. De plus, la quantité et la qualité des rêves rappelés seraient aussi influencées par les traits de personnalité.

Concernant le rapport existant entre personnalité et contenu onirique, plusieurs théories ont été avancées. Comme nous avons vu précédemment, l'hypothèse de la continuité suggère que le contenu onirique reflète les expériences de la vie diurne. Une confirmation de cette hypothèse porte sur le névrotisme, un trait de personnalité en lien avec la propension à éprouver des émotions négatives. On retrouve chez les individus possédant ce trait de personnalité une fréquence plus élevée de rêves à contenu aversif, qui pourrait s'expliquer par une tendance à incorporer davantage les événements négatifs que les événements positifs vécus au quotidien. En ce qui concerne l'ouverture à l'expérience, on retrouve chez ces individus des contenus oniriques plus créatifs, diversifiés, bizarroïdes avec un caractère ludique, ésotérique, etc.

La personnalité du rêveur doit également être prise en considération lors de l'analyse de la fréquence de rappel des rêves. En effet, même si elle ne peut expliquer à elle seule la capacité à remémorer ses rêves, il semblerait qu'elle contribue en partie à celle-ci. Effectivement, l'ouverture à l'expérience, c'est-à-dire la propension à rechercher et à apprécier les diverses expériences de la vie, et le névrotisme sont tous deux associés à une fréquence de rappel de rêves plus élevée.

Compte tenu de l'influence notable des traits de personnalité à la fois sur le contenu et la fréquence de rappel de rêves, des chercheurs tentent de mettre à profit ces connaissances afin d'explorer un désordre du sommeil dont la prévalence est fort élevée dans la population générale : l'insomnie.

L'insomnie, la personnalité et les rêves

Comparativement aux bons dormeurs, les personnes souffrant d'insomnie sembleraient présenter un score plus bas à l'extraversion (appréciation des relations sociales), et plus haut au névrotisme. Les personnes souffrant d'insomnie éviteraient davantage les autres individus. De plus, leur score élevé à une échelle de névrotisme s'expliquerait par une anxiété et un perfectionnisme plus importants comparativement aux bons dormeurs du même âge et du même sexe. Ce trait de personnalité s'exprimerait aussi chez les personnes souffrant d'insomnie par une propension à garder leurs émotions pour elles, à manifester davantage de symptômes psychosomatiques et à ressentir plus de symptômes dépressifs en relation avec l'insomnie. De cette façon, en lien avec l'hypothèse de la continuité, il serait envisageable que le contenu des rêves des personnes souffrant d'insomnie diffère de celui des bons dormeurs. Par contre, bien que certaines études rapportent une plus grande fréquence de cauchemars et de thèmes à contenu négatif chez les personnes souffrant d'insomnie, d'autres n'observent aucune différence entre ces deux groupes de dormeurs. Pour ce qui est du rappel de rêve, certaines études observent un taux de rappel plus bas chez les personnes souffrant d'insomnie que chez les bons dormeurs, tandis que d'autres observent le patron inverse ou même aucune différence.

En somme, une meilleure connaissance de l'influence des traits de personnalité sur le contenu et la fréquence de rappel de rêves pourrait s'avérer fort utile comme piste de traitement. Puisque les traits de personnalité se reflètent dans le contenu des rêves et qu'ils influencent leur rappel, se pencher sur ces traits présente un intérêt tout particulier, notamment dans la perspective de mieux comprendre le rôle que jouent les rêves dans l'exacerbation et le maintien de l'insomnie. L'insomnie, même si elle se présente seule, peut aussi être accompagnée d'une autre psychopathologie (dépression, anxiété, psychose, etc.), de la même façon qu'une psychopathologie peut se présenter sans trouble du sommeil concomitant.

PSYCHOPATHOLOGIES ET RÊVES

Les individus qui souffrent de psychopathologies feraient des rêves différents de ceux du reste de la population. En effet, de manière

générale, leurs rêves seraient souvent plus bizarres et intenses au niveau émotionnel. L'anxiété ainsi que l'hostilité y seraient particulièrement présentes. Il y aurait aussi des thèmes communs dans les rêves selon le type de psychopathologie dont une personne souffre. Règle commune, ces thèmes seraient en lien avec certains symptômes précis de la maladie. Cette section offrira une description succincte du contenu des rêves d'individus souffrant des principaux troubles de santé mentale, soit les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, puis la dépendance et l'abus d'une substance.

Troubles psychotiques

Chez les personnes souffrant de troubles psychotiques comme la schizophrénie, les rêves seraient moins complexes que ceux de la population générale et posséderaient un contenu plutôt primitif. Ils seraient plus cohérents et moins bizarres que chez un individu qui n'est pas atteint de cette psychopathologie. Les rêves des personnes souffrant de schizophrénie sont donc particulièrement concrets. Les rêves de ces individus ne semblent donc pas en lien avec leur vie éveillée et seraient donc plus en lien avec la théorie de la compensation. L'anxiété pouvant être ressentie dans les rêves semble moins importante chez les gens suivant un traitement aux antipsychotiques. Malgré tout, le contenu émotionnel de leurs rêves demeure très pauvre. Ces individus s'y voient plus souvent victimes d'une certaine violence, comme de l'hostilité ou de l'agression par les personnages et les animaux présents dans leurs rêves. Les rêves deviendraient d'ailleurs particulièrement violents avant un épisode psychotique. Cette violence dirigée vers le rêveur serait liée aux délires de persécution, qui sont un symptôme de la schizophrénie. Beaucoup d'étrangers sont présents dans leurs rêves, contrairement aux contenus des rêves d'individus qui ne sont pas atteints d'un trouble psychotique ou encore qui souffrent d'une psychopathologie différente. Les individus atteints de schizophrénie se voient également beaucoup moins comme des participants actifs de leurs rêves. En effet, ils sont plus des spectateurs de l'action qui se déroule durant le rêve ou bien des acteurs secondaires de cette dernière.

Troubles de l'humeur

Chez les individus souffrant de dépression, contrairement à ceux qui sont atteints de schizophrénie, les personnages rencontrés durant les rêves sont beaucoup plus familiers. Le rêveur souffrant de dépression a plus d'interactions amicales avec ceux-ci, mais les rêves contiennent également plus de thèmes reliés à la malchance ainsi qu'à l'échec. L'impression d'être responsable de tout ce qui arrive, d'être incapable de faire quoi que ce soit, la perte de choses importantes ou une incapacité à les faire fonctionner sont également des situations très fréquentes dans les rêves des personnes souffrant de dépression. Ici, contrairement à la schizophrénie vue auparavant, les rêves des personnes souffrant de dépression semblent refléter leurs états d'âme et leurs sentiments quotidiens. Leurs rêves seraient donc un appui à la théorie de la continuité. Dans les situations d'agressions durant le rêve, autant le rêveur que les autres personnages peuvent en être victimes; le masochisme, soit ressentir du plaisir par la souffrance, est d'ailleurs un thème récurrent. Fait intéressant, une forte présence de masochisme accompagnée de rêves désorganisés et sans personnages serait associée à une réponse plus faible au traitement de la dépression. Cependant, le processus de guérison de la dépression est associé à une occurrence moins élevée dans les rêves des thèmes relatifs à la maladie.

L'anxiété est beaucoup plus présente dans les rêves des personnes atteintes d'un trouble bipolaire que dans les rêves des personnes atteintes de dépression sans épisodes de manie. La mort et les blessures seraient des thèmes qui reviendraient souvent avant le passage vers une phase de manie. Les thèmes reliés à la mort sont également très récurrents dans les rêves des personnes qui sont hospitalisées pour une tentative de suicide.

Troubles anxieux

Les mauvais rêves ainsi que les cauchemars sont très courants chez les gens souffrant d'un trouble anxieux. Leurs rêves sont particulièrement envahis d'émotions négatives, comme l'anxiété et les peurs intenses. L'agression et la tension sont aussi des thèmes récurrents. Les rêves reflètent généralement leur vie éveillée, entérinant de nouveau la théorie de la continuité discutée auparavant. Dans le cas des phobies, il est

fréquent que la source de la phobie soit présente dans les rêves. Par contre, elle disparaît si la personne n'en est plus atteinte. La pratique de techniques de relaxation diminue la répétition de ces rêves désagréables. L'anxiété habituellement ressentie le matin à l'éveil serait également moins importante grâce à ces techniques.

Pour les gens en état de stress post-traumatique, c'est souvent le trauma et les thèmes qui y sont reliés qui reviennent dans les rêves. Si, au début de la maladie, le rêve présente le trauma tel qu'il s'est produit dans la réalité, ce n'est plus le cas après un certain temps. En effet, le trauma se modifie progressivement dans les rêves jusqu'à prendre une représentation plus symbolique. Les thèmes présents dans les rêves dépendent également du type de traumatisme vécu par la personne. Dans les cas d'abus, par exemple, les rêves contiennent beaucoup d'émotions négatives comme la peur – voire la terreur –, la tristesse, l'impuissance et l'anxiété. Des thèmes reliés à la violence ainsi qu'à des dangers pour la vie (attaques, poursuites, etc.) sont aussi très présents. Ces thèmes ne sont pas particulièrement rapportés dans les rêves des individus ayant été victimes de désastres naturels, qui eux rapportent davantage de rêves tournant autour du deuil, de la perte et d'événements impossibles à maîtriser. La fréquence des rêves en lien avec le trauma dépend de plusieurs facteurs. La sévérité du trauma ainsi que la manière dont la personne y a été exposée en font bien entendu partie, mais la personnalité de la personne ainsi que le temps écoulé depuis l'exposition au trauma ont également un rôle à jouer. Lorsque le trauma n'est pas présent dans les rêves, ces derniers contiennent des éléments particulièrement concrets, ordinaires et peu imaginatifs ; les rêves seraient en effet beaucoup moins bizarres que chez les personnes ne souffrant pas de ce trouble. Cela pourrait être un mécanisme de protection afin d'empêcher le trauma de rejaillir dans les rêves. Il se pourrait également qu'il s'agisse d'une façon de surmonter le trauma.

Par contre, pour ce qui est des individus souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif, leurs rêves seraient semblables à ceux de la population générale. En effet, leurs rêves ne contiendraient donc pas plus d'anxiété, d'échec et de tristesse. Même si les obsessions et les rituels qui y sont reliés sont des symptômes importants du trouble obsessionnel-compulsif, il n'y aurait pas plus de rêves reliés à ces éléments qu'il y en a dans le reste de la population.

Troubles alimentaires

Les gens atteints d'un trouble alimentaire tel que la boulimie ou l'anorexie (voir le chapitre 3) ont également des rêves qui se différencient de ceux du reste de la population sur certains aspects. Sans surprise, les préoccupations concernant la nourriture sont particulièrement présentes. Comme pour la plupart des autres psychopathologies vues précédemment, les rêves des personnes présentant un trouble alimentaire apportent de nouveaux appuis empiriques à la théorie de la continuité du rêve. Les thèmes tournant autour de la mort seraient également très présents. Plus précisément, chez les personnes atteintes de boulimie, l'hostilité est un thème qui revient souvent dans les rêves alors que le contraire est observé chez les personnes atteintes d'anorexie. Cependant, ces individus vivent beaucoup d'anxiété dans leurs rêves et la peur de prendre du poids est un thème qui est souvent rapporté. Le corps semble vu de façon déformée, particulièrement au niveau du ventre, qui apparaît plus gros qu'il ne l'est en réalité. La haine de soi, la culpabilité et le sentiment d'être inadéquat sont aussi des thèmes présents auprès des gens atteints d'anorexie.

Dépendances et abus de substances

Les individus dépendants ou abusant d'une substance ont également un contenu de rêves différent de celui qui est observé dans la population générale, particulièrement durant la période de sevrage. Lorsqu'un individu tente de cesser sa consommation de substances (illicites ou non), comme la nicotine (tabac), la cocaïne, l'alcool ou les opiacées (morphine, héroïne, méthadone, etc.), la substance tend à apparaître davantage dans ses rêves. Cette exposition involontaire pourrait être un facteur de rechute vers la consommation pour ces individus, présentant une tentation supplémentaire à consommer de nouveau. Ces personnes se rappellent fréquemment leurs rêves et décrivent ces derniers comme très intenses. Cela pourrait être dû à la même raison qui fait en sorte que les personnes souffrant d'alcoolisme rapportent plus de cauchemars : l'influence des substances sur le cycle du sommeil. En général, les drogues causent une diminution du temps passé en sommeil paradoxal, soit le stade de sommeil où le rappel des rêves est le plus élevé. L'alcool, bien qu'il puisse favoriser l'endormissement, rend aussi le sommeil plus fragile et fragmenté. Ainsi, les personnes souffrant d'une dépendance pourraient

se réveiller plus souvent à la suite d'une période de sommeil paradoxal, ce qui ferait en sorte qu'elles se souviendraient davantage de leurs rêves. Cela donnerait l'impression qu'elles rêvent fréquemment et de manière plus intense.

LES RÊVES EN THÉRAPIE

L'intégration des rêves au travail thérapeutique ne date pas d'hier et ne se limite pas à la psychanalyse, comme on pourrait le croire. L'utilisation des rêves s'avère parfois un outil thérapeutique fort utile et génère un intérêt grandissant chez les thérapeutes de diverses orientations. Puisque peu d'informations existent sur la façon d'accueillir les rêves en thérapie, plusieurs thérapeutes sont réticents à les utiliser comme outils thérapeutiques. Afin de pallier ce manque, chercheurs et thérapeutes ont travaillé et travaillent conjointement à rendre l'utilisation des rêves en thérapie accessible, documentée et reconnue.

Les rêves et la psychanalyse

À l'époque de Freud, le rêve était un élément central de la psychanalyse. Le rôle des rêves selon l'approche freudienne est la réalisation d'un désir et l'expression d'une motivation inconsciente, ainsi que la protection du sommeil du rêveur. La méthode d'interprétation des rêves, à l'aide de la technique d'association libre, était largement utilisée par les psychanalystes du début du XX^e siècle de même que par leurs successeurs. Cette technique consiste à demander au client de décrire, sans censure, les émotions et les pensées que chaque élément du rêve évoque en lui. Cette technique a pour but d'amener l'inconscient au niveau de la conscience, permettant de ce fait un travail thérapeutique sur les conflits internes⁵ du client. De plus, le thérapeute partage sa propre interprétation du rêve en se basant sur la compréhension qu'il a de la dynamique du client. Jung, un des disciples de Freud, faisait une distinction entre l'interprétation objective, qui consiste à relier des éléments du rêve à un aspect de la réalité extérieure du rêveur, et l'interprétation subjective, correspondant à associer certains aspects du rêve

5. Une lutte entre des désirs, des pulsions, des tendances qui sont inconciliables.

au *Soi* du rêveur. Le *Soi* se définit de manière générale comme étant le centre de la personnalité englobant le conscient et l'inconscient.

L'héritage de Freud et de Jung est toujours présent; une étude de 2008 démontre que les thérapeutes d'approche psychanalytique sont ouverts et enclins à intégrer les rêves au travail thérapeutique. Plusieurs affirment utiliser le rêve en thérapie pour environ la moitié de leurs patients. Par ailleurs, des études menées auprès de psychiatres et de psychologues issus d'autres approches et écoles de pensée démontrent que la plupart d'entre eux ont parfois recours à la technique d'interprétation des rêves proposée par Freud. Parmi eux, certains se limitent à utiliser les rêves dans le but de faire prendre conscience de la nature du problème au client, alors que d'autres les utilisent dans l'optique d'amener le client à poser des gestes afin de conduire à un changement plus concret dans la situation problématique vécue et exprimée en thérapie.

Les rêves dans les thérapies cognitives-comportementales

Le courant cognitivo-comportemental ne semble pas d'emblée encourager l'utilisation des rêves en thérapie. La formation clinique n'aborde pas les rêves et est basée sur les situations quotidiennes vécues par le client. Pourtant, le fondateur de la psychothérapie cognitive, Aaron Beck, avait fait des études de cas sur les rêves. Il a même affirmé que les rêves suivent les mêmes processus dans la production des pensées automatiques et des distorsions cognitives que dans l'éveil. De plus, selon Beck, les rêves agiraient comme un reflet de la représentation qu'a le patient de son *Soi*, du monde ainsi que du futur. Malgré le fait que Beck n'ait laissé aucune indication dans ses écrits sur la manière de travailler avec les rêves en thérapie, de nombreux cognitivistes adhèrent à cette conception du rêve et l'utilisent comme outil afin de confronter les croyances et les façons de penser erronées de leurs clients.

Certains chercheurs ont tenté d'établir des principes qui doivent guider les thérapeutes à intégrer l'utilisation des rêves dans leur pratique. L'auteur et psychologue reconnu dans le domaine, Arthur Freeman, ainsi que ses collègues ont proposé des lignes directrices: 1) comprendre le rêve en fonction de thèmes ou de contextes plutôt que le faire de façon symbolique; 2) visualiser le contenu du rêve dans le contexte de vie du rêveur et, 3) prêter attention aux images et au langage contenus dans le

rêve. Ce dernier propose également de tenir un journal de rêves et de chercher des changements possibles aux aspects du rêve qui ont suscité une émotion négative. Or, malgré ces efforts, il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus quant à la marche à suivre sur l'utilisation du rêve en thérapie cognitive-comportementale ; c'est davantage l'intuition et l'expérience qui guident les thérapeutes.

Les rêves dans les thérapies existentielles et la gestalt-thérapie

D'une part, l'approche existentielle conceptualise le rêve comme un message destiné à réaliser le *Soi*, par la projection d'images de soi fragmentées étant représentées par divers éléments du rêve. Ce que les thérapeutes existentiels considèrent comme central, c'est l'état du client, dans le moment présent, par rapport au récit du rêve. Lors des thérapies, les patients sont encouragés à rapporter un maximum de détails ainsi que les émotions vécues dans le rêve afin de favoriser le plus possible la reviviscence de celui-ci dans l'ici et maintenant. Le patient est également invité à faire des associations entre les éléments du rêve et des situations de la vie courante. D'autre part, le fondateur de la gestalt-thérapie, Frederick Perls, a proposé la technique de la chaise vide afin de comprendre le rêve. Cette technique consiste à faire jouer les personnages du rêve au rêveur et à dialoguer avec eux afin de faire ressortir les facettes du *Soi* cachées ou mal intégrées.

Modèle cognitif-expérientiel de l'interprétation du rêve

L'approche intégrative de Clara Hill propose un modèle cognitif expérientiel de l'interprétation du rêve qui inclut trois étapes : l'exploration, l'*insight* et l'action. L'exploration consiste à raconter le rêve en détail au présent, tout en se concentrant sur les émotions vécues. Les rêveurs sont invités à faire des associations avec de possibles difficultés de la vie éveillée. L'étape de l'*insight* correspond à l'interprétation que fait le thérapeute, avec le client, du rêve avec ce qui a été compris lors de l'exploration. Enfin, basées sur la nouvelle compréhension du rêve, des actions sont entreprises afin de faire des changements concrets dans la vie du rêveur. Cette dernière étape correspond à celle de l'action. Plusieurs études de Hill ont démontré que l'interprétation des rêves n'est

pas directement responsable de l'amélioration de l'état psychologique du client, mais peut le mener à une meilleure connaissance de soi.

Utilité et efficacité de l'utilisation des rêves en thérapie

De manière générale, les thérapeutes qui travaillent avec les rêves en thérapie rapportent une augmentation de la fréquence de rappel de ceux-ci chez le patient. En outre, les études antérieures ont mis en évidence trois gains notables de l'utilisation du rêve : le développement de la connaissance de soi du client, l'augmentation de l'engagement du client quant au processus thérapeutique et une meilleure compréhension clinique et dynamique du client. Certaines études révèlent également que, dans certains cas, les individus se montrent moins réticents à parler de sujets plus intimes et sérieux lorsque ceux-ci sont abordés à travers l'exploration des rêves. Enfin, l'utilisation des rêves en thérapie aiderait au développement d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son patient.

CONCLUSION

Que le rêve soit un rebut des informations non classées de la journée, le fruit de votre mémoire ou le reflet de votre personnalité, il semble pertinent de mentionner que l'interprétation de celui-ci est impérativement liée à la réalité du rêveur. Aucun dictionnaire de rêve ne saura traduire adéquatement les émotions liées à l'activité onirique ou tenir compte de la complexité des liens entre ces mêmes émotions et les images du rêve. Comment alors prétendre qu'un dictionnaire de rêves peut traduire votre réalité quotidienne personnelle ? Après tout, rêver d'un éléphant qui se promène dans une cour extérieure peut susciter beaucoup plus d'analyse et de questionnement pour un comptable que pour un gardien de zoo ! Comme il a été mentionné, le rêve est souvent en continuité avec la personnalité du rêveur. Dans ce chapitre, nous nous sommes limités à expliquer le rêve sous un aspect psychologique, de multiples autres théories en lien avec les neurosciences étant à la mode présentement. Nous vous invitons à utiliser vos nouvelles connaissances sur le rêve dans votre cheminement personnel, que ce soit seul ou avec une aide professionnelle.

LE PARFAIT PETIT JOURNAL DU RÊVEUR EN HUIT ÉTAPES

1. Choisir le format de journal désiré (ex. : cahier à spirales, tablette numérique) et le déposer près de son lit (facilité d'accès);
2. Garder une certaine constance dans la forme (toujours la même technique de jour en jour);
3. Toujours décrire son rêve au présent (aide au rappel);
4. Écrire tous les détails possible de son rêve (endroits, couleurs, sons, objets, personnages);
5. Ne pas tenir compte de la grammaire et de la ponctuation (moins d'interférences possibles pour un maximum de détails);
6. Si vous éprouvez des problèmes à décrire en mots quelque chose, dessinez la séquence (une image vaut mille mots);
7. Après avoir terminé la rédaction, prendre le temps d'annoter les éléments présents dans votre vie de tous les jours (il y a peut-être un lien entre vos rêves et la réalité);
8. En dernier lieu, choisir un titre à chacun de ses rêves

Le chef-d'œuvre est maintenant complété!

Plusieurs rêveurs préfèrent utiliser un magnétophone ou une application sur leur téléphone cellulaire afin de s'enregistrer lors d'un éveil nocturne ou encore au réveil le matin. Cependant, les étapes 2, 3, 4 et 7 sont tout aussi importantes que lors de la tenue d'un journal écrit. L'enregistrement verbal est une technique très efficace, pouvant même favoriser le rappel (moins d'interférences) tout en diminuant le temps pris pour se rendormir lors des éveils nocturnes. Voyez ce qui vous convient le mieux.

LECTURES SUGGÉRÉES

Beck, A.T. (1971). Cognitive patterns in dreams and daydreams. Dans J.H. Masserman (ed.), *Dream dynamics : Science and psychoanalysis*, 19, 2-7.

- Freeman, A. (1981). Dreams and images in cognitive therapy. Dans G. Emery, S.D. Hollon et R.C. Bedrosian (ed.), *New directions in Cognitive Therapy*. New York : Guilford Press, (79), 224-238.
- Freud, S. *Die Traumdeutung* (1899-1900), trad. : *L'interprétation du rêve*. Dans *Œuvres complètes* (2003). 759 p. (ISBN 213052950X).
- Hill, C.E., Liu, J., Spangler, P., Sim, W., et Schottenbauer, M. (2008). Working with Dreams in Psychotherapy: What Do Psychoanalytic Therapists Report That They Do?, *Psychoanalytic Psychology*, 25 (4), 565-573.
- Jung, C.G. (1987). *L'homme à la découverte de son âme*. Albin Michel.
- Pesant, N., et Zadra, A. (2004). Working with dreams in therapy: What do we know and what should we do?, *Clinical Psychology Review*, 24, 489-514.
- Zadra, A. (2012). Rêves et activités mentales du sommeil. Dans Y. Dauvilliers et M. Billard (ed.), *Les troubles du sommeil*, p. 59-68. Paris: Masson.

SITES INTERNET D'INTÉRÊT

Société canadienne du sommeil: www.canadiansleepsociety.ca.

International Association for the Study of Dreams: <http://www.asdreams.org/dreaming-journal/>.

Chapitre 3

Manger, un geste à la fois simple et complexe

Catherine Bégin et Marie-Pierre Gagnon-Girouard

Trois fois par jour, parfois plus fréquemment, nous mangeons. À intervalles très réguliers, le cerveau signale qu'il a besoin de carburant, l'estomac gargouille, rappelant qu'il est temps de manger. Bien que le rapport à la nourriture pourrait se réguler aussi simplement et naturellement que les autres systèmes physiologiques (par exemple, la soif ou la respiration) sur la base de ces signaux internes de faim et de satiété, il en est bien souvent autrement. En plus des considérations physiologiques, plusieurs autres raisons sont associées au fait de manger : parce que ça sent bon, pour partager entre amis, parce que c'est l'heure, parce qu'on est fatigué, triste ou simplement parce qu'on veut célébrer. Manger, ce n'est pas seulement essentiel à notre survie, cela constitue également l'un des plaisirs et réconforts importants que connaît l'être humain. Le fait que la nourriture soit associée à divers besoins physiologiques et psychologiques pose un défi particulier dans le contexte où, parallèlement, la silhouette mince est grandement valorisée dans notre société actuelle. La relation que plusieurs personnes entretiennent avec la nourriture est donc teintée d'une grande vigilance. Dès un très jeune âge, le comportement alimentaire de l'enfant est scruté à la loupe par les parents et évalué en quantité et en qualité : par exemple, l'enfant mange trop ou pas assez, il mange beaucoup de sucreries, il est capricieux, il ne finit jamais son assiette, etc. Ainsi, bien que la relation entretenue avec la nourriture puisse être simple, satisfaisante et équilibrée, elle est aussi souvent rigide, tendue, voire conflictuelle, et cause de

l'insatisfaction, notamment en raison de son effet direct sur le corps et sur l'image qui est projetée aux autres.

Ce chapitre dresse un portrait de quelques-uns des défis que le contexte social actuel pose à la régulation de l'alimentation, notamment par l'omniprésence de la nourriture et par la promotion d'un idéal de minceur du corps, et met en lumière les conséquences de ce contexte ainsi que les facteurs qui nuisent à la régulation saine de l'alimentation.

DE LA FAMINE À L'ABONDANCE : L'OMNIPRÉSENCE DE LA NOURRITURE DANS NOS VIES

Historiquement, la famine a menacé des populations beaucoup plus souvent que ne l'a fait la surabondance. La famine guette encore certaines parties du monde, mais dans la plupart des pays industrialisés c'est la surabondance qui risque de causer des dommages. La nourriture est actuellement très facilement accessible et elle se présente en quantité presque illimitée et à un coût relativement faible. La modernisation des technologies alimentaires, la croissance économique et la mondialisation des marchés alimentaires sont tous des facteurs en lien avec l'augmentation et la diversification du choix alimentaire. Ainsi, l'exposition à des aliments hautement caloriques, peu coûteux et très accessibles atteint un niveau jamais égalé, ce qui semble associé à une augmentation importante de l'apport calorique total des individus, soit le fait que les individus consomment globalement plus de calories. En fait, la nourriture est à ce point disponible que les scientifiques parlent d'un environnement social « obésogène¹ ». Les ressources alimentaires surabondantes et riches en calories, jumelées à un mode de vie sédentaire, rendent l'environnement moderne propice à l'embonpoint. Le nombre de livres, de magazines et d'émissions télévisées, voire de chaînes spécialisées, qui concernent directement la nourriture est impressionnant. L'accent est mis sur la diversité, la convivialité et la simplicité que semble revêtir l'acte de manger, de même que sur le plaisir de manger, de faire la cuisine et de découvrir de nouvelles saveurs. Que tout cela semble simple et plaisant !

1. Sobal, J. (2001). Social and cultural influences on obesity. Dans P. Björntorp (ed.), *International Textbook of Obesity*, p. 305-322. New York : Wiley.

En plus de ces référents externes, la nourriture est associée à de nombreux symboles personnels issus de l'histoire de chacun : le maïs soufflé au cinéma, la crème glacée après la partie de soccer, les soupers entre amis, le dessert qui joue le rôle de récompense ou le verre de vin pour décompresser. L'alimentation est donc intimement liée à notre quotidien. D'ailleurs, plusieurs expressions familières font référence à la nourriture et à l'acte de manger : avoir l'eau à la bouche, mordre à belles dents dans la vie, dévorer un livre, etc. Le fait d'être exposé à une telle mise en scène de l'alimentation dans un contexte festif et agréable associé à des symboles positifs tend à laisser croire qu'il est très facile de réguler son alimentation et, par le fait même, son poids corporel. Qu'en est-il vraiment ?

LA QUÊTE DU CORPS IDÉAL

Bien que les standards de minceur mis de l'avant par l'industrie de la mode et du divertissement soient de plus en plus remis en question, l'idéal physique socialement valorisé est encore aujourd'hui celui d'un corps mince, athlétique et bien défini. Si, traditionnellement, ces modèles de minceur s'appliquaient davantage aux femmes, dans les dernières années, les hommes ont été de plus en plus interpellés par des exigences élevées en matière de silhouette. Ce changement est perceptible notamment dans l'évolution de l'apparence des hommes représentés dans les magazines féminins et masculins, de même que chez les acteurs, chanteurs et autres vedettes, ou encore parmi les figurines vendues aux enfants. L'idéal de beauté masculin actuellement en vigueur se traduit par une silhouette mésomorphe, c'est-à-dire caractérisée par une masse musculaire importante, peu ou pas de tissus adipeux et des épaules plus larges que le bassin². Les hommes aspireraient donc à développer une bonne musculature, tout en restant minces pour améliorer la définition des muscles et être plus athlétiques.

Dans le contexte décrit précédemment où la nourriture est omniprésente et représente un symbole positif, ces standards de beauté et de minceur du corps placent les individus devant une très grande pression

2. McCreary, D.R., et Sasse, D.K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls, *Journal of American College Health*, 48 (6), 297-304. doi : 10.1080/07448480009596271.

issue d'un double message : ayez du plaisir à manger, mais soyez minces. Or, ce message est d'autant plus lourd qu'il est soutenu par des préjugés très tenaces reliant l'obésité et le surpoids à la paresse, à la lâcheté, au manque de volonté et de maîtrise de soi, et la minceur à la performance, à la réussite, à la santé et, parfois même, à la victoire de l'esprit sur le corps. Pour plusieurs personnes, ces deux messages sont irréconciliables. L'illusion de facilité entretenue par les images sociales construites crée chez plusieurs personnes l'impression qu'elles devraient pouvoir facilement correspondre au modèle de minceur, ce qui n'est pas le cas, notamment en raison du contexte alimentaire hyperstimulant.

Les conséquences de la quête du corps idéal

Les conséquences de cette quête d'un idéal difficilement accessible sont évidentes autant chez les femmes et les hommes adultes que chez les adolescents et les enfants de plus en plus jeunes. Bien que le fait d'être insatisfait de son corps et de son apparence soit de plus en plus normalisé, cette insatisfaction corporelle chronique amène plusieurs individus à se préoccuper excessivement de leur apparence et de leur alimentation. Les sondages les plus récents montrent que la majorité des femmes (73 %) souhaiteraient perdre du poids de même que près de la moitié des hommes (42 %) ³. Ce désir de perdre du poids est aussi présent chez les femmes de poids normal puisque 50 % d'entre elles souhaiteraient perdre du poids ⁴. Pour ce qui est des plus jeunes, 70 % des adolescentes et 35 % des fillettes de neuf ans feraient des efforts pour tenter de maigrir alors qu'environ le tiers des adolescents (35 %) souhaiteraient avoir une silhouette plus musclée ⁵. Tant sur le plan psychologique que sur le plan alimentaire, le fait d'être constamment insatisfait ou préoccupé par son apparence apporte son lot de problèmes. En effet, la préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'alimentation est associée à une faible estime de soi, à des risques plus élevés de dépression et d'anxiété et à des difficultés d'ordre relationnel (par exemple, la peur

-
3. Camirand, H., et collab. (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec : Institut de la statistique du Québec, 205 p.
 4. IPSOS REID (2008). *Canadian Women's Attitudes towards Weight*, Sondage pour le compte des Producteurs laitiers du Canada.
 5. Ledoux, M., Mongeau, L., et Rivard, M. (2002). « Poids et image corporelle ». Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec : Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

du rejet). Plusieurs personnes insatisfaites de leur apparence ressentent des sentiments de ne pas être à la hauteur, d'impuissance ou encore de culpabilité parce qu'elles ne réussissent pas à perdre du poids. Certaines rapportent aussi des sentiments d'insatisfaction générale et de déprime.

LE POIDS AU BANC DES ACCUSÉS

Pour réduire l'écart entre la silhouette réelle et celle qui est promue par la société et, ainsi, diminuer l'insatisfaction corporelle, plusieurs personnes ressentent un sentiment d'urgence d'agir sur leur poids et, conséquemment, sur leur apparence. Or, la perte de poids n'est pas un objectif sur lequel la personne peut agir directement ; il s'agit plutôt d'un résultat qui découle le plus souvent de changements en lien avec les habitudes de vie. Le désir d'atteindre ce résultat à tout prix crée une pression interne importante (par exemple, il faut que je perde 10 livres d'ici à Noël) qui interagit avec les sentiments négatifs rapportés ci-dessus et en lien avec l'insatisfaction corporelle. Cela amène l'individu à prioriser la perte de poids, et souvent même à considérer le changement de ses comportements alimentaires non pas comme l'objectif en soi, mais comme l'ultime moyen d'atteindre la perte de poids. Lorsqu'un désir de changement dépend directement d'un résultat, comme la perte de poids, les changements peuvent être difficilement maintenus en l'absence de ce résultat. En effet, il n'est pas rare de voir une personne se décourager d'adopter de nouveaux comportements alimentaires si ces derniers ne mènent pas directement à un changement de chiffre sur la balance. Or, une démarche de perte de poids est, d'une part, un processus beaucoup plus long et lent que ce que l'industrie des produits et services amaigrissants peut laisser croire et, d'autre part, souvent parsemée de fluctuations en matière de résultat. Cela peut entraîner des déceptions, particulièrement chez les personnes qui s'attendent à une perte de poids continue et significative. Ces déceptions se juxtaposent à celle, déjà présente, de ne pas être à la hauteur du modèle sociétal promu, ce qui crée un sentiment d'insatisfaction et d'échec encore plus grand.

Pourtant, loin d'être le fidèle reflet uniquement de nos habitudes alimentaires, le poids est influencé par plusieurs facteurs, certains étant difficiles, voire impossibles, à modifier. En plus des considérations environnementales discutées précédemment, des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques contribuent à la variation du poids. Ainsi,

25 % à 40 % de la composition corporelle serait déterminée génétiquement, notamment par des différences au niveau du métabolisme de base et de la tendance à prendre du poids lors d'une suralimentation⁶. De nombreux événements de vie peuvent également avoir un effet sur le poids, notamment une puberté précoce, le syndrome des ovaires polykystiques, la ménopause, la prise de certains médicaments (par exemple, certains antidépresseurs), des blessures entraînant une inactivité prolongée et la grossesse. De même, le contexte familial (préoccupation des parents par rapport au poids et aux formes corporelles, incitation à faire des diètes) ainsi que les traits de personnalité (ex. : névrotisme, impulsivité) peuvent influencer les comportements alimentaires et la dépense énergétique, donc le poids.

Or, certains individus font fi de ces facteurs et ne s'intéressent qu'à leur objectif de perte de poids. La régulation des comportements alimentaires n'est alors souhaitée que dans la mesure où elle permet de perdre du poids. Dans ce contexte, ces individus se retrouvent dans un conflit quotidien entre le plaisir de manger sans contrainte et le désir de modifier leur silhouette pour correspondre aux idéaux de beauté, un défi qui demande beaucoup d'énergie en matière d'autorégulation.

L'AUTORÉGULATION DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

On définit l'autorégulation comme l'ensemble des efforts conscients et volontaires faits par un individu dans le but d'atteindre un objectif. Plus le comportement ou le but à atteindre est difficile ou contre-intuitif, plus les efforts d'autorégulation à fournir seront grands. À l'inverse, plus le comportement à adopter est intrinsèque, c'est-à-dire basé sur le plaisir même d'adopter ce comportement, moins les efforts d'autorégulation devront être importants. Certains comportements se régulent d'ailleurs naturellement sans devoir fournir d'efforts. Par exemple, quelqu'un qui adore les fruits et les légumes en mangera naturellement, sans avoir à mettre en place des efforts particuliers pour le faire. Pour chaque individu, la capacité d'autorégulation est limitée et peut être épuisée si les stimulations sont très nombreuses ou très intenses. En fait, la capacité

6. Barsh, G.S., Farooqi, I.S., et O'Rahilly, S. (2000). Genetics of body weight regulation, *Nature*, 404, 644-651.

d'autorégulation est souvent comparée à un muscle qui se fatigue à mesure qu'il est utilisé. Ainsi, des efforts répétés d'autorégulation amènent un épuisement des ressources disponibles et une plus grande difficulté à atteindre l'objectif visé⁷. L'autorégulation peut faire référence à différents domaines de la vie de l'individu (par exemple, au travail, dans sa vie personnelle, dans ses relations avec les autres), mais tous ces efforts d'autorégulation sont alimentés par une même banque de ressources, cette dernière n'étant pas inépuisable. L'omniprésence de la tentation que constitue la nourriture savoureuse, dans un contexte où l'objectif de minceur est martelé, risque de surcharger grandement les capacités d'autorégulation de plusieurs individus. D'ailleurs, chaque jour, les individus font face à au moins 200 décisions alimentaires⁸.

Certains éléments rendent l'autorégulation des choix alimentaires particulièrement difficile. D'une part, le fait de résister aux tentations alimentaires pour atteindre un but à long terme de minceur et de santé exige de refuser un plaisir immédiat et concret (manger un aliment dont on a envie) pour obtenir un résultat abstrait puisqu'il est perceptible seulement à plus long terme. Plus un objectif est abstrait, plus les ressources d'autorégulation nécessaires pour faire les choix cohérents avec cet objectif seront grandes. D'autre part, cognitivement, le fait d'inhiber un comportement (par exemple, ne pas manger un aliment dont on a envie) est beaucoup plus sollicitant pour les ressources d'autorégulation que le fait de s'engager dans une action, ce qui contribue à augmenter la quantité d'efforts nécessaires pour résister aux tentations alimentaires.

J'AI TROP MANGÉ ! LES RUPTURES DE L'AUTORÉGULATION

Il est possible que des individus vivent des ruptures de l'autorégulation, soit une perte de contrôle consécutive à une violation de règles imposées par soi-même. Cette perte de contrôle est appelé désinhibition. Au niveau alimentaire, cette perte de contrôle (manger une quantité excessive de nourriture sans avoir pris consciemment la décision de le faire) peut prendre

-
7. Vohs, K.D. & Baumeister, R.F. (2013). *Handbook of self-regulation, Second Edition: Research, theory, and practice*. The Guilford Press: New York.
 8. Wansink, B., et Sobal, J. (2007). Mindless eating The 200 daily food decisions we overlook, *Environment and Behavior*, 39, 106-123.

diverses formes, notamment le fait de manger de trop grandes portions de nourriture, le grignotage abusif et les compulsions alimentaires. La littérature scientifique suggère entre autres deux facteurs susceptibles de générer des épisodes de désinhibition alimentaire, soit la présence de restriction rigide et la sursensibilité aux indices externes de stimulus agréables. Ces deux facteurs entrent en interaction avec d'autres facteurs tels les distractions, la fatigue, le stress et les émotions négatives pour pousser les individus à manger plus que ce qui leur serait nécessaire.

La restriction alimentaire rigide

Un des facteurs les plus étudiés pour comprendre les difficultés d'autorégulation menant à une désinhibition alimentaire est la présence de restriction alimentaires rigides, définie comme la somme des efforts engagés pour tenter de diminuer son apport alimentaire. Parmi les restrictions les plus fréquemment observées, il y a le fait de sauter des repas, de s'engager dans des régimes et de s'interdire certains aliments. Plus précisément, on distingue deux types de restriction. La restriction comportementale, qui fait aussi référence à la restriction calorique, désigne le fait de manger significativement moins que d'habitude ou moins que ce dont le corps a besoin. La restriction cognitive désigne les efforts cognitifs soutenus visant à moins manger ou à éviter de manger tel ou tel aliment, que ces derniers résultent ou non en une diminution réelle de l'apport calorique. Ces deux types de restriction ont été reliés à des épisodes de désinhibition. En effet, de nombreuses études ont démontré que les personnes qui présentent une restriction importante tendent à se suralimenter lorsqu'elles croient avoir mangé plus qu'elles n'auraient dû le faire, comme si le fait de briser les règles de la restriction imposées amènerait subséquentement une perte de contrôle. Par exemple, plusieurs chercheurs ont servi à des personnes à la diète des laits frappés avant de les placer devant un buffet de nourriture pour observer ce qu'elles mangeraient. Plus les personnes croyaient que le lait frappé consommé était riche en calories (à tort ou à raison), plus elles avaient tendance à manger beaucoup par la suite, même davantage que les participants qui n'avaient pas consommé de lait frappé⁹. Ces résultats

9. Herman, C.P., et Polivy, J. (2007). Norm-violation, norm-adherence, and overeating, *Collegium antropologicum*, 31, 55-62.

sont surprenants à première vue car on est porté à croire que les participants qui ont consommé le lait frappé auront moins faim et, conséquemment, mangeront moins au buffet. C'est d'ailleurs ce qui se produit chez les individus qui ne présentent pas de restriction alimentaire ; ces gens ont tendance à manger moins au buffet parce qu'ils ont moins faim. Or, l'inverse se produit chez les participants qui rapportent faire beaucoup d'efforts de restriction. Le fait de consommer un lait frappé amènerait les individus à interpréter cette consommation comme un bris des règles de restriction imposées (rupture de l'autorégulation), ce qui cause un abandon des efforts d'autorégulation. La pensée dichotomique (pensée « tout ou rien », soit la tendance à classer les expériences en deux catégories opposées) offre une explication à ces résultats contre-intuitifs. Ainsi, le fait d'avoir consommé un lait frappé, qui est perçu comme une boisson « interdite », amène les participants à entretenir des pensées telles que « Tant qu'à avoir déjà trop mangé de toute façon, aussi bien en profiter ! »

Cet exemple illustre bien la fragilité des acquis, passant rapidement d'un mode succès à un mode échec. Voici d'autres exemples de pensées dichotomiques : « Je dois m'entraîner 5 jours par semaine (TOUT), sinon ça ne vaut pas la peine et je n'y vais pas du tout (RIEN). » « Je ne dois pas manger de chocolat (RIEN), sinon je mange toute la boîte (TOUT). » « Si je n'ai pas complètement réussi ma journée, c'est un échec (RIEN), je dois recommencer parfaitement demain (TOUT). » Prenons le cas de l'interdiction de manger du dessert ou des sucreries. Plusieurs individus tentent de restreindre, voire de cesser complètement, leur consommation d'aliments sucrés après les repas ou durant la soirée. Si cette règle est appliquée de façon rigide, aucun écart ne sera toléré. Or, comme la nourriture sucrée est très présente dans nos vies et représente souvent une récompense ou un symbole positif, le fait de s'en priver constamment requiert une grande quantité de ressources d'autorégulation. Il est probable que les individus en viennent à consommer des aliments sucrés pour une raison ou une autre, comme lors d'un souper entre amis ou après une journée difficile au bureau. Lorsque cet écart perçu par rapport à la règle est interprété comme un échec, l'individu est susceptible de considérer que, puisque la règle est brisée, il ne vaut plus la peine de faire des efforts. Ainsi, cette personne pourrait se dire : « De toute façon, j'ai mangé du chocolat, la journée est ratée (RIEN), aussi bien en manger pour la peine (TOUT) ! » Le fait d'interpréter toute dérogation à la règle

comme un échec amène l'individu à abandonner ses efforts de changement, et s'ensuit donc une période de désinhibition. C'est le même genre de situation qui se produit lorsqu'on entend des phrases comme « À partir de lundi matin ou à partir du 1^{er} janvier, je me remets à la diète! » Ces dates butoirs servent à marquer la transition entre l'absence de régulation (je me permets tout) et l'autorégulation rigide (je ne me permets rien).

Certaines personnes sont plus sensibles à l'effet de la pensée dichotomique. Par exemple, la présence d'une certaine rigidité cognitive, souvent associée à des exigences élevées envers soi et envers les autres, est associée à une plus grande tendance à osciller entre des périodes de contrôle excessif de l'alimentation et des épisodes de perte de contrôle sur l'alimentation. En effet, ces personnes s'imposent souvent des règles précises à suivre, perçues comme régissant un idéal alimentaire à atteindre. Or, le fait de s'imposer ces exigences semble associé à un plus haut risque de se suralimenter puisque plus la règle est rigide, plus l'écart (par exemple, se resservir au repas ou grignoter toute la soirée) est jugé sévèrement et est perçu comme un échec qui entraînera un abandon des efforts menant alors à un échec réel de l'autorégulation. Les individus qui présentent une plus grande rigidité cognitive entretiennent souvent un discours intérieur très critique et un grand désir d'atteindre un idéal, parfois en dépit de la réalité. Ils ont constamment peur de l'échec et ne laissent aucune place à l'erreur ou à la remise en question des exigences. Par ailleurs, chaque épisode de désinhibition vient renforcer cette peur de l'échec puisque les individus les interprètent comme des signes qu'ils doivent redoubler de vigilance et être encore plus aux aguets, ce qui augmente la rigidité de la restriction et provoque un cercle vicieux où les exigences sont de plus en plus élevées.

Le cas de Julie

Julie est une femme qui réussit bien dans la vie, au niveau tant professionnel que personnel. Elle aime se décrire comme une femme efficace et performante. En plus d'occuper des postes avec de nombreuses responsabilités, son conjoint et elle-même sont très présents pour leurs enfants, qui font tous deux de la compétition sportive. Julie se plaint souvent que son poids est la seule chose qu'elle ne parvient pas à maîtriser. Elle a tenté à de nombreuses reprises de s'inscrire à des régimes ou de prendre en main son alimentation, mais chaque fois, après une période où elle sent qu'elle réussit très bien à le faire, elle

retombe dans ses habitudes alimentaires après un événement particulier (sa fête, les vacances, etc.) au cours duquel elle mange des aliments qu'elle s'interdisait et laisse ensuite tomber ses efforts. Elle dit connaître toutes les règles de la saine alimentation par cœur et possède effectivement une connaissance étendue de l'apport en calories de nombreux aliments. Elle rapporte se trouver « faible » de ne pas arriver à perdre du poids alors qu'elle sait exactement ce qu'elle devrait manger. Elle sent que le volet alimentaire fait de l'ombre à l'ensemble de sa vie qui va pourtant bien ; c'est comme « une tache à son dossier de performance » qui lui revient constamment en tête.

La sursensibilité aux indices externes de stimulus agréables

Certaines personnes sont très sensibles à la présence de stimulus alimentaires (odeur, présence ou représentations de la nourriture savoureuse). Il s'agit d'un deuxième facteur déterminant qui peut mener à une rupture d'autorégulation, donc à une désinhibition des choix alimentaires. Plus un individu est sensible à ces stimulus, plus il sera enclin à détecter des possibilités de stimulation plaisante dans son environnement et plus il sera enclin à s'approcher desdits stimulus. Or, en raison de leur nombre, les aliments goûteux et savoureux s'avèrent une tentation constante. Les personnes qui ont naturellement tendance à être très attirées par ces aliments doivent donc aller à l'encontre de cette sensibilité pour réguler leur alimentation de façon saine. Le conflit devient très intense pour ces personnes, leurs ressources d'autorégulation étant continuellement mises à l'épreuve. Deux théories opposées tentent d'expliquer le lien entre la sensibilité à la récompense et la désinhibition alimentaire. D'une part, la théorie d'une hyper-sensibilité du système de la récompense propose que les personnes plus sensibles à la récompense sont très fortement attirées par des aliments goûteux et savoureux, notamment les aliments gras et sucrés, ce qui conduirait à un surplus de poids à long terme. D'autre part, la théorie de l'hypo-sensibilité à la récompense suggère que le fonctionnement insuffisant du système de la récompense conduirait certains individus à rechercher des stimulus plaisants dans l'environnement pour compenser une difficulté à ressentir le plaisir et la récompense. Dans ce contexte, les aliments goûteux et savoureux, notamment les aliments gras et sucrés, serviraient d'auto-médication visant à améliorer l'humeur et à susciter des affects positifs difficiles à obtenir autrement.

La tendance à être sensible aux stimulus plaisants dans l'environnement est fortement associée à l'impulsivité, un trait de personnalité qui menace directement les capacités d'autorégulation des individus. L'impulsivité est définie comme la tendance à agir sur la base des envies immédiates avant d'en considérer les conséquences négatives possibles ou en dépit celles-ci. Un niveau d'impulsivité important est hautement problématique dans les situations associées à des stimulus attirants, mais dommageables (par exemple, l'alcool ou les drogues), que les individus devraient éviter, et vers lesquels ils se sentent particulièrement attirés. Les individus qui sont particulièrement impulsifs auront tendance à choisir des actions qui apportent une satisfaction immédiate, même si elles sont associées à des conséquences négatives à plus long terme. Ainsi, ces individus seront plus susceptibles de s'alimenter impulsivement en choisissant les aliments les plus savoureux, sans égard aux conséquences à long terme de la surconsommation de ces aliments (effets négatifs sur la santé, prise de poids, etc.). Il semble que l'impulsivité soit encore plus problématique dans un contexte de stimulations variées. Le contexte culturel actuel où la nourriture offerte est omniprésente et très variée amènerait ainsi les personnes impulsives à avoir davantage de difficulté à prendre des décisions éclairées au niveau alimentaire.

Le cas de Paul

Paul considère parfois que la nourriture a un pouvoir sur lui qu'il ne peut maîtriser. Il se sent envahi par des pensées récurrentes concernant des aliments en particulier dont il a des envies très intenses. Paul travaille comme représentant sur la route, il a un horaire variable et son quotidien est souvent désorganisé. Il peine à effectuer les tâches ménagères et remarque qu'autant à son travail qu'à la maison, il passe son temps à éteindre des feux plutôt qu'à vraiment décider des priorités qu'il veut mettre de l'avant dans sa vie. Comme il est sur la route, il mange à des heures très irrégulières et souvent ce qui lui tombe sous la main ou ce qui est le plus simple. Il se sent constamment interpellé par tous les stimulus externes qu'il aperçoit sur la route, par exemple les chaînes de restauration rapide, la crèmerie ou la pâtisserie. Cette sensibilité aux tentations fait en sorte qu'il se sent constamment en train de résister, même s'il avoue se laisser tenter à l'occasion. Il aimerait perdre du poids, mais ne sait pas trop par où commencer parce qu'il a le sentiment d'avoir toujours envie de s'accorder du répit plutôt que de viser des objectifs à long terme.

Les autres désinhibiteurs

La restriction et la sensibilité à la récompense interagissent avec d'autres désinhibiteurs ponctuels qui sont également fort susceptibles de perturber l'autorégulation.

Les distractions

Le fait d'être distrait en mangeant amène les individus à être moins conscients de la quantité de nourriture qu'ils consomment. En étant distraits, ils sont également moins à l'écoute des signaux de faim et de satiété que leur corps leur envoie, ce qui nuit à une bonne autorégulation de leur consommation alimentaire. Ces individus ne reçoivent pas adéquatement le signal physiologique indiquant qu'ils n'ont plus faim. L'exemple le plus fréquent de distraction est le fait de manger devant la télévision. Il a en effet été démontré à de nombreuses reprises que le fait de manger en regardant la télévision augmente l'apport alimentaire. Il en va de même pour les gens qui lisent, travaillent ou même conduisent en mangeant.

La consommation d'alcool

La consommation d'alcool peut entraîner une désinhibition alimentaire puisque les individus qui consomment de l'alcool perdent plus facilement le fil de la nourriture qu'ils mangent. L'alcool produit un effet analgésiant qui peut faire en sorte que la personne devient moins vigilante face à ses comportements alimentaires. Ainsi, l'alcool joue sur la qualité des repères et fait en sorte qu'une personne peut être moins sensible à ses signaux de satiété, d'où l'augmentation de la probabilité qu'elle mange davantage. Il semble aussi que l'effet analgésiant de l'alcool amène la personne à déroger plus facilement des règles établies et à faire des choix alimentaires qui contreviennent à ce qu'elle aurait voulu sans l'effet de l'alcool. Plusieurs personnes rapportent que, sous l'effet de l'alcool, elles mangent non seulement plus que ce qu'elles auraient voulu, mais mangent aussi davantage d'aliments sucrés, par exemple.

La fatigue

La fatigue amène également une diminution des ressources d'auto-régulation, de même qu'une diminution de l'énergie disponible pour s'engager dans des comportements plus complexes susceptibles de mener à une alimentation plus saine (par exemple, faire l'épicerie et cuisiner par opposition à aller manger au restaurant ou manger un plat déjà cuisiné). Plus particulièrement, le manque de sommeil affecterait significativement l'alimentation. Il semble d'ailleurs que notre génération dort une à deux heures de moins que la génération précédente¹⁰. Le rythme de vie très actif, les exigences du travail et la conciliation travail-famille sont tous des éléments qui peuvent faire en sorte de créer une surcharge des responsabilités. Dans ce contexte, certaines personnes empiètent sur les heures de sommeil disponibles pour avoir, ne serait-ce qu'un tant soit peu, un sentiment du devoir accompli. De la même façon, la grande disponibilité et la diversité des médias (par exemple, les émissions de télévision jour et nuit, Internet, les réseaux sociaux) sont de bonnes raisons pour retarder l'heure du coucher. Or, il est de mieux en mieux documenté qu'un manque de sommeil et des variations dans les patrons de sommeil sont associés à un poids plus élevé. Le manque de sommeil affecte d'ailleurs certaines hormones qui agissent dans la régulation du poids, notamment la leptine et la ghréline. De plus, le sentiment de fatigue qui découle du manque de sommeil assouplit les règles auto-imposées. En effet, les personnes qui ressentent de la fatigue vont souvent rapporter un sentiment diffus d'inconfort qu'elles peuvent interpréter comme un signal de faim sans qu'il ne s'agisse nécessairement d'une faim physiologique. Dans ce contexte, les personnes qui ressentent de la fatigue peuvent apaiser ce sentiment d'inconfort en mangeant en l'absence de réelle faim, ce qui risque de créer un sentiment d'avoir dérogé aux règles établies et, conséquemment, une rupture au niveau des capacités d'autorégulation.

Le stress et les émotions négatives

Le fait de vivre du stress et des émotions négatives serait également étroitement lié à des difficultés à maintenir l'autorégulation de ses

10. Tremblay, Angelo (2010). *Prenez le contrôle de votre appétit...* Les Éditions de l'Homme, 208 p.

comportements alimentaires. En effet, bien que la réponse naturelle au stress soit la perte d'appétit, pour certains individus, le stress est associé à une désinhibition alimentaire. Notamment, les individus, principalement les femmes, qui présentent une restriction alimentaire importante ou qui sont sensibles à la récompense seraient plus enclins à manger excessivement lorsqu'ils ressentent du stress et des émotions négatives. Alors que la réponse au stress et aux émotions négatives peut être différente d'un individu à l'autre, le niveau de sensibilité aux émotions peut aussi varier selon les personnes : c'est ce qu'on appelle le névrotisme. En effet, certaines personnes ont tendance à ressentir les émotions négatives de façon plus intense, plus fréquente et plus prolongée. Les personnes qui présentent un haut niveau de névrotisme ressentent ainsi plus fortement la colère, la tristesse, la culpabilité, etc.

Le cas d'Isabelle

Isabelle s'est toujours considérée comme trop émotive. Très jeune, elle se rappelle s'être fait dire par sa mère qu'elle était très gênée avec les autres et ses frères riaient souvent d'elle parce qu'elle pleurait facilement. Elle répète souvent qu'elle n'a pas confiance en elle et qu'elle aimerait se sentir plus solide dans la vie. Depuis plusieurs années, elle tente donc de maîtriser ses émotions et se sent souvent ridicule lorsqu'elle est envahie par la colère ou la tristesse. Elle est présentement célibataire et aimerait avoir un amoureux, bien qu'elle se dise aussi que vivre à deux semble bien trop compliqué. Ses amies essaient de la convaincre de faire plus d'activités avec elles, mais Isabelle préfère le confort de son domicile. Elle a tendance à manger beaucoup de nourriture provenant des chaînes de restauration rapide et à prendre plusieurs collations, surtout en soirée, et elle ressent parfois l'urgence de manger des sucreries, sans trop savoir pourquoi.

En plus de la sensibilité aux émotions vécues, il semble que ce soit plus précisément la façon dont les individus font face au stress et aux émotions qui détermine s'ils présenteront des comportements de suralimentation en présence de stress ou de détresse. En effet, les individus utilisent des stratégies plus ou moins efficaces pour faire face à ces émotions. Les stratégies les plus adaptatives vont s'articuler autour de la résolution de problèmes, de la mentalisation et de l'expression adéquate de ces émotions. Cependant, d'autres individus tenteront plutôt d'éviter ou de nier ces émotions, parce qu'elles leur semblent inconfortables, incontrôlables, dangereuses ou, simplement, parce qu'ils ne savent

pas comment composer avec celles-ci. Parfois, comme elles ne sont pas consciemment acceptées, ces émotions négatives se confondent avec des sensations physiques et il devient difficile pour l'individu de déterminer ce qui se passe en lui. Par exemple, le fait de s'ennuyer ou de se sentir seul peut être confondu avec la faim, ce qui amène l'individu à manger alors qu'il n'a pas physiologiquement besoin de le faire.

À d'autres moments, la nourriture devient une façon d'éviter de ressentir certaines émotions, comme si le fait de manger servait à l'individu à se concentrer sur quelque chose de concret et de sécurisant plutôt que de penser à des émotions dérangeantes, comme la colère, la culpabilité, la honte. Par exemple, une personne pourrait manger pour éviter de ressentir la colère causée par une discussion avec son conjoint. Ainsi, le fait de manger non seulement permet à la personne de ne plus penser à l'incident en se concentrant sur ce qu'elle mange, mais, en plus, déplace l'émotion initiale de colère dirigée vers le conjoint sur le fait d'avoir mangé. Ainsi, la personne s'en veut d'avoir mangé.

Lorsque le fait de manger est associé à une stratégie pour éviter certaines émotions, la personne aura tendance à manger fréquemment de grandes quantités de nourriture, parfois en un court laps de temps. Le grignotage peut également servir à camoufler des émotions difficiles. Les émotions évitées ne proviennent pas nécessairement de situations particulières, mais peuvent provenir de sentiments plus profonds et persistants tels que l'ennui et la solitude. En évitant les émotions négatives, certaines personnes, comme c'est le cas avec la vignette clinique d'Isabelle, tendent à s'isoler des autres, ces derniers pouvant être perçus comme étant la source des bouillonnements émotionnels. Or, l'isolement relationnel génère à lui seul des émotions négatives, qui peuvent alors être compensées par le fait de manger. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, le fait d'avoir un surplus de poids ou de ne pas réussir à perdre du poids est également source d'une grande insatisfaction. Les personnes qui utilisent la nourriture comme stratégie de régulation émotionnelle pourraient répondre à cette insatisfaction en mangeant encore plus, ce qui permet de ne pas être en contact avec la culpabilité et la honte. Les efforts pour perdre du poids seront très difficiles pour ces individus puisque changer leurs comportements alimentaires équivaut à faire le deuil d'une façon de faire face aux aspects difficiles de la vie.

Les distractions, la fatigue, le stress et les émotions négatives peuvent donc entraîner une forme de désinhibition alimentaire lorsqu'ils sont vécus. Pour la plupart des individus, cette désinhibition peut être passagère et sans conséquence notable. Cependant, si ces désinhibiteurs font partie intégrante du quotidien (par exemple, pour une personne qui mange toujours devant la télévision ou qui régule ses émotions uniquement à travers la nourriture), ils entraîneront probablement une difficulté plus chronique d'autorégulation qui risque de générer un surplus de poids. Par ailleurs, pour les individus qui se restreignent sur le plan alimentaire, les distractions, la fatigue, le stress et les émotions négatives constituent les raisons les plus fréquentes pour lesquelles les règles de restriction sont brisées, entraînant l'abandon des efforts de régulation. En effet, dans un contexte où une personne mange plus que ce qu'elle aurait voulu, soit parce qu'elle regarde la télévision, qu'elle est fatiguée ou pour gérer des frustrations au travail (ou pour une combinaison de ces raisons!), elle pourrait transgresser ses règles internes sans en être totalement consciente, percevoir ensuite cet événement comme un échec et se désinhiber subséquemment. Finalement, les individus qui sont particulièrement sensibles à la récompense seront beaucoup plus à risque d'être désinhibés par ces facteurs puisque l'attrance pour la nourriture est très grande pour eux. La nourriture pourrait alors être perçue comme particulièrement réconfortante en présence de stress.

CONCLUSION

Alors que l'environnement alimentaire est surstimulant et que chaque personne fait face à une combinaison particulière de prédispositions biologiques, sociales et psychologiques face à la régulation du poids, plusieurs individus ne considèrent pas ou très peu ces facteurs lorsqu'ils souhaitent amorcer des changements. De plus, les messages sociaux véhiculant que l'atteinte d'un corps mince est facile et accessible pour tous sous-estiment grandement la quantité de ressources d'autorégulation nécessaire pour repousser constamment les tentations ainsi que la diversité et l'importance des facteurs pouvant mener à l'échec de l'autorégulation. Or, en ne tenant pas compte de l'ensemble de ces facteurs, les individus font face à des difficultés importantes à réguler leur poids. Ils adoptent alors des comportements qui seront difficiles, voire impossibles à maintenir à long terme, puis ils interprètent ces

difficultés comme un signe d'échec de leur part. Ils développent ainsi un grand sentiment d'incompétence et une image négative d'eux-mêmes, générant honte, culpabilité, ressentiment et découragement. Ils ont l'impression de ne pas être à la hauteur et se dévalorisent sévèrement. Ces émotions les placent dans une position encore plus vulnérable qui ne favorise pas le changement de comportements, ce qui ne fait en réalité qu'empirer les choses.

Malheureusement, il semble que le surplus de poids soit souvent traité par les professionnels de la santé et par les individus selon une perspective médicale, par exemple en suggérant un traitement prédéterminé, ce qui soutient la motivation extrinsèque, c'est-à-dire la motivation qui est régie par des lois et des facteurs externes, et encourage les individus à adopter des changements sans se questionner réellement sur ce qu'ils sont prêts à faire. Ainsi, le traitement des problèmes de poids est vu comme l'application d'un ensemble de règles alimentaires visant à réduire l'apport alimentaire, en association avec une augmentation de l'activité physique. D'un point de vue strictement physiologique, c'est effectivement la solution pour obtenir un déséquilibre calorique : consommer moins de calories que ce qui est dépensé mène à une perte de poids. Or, l'adoption de ces habitudes de vie qui entraînent un déficit calorique à long terme est difficile, particulièrement lorsque les individus essaient seulement d'adopter ces habitudes sans considérer leur relation avec la nourriture et l'environnement hautement sollicitant dans lequel ces habitudes s'inscrivent. Cette façon de faire amène les individus à perdre de vue leur relation avec la nourriture, ainsi que l'ensemble des facteurs qui influencent le poids et les habitudes alimentaires.

L'effet pervers de l'idéal de minceur est de suggérer que tous les individus qui n'y correspondent pas sont faibles, moins en santé et, surtout, en échec. Ces sentiments de honte ne font que générer davantage d'émotions négatives et bâtissent une motivation très externe à l'individu. Il est donc important de mieux comprendre cette relation à la nourriture en ciblant les problèmes qui s'y sont installés et en visant un changement de vie plutôt qu'un objectif de perte de poids qui ne tient pas compte de la personne dans son ensemble. Plus importants encore, les changements doivent passer par un investissement positif de soi-même qui n'est pas basé sur le sentiment d'être inadéquat, mais plutôt sur un entraînement des ressources d'autorégulation.

LECTURES SUGGÉRÉES

Guèvremont, Guylaine, et Lortie, Marie-Claude (2006). *Mangez!* Les Éditions La Presse, 248 p.

Tremblay, Angelo (2010). *Prenez le contrôle de votre appétit...* Les Éditions de l'Homme, 208 p.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

Coalition québécoise sur la problématique du poids: <http://www.cqpp.qc.ca/>.

Équilibre, groupe d'action sur le poids: <http://www.equilibre.ca/>.

Clinique mon équilibre: <http://www.monequilibre.ca/>.

ANEB Québec (troubles alimentaires): <http://www.anebquebec.com/>.

Unité spécialisée d'évaluation et de traitement des problématiques reliées au poids,
Service de consultation de l'École de psychologie, Université Laval: <http://www.scep.ulaval.ca>; 418-656-5490.

Chapitre 4

La dépression et les troubles de l'humeur : mieux les comprendre pour mieux les traiter

*Martin D. Provencher, Isabelle Soucy Chartier
et Christine Mirabel-Sarron¹*

Le taux de prévalence des troubles dépressifs atteint présentement des proportions alarmantes : presque une personne sur cinq sera affectée par la dépression au moins une fois dans sa vie, l'incidence annuelle étant d'environ 8 % en Amérique du Nord et en France. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression affecte environ 121 millions d'individus à travers le monde² et sera, en 2020, la première cause de souffrance chez la femme et la seconde chez l'homme (après les maladies cardiovasculaires). Au Canada, les coûts directs et indirects de la dépression et de la détresse associée s'élèveraient à 14,4 milliards de dollars par année³. La dépression est une problématique biopsychosociale qui influence toutes les sphères du fonctionnement d'un individu et dont les répercussions vont bien au-delà des tourments personnels de ceux qui en souffrent. Les troubles qui en découlent, comme l'insomnie, la rumination et la perte de motivation, influencent l'environnement social, familial et professionnel de ces individus qui se retrouvent dans l'incapacité d'accomplir leurs rôles en société et qui deviennent, dans les cas les plus graves, sujets au suicide.

-
1. Nous tenons à remercier Lynda Bélanger pour la rédaction de la première version du manuel de traitement pour la dépression duquel ce chapitre est largement inspiré.
 2. World Health Organisation (2010). Mental Health: Depression. Retrieved March 12, 2010, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
 3. Stephens, T., et Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, 22, 18-23.

Une variété de traitements est maintenant offerte pour aborder les facteurs biologiques et psychosociaux de la dépression. Sur le plan pharmacologique, plusieurs antidépresseurs ont été conçus pour alléger les symptômes de cette problématique. Par contre, bien qu'ils soient efficaces dans la majorité des cas de dépression sévère, les antidépresseurs ont souvent une efficacité comparable à un placebo dans les cas de dépression légère à modérée. En fait, 30 % à 40 % des patients ayant un diagnostic de dépression majeure ne répondraient pas au traitement d'antidépresseur prescrit de manière satisfaisante, et seulement un tiers des patients recevant un traitement pharmacologique optimal atteignent le seuil de rémission. De plus, lorsque ce traitement pharmacologique n'est pas offert conjointement à un suivi psychologique, il n'est pas rare d'assister au retour des symptômes dépressifs lorsque la prise d'antidépresseurs est interrompue⁴. Dans cette optique, la psychothérapie demeure une solution pertinente avec une efficacité comparable à celle de la pharmacothérapie.

Selon les différents guides de pratique clinique et les recommandations internationales, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la forme de thérapie ayant accumulé le plus de données probantes confirmant son efficacité dans le traitement de la dépression majeure⁵, incluant la dépression sévère. Cette thérapie a notamment un taux de prévention des rechutes supérieur à celui des antidépresseurs. L'objectif de ce chapitre est de vous présenter des outils pour vous aider à mieux comprendre et gérer les symptômes de la dépression en utilisant une approche basée sur les principes de la TCC. Des lectures et des références additionnelles sont proposées à la fin du chapitre si vous êtes intéressé à en apprendre davantage sur la dépression ou si vous envisagez la possibilité de consulter un professionnel.

-
4. Fournier, J., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J., Shelton, R., et collab. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943.
 5. Fournier, L., Roberge, P., et Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM (<http://www.qualaxia.org/sante-mentale-information/production/protocole-depression.php?lg=fr>).

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION MAJEURE ?

Pour établir un diagnostic clinique de dépression majeure, les médecins, psychiatres et psychologues utilisent un manuel diagnostique des troubles mentaux qui en est maintenant à sa cinquième édition. Le DSM-5, publié par l'American Psychiatric Association⁶, précise qu'au moins cinq des symptômes ci-dessous doivent avoir été présents en même temps, et ce durant au moins deux semaines. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. L'épisode dépressif représente une rupture par rapport au fonctionnement habituel et est souvent caractérisé par un événement marquant, une situation précise, une date significative, etc. La personne se rappelle habituellement à quel moment la dépression s'est installée.

Si vous êtes déprimé, il est probable que vous ressentiez quelques-uns des symptômes suivants. L'intensité avec laquelle ils se manifestent peut varier et il est même possible que ces symptômes diminuent ou disparaissent et que d'autres apparaissent au cours du même épisode dépressif.

- 1) **Humeur déprimée.** Cela signifie que vous vous sentez triste, déprimé, vide, découragé. Il est possible que vous ayez souvent envie de pleurer ou, au contraire, que vous ne soyez plus capable de le faire. Il est aussi possible que vous vous sentiez irritable, cela étant une autre manifestation émotionnelle souvent présente dans la dépression.
- 2) **Sentiment d'échec ou d'être coupable de ce qui arrive.** Votre estime de vous-même est faible. Vous ruminez constamment les pensées que vous êtes inutile, sans valeur ou bon à rien. Il est possible qu'en ce moment vous ne vous aimiez pas tellement et que ce qui vous arrive vous semble être une punition méritée. Il est possible en plus que vous soyez en colère contre vous-même en constatant que la dépression interrompt votre fonctionnement habituel.

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

- 3) **Idéations suicidaires.** Il arrive souvent que les personnes déprimées se sentent sans espoir, qu'elles aient l'impression que leur vie « ne rime à rien », que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Il est possible que, vous aussi, vous vous sentiez comme ça. Il est possible aussi que vous préféreriez mourir, ne plus exister et que vous pensiez que les autres seraient mieux sans vous. Il est possible que vous pensiez souvent à la façon de mettre fin à vos jours si vous étiez capable de le faire ; il est possible aussi que vous ayez des plans pour passer à l'acte. Si tel est le cas, il est très important d'en parler à quelqu'un de confiance ou de consulter rapidement un professionnel. Des ressources sont suggérées à la fin du chapitre et vous pouvez contacter en tout temps le Centre de prévention du suicide (1 866 APPELLE).
- 4) **Difficulté à penser, problème de concentration.** Vous sentez que votre capacité à penser, à vous concentrer, à prendre des décisions est diminuée. Il est difficile pour vous de vous concentrer longtemps sur quelque chose.
- 5) **Agitation ou diminution de l'activation psychomotrice.** Cela signifie que votre corps, votre esprit et votre discours (votre capacité de parler) vont soit trop vite, soit trop lentement. Vous êtes au ralenti ou, au contraire, très agité. Vous sentez que votre niveau d'activation est différent.
- 6) **Changement au niveau de l'appétit.** Ce qui se passe le plus souvent lors d'un épisode dépressif, c'est la perte d'appétit. La nourriture n'est plus intéressante ni attrayante. Vous devez vous pousser à manger et, bien souvent, vous perdez du poids. Par contre, il peut aussi arriver qu'une personne déprimée mange plus qu'avant, car la nourriture devient une source de réconfort, une façon de combler un vide. Si cela est vrai pour vous, vous aurez alors pris du poids de manière significative plutôt que d'en avoir perdu.
- 7) **Sommeil perturbé.** Vous dormez beaucoup plus ou beaucoup moins qu'avant. Si vous dormez moins qu'avant, peut-être que vous avez de la difficulté à vous endormir ou que vous vous réveillez, sans raison apparente, au milieu de la nuit ou très tôt le matin. Si vous dormez plus que d'habitude, il est possible que

ce soit à cause de siestes que vous faites durant la journée ou parce que vous dormez de très longues nuits.

- 8) Perte d'énergie.** Vous vous sentez fatigué, drainé, exténué. Même de petites tâches vous semblent épuisantes. Dans certains cas extrêmes, il est possible que les activités de tous les jours, comme prendre une douche, vous habiller, faire l'épicerie, cuisiner et autres vous semblent impossibles à accomplir.
- 9) Perte d'intérêt.** La perte d'intérêt se manifeste par la difficulté à s'intéresser aux choses qui vous intéressaient avant la dépression. Vous devez vous pousser à faire des choses que vous aimiez faire avant et il devient difficile pour vous de considérer qu'une activité pourrait être plaisante.

Si vous pensez être déprimé, l'utilisation d'une mesure validée comme le PHQ-9 (www.phqscreeners.com) peut vous aider à évaluer la présence et l'intensité des symptômes dépressifs. Un score supérieur à 9 suggère la présence de symptômes significatifs. Si ceux-ci sont invalidants, s'ils interfèrent avec votre fonctionnement quotidien et durent depuis plus de deux semaines, il pourrait être utile d'en parler à votre médecin généraliste ou de consulter un psychologue ou psychothérapeute.

COMMENT SE DÉVELOPPE LA DÉPRESSION MAJEURE ET QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

Plus d'une personne sur cinq souffrira de dépression à un moment donné de sa vie. La dépression majeure affecte les femmes deux fois plus souvent que les hommes, mais, avant la puberté, autant de garçons que de filles sont atteints. Elle a tendance à se retrouver en plus grand nombre dans les familles où un membre a déjà fait une dépression majeure ou souffre d'un autre trouble de l'humeur. La dépression majeure se retrouve dans toutes les cultures et dans toutes les classes sociales. Elle peut débuter à tout âge, mais l'âge le plus fréquent se situe autour du milieu de la vingtaine pour un premier épisode. Chez les hommes, la dépression est plus fréquente à partir de la quarantaine.

Il n'y a pas une cause unique qui explique pourquoi certaines personnes se retrouvent en dépression. La dépression peut être causée par plusieurs facteurs :

- 1) **Hérédité.** Les personnes ayant un proche parent qui a fait une dépression courent un risque plus élevé d'être déprimées au cours de leur vie. Ce constat est basé sur des études portant sur des jumeaux élevés séparément et qui ont démontré que, si un des jumeaux identiques (donc possédant les mêmes gènes) souffrait de dépression, son jumeau courait plus de risque de développer aussi la maladie. Attention! Cela ne signifie pas que les enfants et les autres membres de la famille souffriront automatiquement de dépression majeure. En effet, il est peu probable que seule la prédisposition génétique entraîne la dépression ; d'autres facteurs entrent en ligne de compte.
- 2) **Facteurs biologiques.** Des études ont démontré la présence de dysfonctions au niveau des neurotransmetteurs chez les personnes déprimées. Les neurones sont des cellules nerveuses qui communiquent entre eux par un messager chimique appelé neurotransmetteur. Il existe plusieurs neurotransmetteurs, dont la sérotonine. On sait entre autres que les niveaux de sérotonine sont impliqués dans la dépression. Le fait que la dépression peut être soulagée grâce à des antidépresseurs confirme ce mécanisme d'action. On peut aussi faire entrer dans cette catégorie les variations hormonales (cycle menstruel, grossesse, ménopause) qui peuvent contribuer à augmenter le taux de dépression chez la femme.
- 3) **Événements de la vie.** Des événements extérieurs à l'individu peuvent contribuer au développement d'une dépression : des traumatismes subis lors de la petite enfance, comme le décès d'un parent, ou les événements de la vie adulte comme une séparation, la perte d'un emploi, des problèmes financiers, la retraite, une maladie invalidante, etc. Le fait de traverser plusieurs événements graves sur une période prolongée fait augmenter le risque de développer un trouble dépressif. Encore là, certaines personnes traversent plusieurs événements de la vie sans faire de dépression. Il y a donc d'autres facteurs qui entrent en jeu.

- 4) **Caractéristiques psychologiques.** Les facteurs psychologiques réfèrent à votre personnalité et à votre façon de faire face aux problèmes. Les personnes qui ont une faible opinion d'elle-même, qui s'inquiètent beaucoup, qui dépendent exagérément des autres, qui ont tendance à cacher leurs sentiments, qui sont perfectionnistes et qui sont très exigeantes envers elles-mêmes ont un risque plus élevé de faire une dépression.
- 5) **Autres causes.** Il est possible que la dépression soit causée par l'abus de substance (ex. : alcool, cannabis, cocaïne, etc.). Si tel est le cas, il est important de traiter d'abord le trouble d'abus de substances. Certains traitements médicaux peuvent déclencher une dépression majeure (ex. : tranquillisants, stéroïdes) tout comme certaines conditions physiques (ex. : hypothyroïdie, infarctus) et certaines toxines présentes dans l'environnement peuvent le faire. Il faut donc penser à vérifier, par un examen médical complet, la possibilité qu'une cause physique soit sous-jacente à l'épisode dépressif.

Un épisode non traité dure habituellement six mois et plus. Après un premier épisode, certaines personnes n'en connaîtront plus d'autres dans leur vie tandis que, pour d'autres, la maladie peut devenir récurrente ou persister, par exemple sous forme de dysthymie.

D'autres types de difficultés sont souvent présents chez les personnes qui souffrent d'une dépression majeure. Les plus fréquentes sont les suivantes : abus ou dépendance à une substance, troubles anxieux (incluant un trouble de stress post-traumatique), trouble de l'alimentation, trouble de la personnalité, trouble de l'attention. Il peut aussi arriver que les personnes aient des épisodes de manie. Si c'est le cas, on parlera alors d'un trouble bipolaire.

QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Nous éprouvons tous des changements d'humeur de temps à autre selon les événements qui arrivent dans notre vie. Mais, lorsque ces sautes d'humeur deviennent plus prononcées et graves, au point de compromettre votre capacité à fonctionner de manière normale au travail, à l'école ou dans ses relations interpersonnelles, vous pourriez être aux prises avec un trouble de l'humeur grave et persistant. Le trouble

bipolaire, autrefois connu sous le nom de psychose maniaco-dépressive, est un trouble mental caractérisé par des sautes d'humeur graves passant de périodes intenses de « hauts » (manie ou hypomanie) à des périodes intenses de « bas » (dépression).

Dans une manie, vous faites preuve d'un débordement d'humeur, voire d'euphorie ou d'exaltation, ou d'une humeur extrêmement irritable qui dure pendant au moins une semaine. Cette montée considérable de l'humeur s'accompagne d'un niveau élevé d'énergie et d'une diminution notable du besoin de sommeil. Vous manifestez le plus souvent un surcroît d'estime de vous-même. Vous avez tendance à parler davantage et avec un débit plus rapide de la parole. Vos pensées s'accélèrent, défilent et vous êtes facilement distrait. La manie se caractérise aussi par une augmentation des activités orientées vers un but et mène souvent à un engagement excessif dans des activités qui rapportent du plaisir et qui ont un potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, faire des dépenses excessives et irrationnelles, commettre des indiscretions sexuelles, avoir une conduite dangereuse au volant).

Dans ses manifestations plus graves, la manie peut s'accompagner de symptômes psychotiques comme des hallucinations ou des idées délirantes ; vous devez la plupart du temps être hospitalisé. L'hypomanie, une forme moins sévère de la manie, cause une moins grande détérioration du fonctionnement, mais elle peut souvent passer inaperçue pendant de nombreuses années avant qu'un diagnostic soit établi et qu'un traitement approprié soit entrepris. Dans la phase dépressive du trouble bipolaire, les symptômes de dépression doivent se manifester pendant au moins deux semaines et sont similaires aux symptômes de dépression majeure décrits plus haut.

Nous ne connaissons pas exactement la cause du trouble bipolaire. Nous savons toutefois que les gènes et la chimie du cerveau rendent les personnes plus vulnérables au trouble. Le stress seulement n'est pas à l'origine du trouble bipolaire, mais les épisodes de manie ou de dépression sont souvent déclenchés par des événements stressants de la vie. Les facteurs de risque de rechute du trouble bipolaire sont entre autres l'abus d'alcool ou de drogues, le défaut de prendre les médicaments prescrits et les changements de routine qui mènent à un manque de sommeil ou à des habitudes de sommeil irrégulières.

La pharmacothérapie est essentielle au traitement du trouble bipolaire. Elle implique habituellement l'utilisation d'un ou de plusieurs psychorégulateurs, comme le lithium combiné avec d'autres médicaments. Les résultats d'études rigoureuses confirment que les interventions psychologiques, comme la psychoéducation de groupe et la TCC, peuvent être ajoutées à la pharmacothérapie pour vous aider à mieux gérer la maladie et réduire la récurrence des épisodes. Par contre, contrairement à la dépression, le trouble bipolaire ne se soigne pas sans médication. Il est donc important de consulter un médecin si vous pensez manifester des symptômes d'hypomanie ou de manie en plus des symptômes dépressifs⁷.

LES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION MAJEURE

Les **antidépresseurs** ont été découverts au cours des années 1950. Depuis ce temps, différents antidépresseurs ont vu le jour. Voici quelques exemples qui ont démontré leur efficacité dans le traitement de la dépression⁵ : Bupropion (Wellbutrin^{MD}), Citalopram (Celexa^{MD}), Duloxétine (Cymbalta^{MD}), Escitalopram (Cipralax^{MD}), Fluoxétine (Prozac^{MD}), Fluvoxamine (Luvox^{MD}), Mirtazapine (Remeron^{MD}), Paroxétine (Paxil^{MD}), Sertraline (Zoloft^{MD}), Venlafaxine (Effexor^{MD}). Ces médicaments prennent environ quatre à six semaines à agir. Habituellement, vous ressentez d'abord des effets secondaires désagréables (maux de tête, nausées, dysfonctionnement sexuel et autres). Bien que ces effets soient désagréables, ils ont tendance à s'atténuer avec les semaines et lorsque la dose du médicament est stable. Il est aussi important de noter que, contrairement aux benzodiazépines (anxiolytiques), ces médicaments ne créent habituellement pas de dépendance même lorsqu'ils sont utilisés à long terme.

Il se peut aussi que le médecin ajoute un second médicament à l'antidépresseur afin d'accroître les effets de ce dernier. On peut par exemple ajouter du lithium pour augmenter les effets de l'antidépresseur principal. Les antidépresseurs peuvent être pris seuls ou en même temps qu'une psychothérapie. Dans les cas de dépressions sévères, il est souvent

7. Pour en savoir plus sur le trouble bipolaire, vous pouvez consulter le livre de Mirabel-Sarron et Leygnac-Solignac (2011).

nécessaire de commencer le traitement avec des antidépresseurs afin d'être en mesure d'entreprendre une psychothérapie.

La **sismothérapie** est un traitement mis au point au cours des années 1930. À la base, ce traitement était utilisé chez les épileptiques et l'on s'est aperçu que les gens se sentaient moins déprimés après une séance. On a donc étendu ce type de traitement aux personnes déprimées. Ce traitement a beaucoup évolué avec les années. Aujourd'hui, vous recevez un relaxant musculaire et une anesthésie générale avant qu'un léger choc électrique soit administré à un côté du cerveau ou aux deux. Vous réveillez après quelques minutes. Il peut s'ensuivre une légère perte de mémoire temporaire. La durée moyenne du traitement est généralement de 12 séances à raison de deux à trois séances par semaine. C'est une intervention utilisée pour traiter les dépressions sévères, c'est-à-dire avec éléments psychotiques, ou encore quand le risque suicidaire est élevé. Bien qu'il soit efficace, ce traitement est souvent utilisé en dernier recours (quand les autres traitements se sont avérés inefficaces), entre autres parce qu'il y a encore beaucoup de préjugés à l'égard de ce traitement.

La **thérapie interpersonnelle** est une thérapie à court terme (12 à 16 rencontres) qui met l'accent sur la recherche et la résolution de sphères problématiques et sur l'établissement et le maintien de relations satisfaisantes. La thérapie interpersonnelle peut traiter l'un des aspects suivants: aider à vivre un deuil ou une perte, s'adapter à un nouveau rôle, apaiser des tensions interpersonnelles (exemple: conflit permanent avec un collègue de travail), combler des déficits interpersonnels (un manque d'habiletés de communication qui nuit sur le plan relationnel).

La **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC) se centre sur le présent. Elle vise à comprendre ce qui maintient le trouble afin que vous puissiez modifier les pensées et les comportements en conséquence. Le but de ce type de thérapie est de vous fournir des outils afin que vous deveniez votre propre thérapeute. C'est une thérapie orientée vers l'action. Vous devez faire des exercices au cours de la semaine, car ce n'est pas seulement le fait d'assister aux rencontres qui va vous aider à améliorer votre état, mais bien le fait de passer à l'action entre les rencontres de traitement. Elle implique une collaboration entre vous et le thérapeute. La TCC est basée sur des données probantes, c'est-à-dire qu'elle se base sur les résultats de recherches scientifiques rigoureuses.

Elle préconise une approche scientifique aux problèmes, c'est-à-dire qu'il y a une formulation d'hypothèses que nous devons tester par la suite.

Le but commun des différentes formes de thérapie est de diminuer l'intensité des symptômes dépressifs afin d'améliorer votre niveau de fonctionnement. La TCC ne fait pas exception à cette règle. Dans ce type de thérapie cependant, le thérapeute est considéré comme un guide et vous êtes engagé activement dans le processus thérapeutique. Vous devenez donc outillé pour composer avec vos symptômes, vous avez un meilleur contrôle sur ceux-ci et vous pouvez ainsi utiliser les stratégies apprises longtemps après la fin du traitement afin d'éviter les rechutes. En d'autres mots, vous devenez votre propre thérapeute.

Plusieurs études scientifiques ont démontré que la TCC est aussi, sinon plus, efficace pour le traitement de la dépression que d'autres types de traitement. La TCC est particulièrement efficace à long terme, car elle vous aide à acquérir des moyens pour faire face vous-même à vos symptômes dépressifs et prévenir les rechutes.

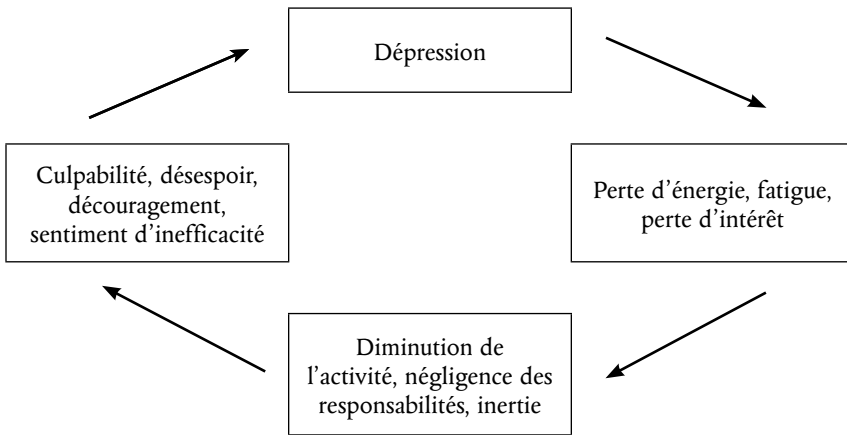
La TCC vous aidera à diminuer vos symptômes, c'est-à-dire votre humeur déprimée, votre manque d'énergie, vos difficultés de sommeil, etc., en travaillant au niveau de vos comportements et de vos pensées. Au cours du traitement, plusieurs aspects concernant les pensées dysfonctionnelles qui sont responsables de votre humeur déprimée seront abordés.

Toutefois avant de commencer le travail au niveau des pensées dysfonctionnelles, il est important de se remettre en action et de travailler au niveau l'activation comportementale.

QU'EST-CE QUE L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE ?

L'activation comportementale est l'une des premières étapes de la TCC et une composante qui sera utilisée tout au long du traitement. Il s'agit d'un élément clé de la TCC dans le traitement de la dépression. Il faut commencer par briser le cycle de l'apathie (voir la figure 4.1) en se remettant en action. Le fait d'être inactif, de ne pas faire d'activité physique, de ne pas bouger, maintient votre humeur déprimée.

FIGURE 4.1
Le cycle de l'apathie



Généralement, quand vous êtes fatigué, vous avez besoin de repos. Lorsque vous êtes déprimé, c'est le contraire qui est vrai. Vous devez en faire davantage. Rester dans l'inactivité vous fera sentir davantage amorphe et sans énergie. Ne rien faire veut dire aussi que votre esprit n'est pas occupé, ce qui vous laisse le temps de ruminer sur vos difficultés, sur votre manque d'ambition, etc. *L'activité diminue le sentiment de fatigue.*

Dans la dépression comme dans toutes situations, la motivation passe par l'action. C'est en agissant qu'on devient motivé à en faire plus. En fait, *l'activité vous motive à en faire plus.*

Une fois que vous êtes passé à l'action, certains problèmes que vous croyiez insurmontables prennent des proportions nouvelles. C'est comme si vous aviez une autre façon de voir le problème. Vous percevez d'une tout autre façon les obstacles qui vous empêchent d'agir. L'ingérable devient gérable et votre humeur s'améliore. *L'activité améliore votre capacité à penser.*

Qui bénéficie de l'activation ?

- Les personnes passives qui n'ont pas ou qui ont peu de choses à faire ;
- Les personnes qui procrastinent, évitent ou se retrouvent isolées chez elles ;

- Les personnes qui en ont trop à faire ou qui en font trop ;
- Les personnes qui sont aux prises avec des idées suicidaires ou des impulsions suicidaires.

Procédure pour mettre en place l'activation comportementale

Afin de mettre en place l'activation comportementale, vous êtes invité à prendre en considération la série de trucs suivante.

1. **Sélectionnez une période pendant laquelle vous n'utilisez pas votre temps efficacement** (soir, fin de semaine, etc.). Vous pouvez aussi choisir un type d'activité en particulier, comme des activités de tous les jours, le travail ou des tâches scolaires, des activités plaisantes, des activités de socialisation, les exercices de thérapie, des activités que vous faisiez et que vous avez cessé de faire.
2. **Il est important d'être réaliste dans la planification de l'activité.** Il faut considérer votre niveau de fonctionnement actuel et non le niveau de fonctionnement passé ou souhaité.
3. **Soyez précis et concret.** Planifiez l'activité qui va être réalisée : quand, où, avec qui et pendant combien de temps ? Vous pouvez utiliser votre agenda pour inscrire l'activité sélectionnée et la plage horaire déterminée.
4. **Tentez de prévoir les obstacles qui pourraient se présenter et comment faire pour les contrecarrer.** Par exemple, quels seront les moyens à votre disposition pour être sûr de pouvoir faire l'activité même si vous avez peu de motivation ce jour-là ?
5. **Faites l'activité et évaluez les résultats.** Il se peut que l'activité ne soit pas aussi plaisante qu'auparavant ou encore qu'elle ne soit pas aussi plaisante que vous ne l'auriez souhaité. Dans un tel cas, rappelez-vous que ce n'est pas l'objectif premier. Le but est de s'activer afin de briser le cercle vicieux de la dépression.

La motivation

Parce que vous êtes déprimé, vous ne serez probablement pas tenté de faire quoi que ce soit. Pourtant, cette étape est essentielle. Même si

vous n'avez pas le goût de faire l'activité choisie, ou même si vous vous en sentez incapable, vous devez initialement vous pousser pour vous mettre en action. Cela aura pour effet de vous faire sentir un peu mieux et augmentera votre motivation à faire des choses. Souvent, la motivation vient avec l'action. C'est un premier pas vers l'amélioration de votre humeur.

Lien entre l'évitement et la dépression

Se remettre en action, commencer à faire des activités, même très simples, aura pour effet de briser le cercle vicieux de l'inactivité qui maintient les pensées négatives et l'humeur déprimée. Lorsque vous êtes déprimé, les pensées négatives ont tendance à faire surface lorsque vous êtes inactif, que vous restez à ne rien faire ou que votre esprit n'est pas occupé ailleurs. S'abstenir de faire des activités vous prive d'une source de plaisir potentielle, de renforcements positifs, ce qui a pour effet d'aggraver la dépression. La première étape de notre intervention est de briser le cercle vicieux de la dépression, de vous encourager à faire des choses durant la journée, de bouger⁸.

LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE LA DÉPRESSION

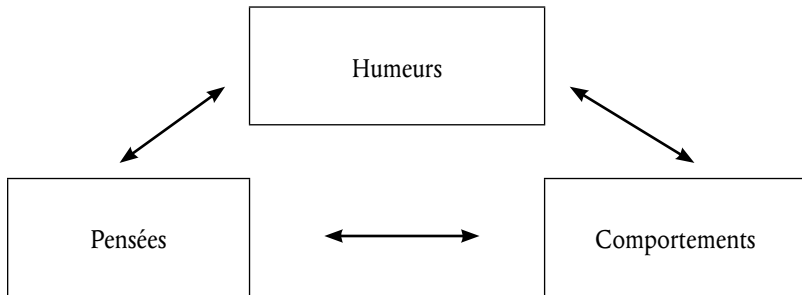
L'idée centrale du modèle cognitivo-comportemental, c'est que ce ne sont pas les événements comme tels qui affectent nos humeurs, mais bien notre perception ou notre interprétation de ceux-ci, peu importe l'événement. Nos pensées affectent nos émotions et notre humeur, qui affectent ensuite nos comportements, les objectifs qu'on se fixe, les moyens qu'on prend pour y arriver, etc. Puis, en retour, les comportements qu'on adopte affectent nos pensées et nos émotions (voir la figure 4.2). On peut comparer cela à un cercle qui revient à son point de départ, mais qui deviendrait toujours un peu plus grand chaque fois, parce que chaque composante a un effet sur les autres.

8. Pour en savoir plus sur l'activation comportementale, vous pouvez consulter le livre d'Addis et Martell (2009).

Prenons un exemple fictif pour illustrer ce point :

Ce matin, Julie ne salue pas ses collègues qu'elle croise dans le corridor au travail. Maude se dit : « Elle doit être en colère contre moi. Qu'est-ce que j'ai fait ? » Elle ressent de l'anxiété. Noah se dit : « Mais elle est donc bien bête, elle, ce matin, elle n'a aucun savoir-vivre ! » Il ressent de la colère. Julianne se dit : « Elle doit avoir une mauvaise journée. » Elle ressent de la sympathie envers Julie. En fait, la situation est la même pour ces trois personnes. Ce qui change, c'est ce qu'ils se disent à propos du comportement de Julie, leur interprétation de celui-ci.

FIGURE 4.2
Liens entre l'humeur, les pensées et les comportements
dans le modèle cognitivo-comportemental de la dépression



Dans la section précédente, nous avons abordé le rôle de l'activation comportementale. Passer à l'action permet de commencer à briser le cercle vicieux de la dépression et de constater que faire des choses, bouger, aide à se sentir mieux et a un effet sur notre motivation à faire des choses. Nous allons maintenant aborder le rôle des pensées dans ce modèle.

Le rôle des cognitions

Lorsque vous êtes déprimé, vous avez tendance à percevoir votre réalité de manière particulièrement négative, comme si vous regardiez votre vie à travers une paire de lunettes qui vous fait voir seulement le côté négatif des choses. Votre estime de vous-même est faible, vous percevez le monde dans lequel vous vivez comme un endroit terrifiant et vous envisagez l'avenir comme étant sans espoir. Ces trois éléments

(perception de soi, du monde et de l'avenir) forment ce qu'on appelle «la triade cognitive» de Beck, qui est une notion fondamentale dans le modèle de la dépression développé par le fondateur de la thérapie cognitive⁹.

Un des buts principaux de la TCC est de vous fournir des outils pour vous aider à modifier vos pensées négatives (distorsions) et les remplacer par des pensées plus réalistes et nuancées à propos de vous-même, du monde qui vous entoure et de votre avenir. Il ne s'agit aucunement de vous amener à avoir une vision positive, mais bien de vous aider à acquérir une vision plus juste et plus saine de la réalité.

Les pensées automatiques

Afin d'arriver à modifier la façon dont vous pensez, il faut d'abord prendre conscience de vos pensées, ce qui n'est pas toujours facile à faire. Entre la survenue d'un événement et l'émotion ressentie face à cet événement, interviennent les «pensées automatiques».

Les pensées automatiques sont les pensées (ou images) qui vous passent par la tête en réponse à un événement ou à une situation. Ces pensées sont dites automatiques, car elles sont le plus souvent familières et habituelles et s'imposent à votre esprit sans effort. Lorsqu'il y a une émotion, il y a pratiquement toujours une ou des pensées automatiques qui la précèdent.

LA RÉÉVALUATION COGNITIVE ET SES TECHNIQUES

Qu'est-ce que la réévaluation cognitive ? C'est en quelque sorte une nouvelle façon de penser. Il s'agit d'examiner la situation en adoptant une «approche scientifique», en se basant sur des faits et non en tenant pour acquis que votre façon d'interpréter la situation représente nécessairement la réalité. Lorsque vous êtes déprimé, vous avez tendance à voir la réalité de manière déformée. Le fait de vous sentir déprimé va vous amener à interpréter la situation de façon négativement biaisée, ce qui a pour effet de renforcer l'humeur déprimée. La TCC, à ce stade-ci,

9. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., et Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford.

vise à vous apprendre à corriger cette tendance à déformer négativement la réalité, à ne voir que le côté négatif d'une situation.

Il existe différentes techniques afin de réévaluer vos pensées. Nous vous présentons les plus communes, en l'occurrence la recherche des indices et l'illustration de la cour.

La recherche des indices

La recherche des indices (preuves/contre-preuves), c'est apprendre à remettre en question votre interprétation. Lorsque vous posez un jugement sur quelque chose ou que vous interprétez une situation donnée, il faut prendre le temps de vous demander si la situation pourrait être interprétée ou expliquée différemment. Il faut prendre le temps de vous demander quelles sont les preuves réelles qui appuient votre interprétation de la situation.

Il ne s'agit pas de verser dans l'autre extrême et de développer une pensée positive à tout prix. Cette façon de faire est plutôt au cœur du développement d'une approche plus rationnelle à la vie, d'une façon plus équilibrée de vous faire une opinion d'une situation ou d'un événement donné. Cette façon de faire est plus objective que de vous fier seulement sur vos sentiments personnels et peut vous amener à découvrir qu'une situation qui semblait très noire ne l'est peut-être pas tant que cela.

L'illustration de la cour

L'illustration de la cour, c'est vous mettre en situation de jugement, comme si vous étiez devant la cour. Il faut jouer le rôle des deux avocats devant un juge qui doit déterminer si vos pensées automatiques reflètent la réalité ou non. L'avocat de la Couronne tente de fournir des preuves que ces pensées reflètent la réalité. L'avocat de la défense amène des contre-preuves ou des nuances aux preuves apportées. Par la suite, le juge prend en compte les deux versions des avocats et délibère en intégrant le tout pour obtenir une pensée plus réaliste et nuancée. Vous

devez être très rigoureux, car le juge n'accepte pas les impressions, mais bien des faits indéniables, de véritables preuves¹⁰.

GÉNÉRER DES PENSÉES ALTERNATIVES ET DÉTECTER LES DISTORSIONS COGNITIVES

L'interprétation que vous faites d'une situation représente une façon d'interpréter ce qui se passe. Mais il y en a d'autres. Quelles sont les autres explications possibles à cette situation? Comment puis-je interpréter cette situation autrement? Avant d'assumer qu'une interprétation est correcte, il peut être utile de considérer les autres possibilités, de générer des solutions de recharge aux pensées automatiques. Après l'analyse des preuves et des contre-preuves, il est important de générer une pensée alternative plus nuancée qui tient compte des deux côtés de la médaille (le pour et le contre). La présence de distorsions cognitives peut rendre difficile cette étape d'observation plus objective des pensées automatiques.

Les distorsions, ou erreurs cognitives, peuvent être comparées à une paire de lunettes qui déforme la réalité en la teintant de noir ou de négatif. Voici les erreurs cognitives les plus fréquentes.

La pensée « noir ou blanc / tout ou rien »

La pensée « noir ou blanc / tout ou rien », c'est voir les choses comme étant à l'une ou l'autre des extrémités d'un processus... c'est soit noir, soit blanc sans que ce soit possible d'observer des nuances entre ces deux couleurs situées à des pôles extrêmes.

Exemples: (1) Si une situation n'est pas parfaite, elle est nulle. (2) Si vous n'avez pas le plein contrôle d'une situation, alors vous n'en avez pas du tout. Si vous ne réussissez pas parfaitement ce que vous êtes en train de faire, alors vous sentez que vous avez raté votre vie, que vous ne valez rien de toute façon. (3) Les gens qui vous entourent sont soit entièrement bons, soit entièrement mauvais. Par exemple, votre relation

10. Pour en savoir plus sur la réévaluation cognitive, vous pouvez consulter le livre de Greenberger et Padesky (2004).

de couple est soit bonne, soit mauvaise... vous avez de la difficulté à voir qu'elle comporte des points positifs et des points négatifs.

La surgénéralisation

La surgénéralisation, c'est généraliser les particularités d'une situation à l'ensemble des situations vécues ; c'est assumer que ce qui est vrai dans un cas est vrai dans tous les autres cas. Bref, parce que quelque chose de difficile s'est produit dans une situation donnée, vous avez tendance à penser que toutes situations semblables sont sans espoir.

Exemples: (1) Au travail, vous avez quelques difficultés à utiliser un nouveau logiciel. Parce que vous n'avez pas de bons résultats dans cette situation précise, vous vous considérez comme étant incompetent pour le poste que vous occupez ou vous considérez que vous êtes moins intelligent ou compétent que vos collègues. (2) Vous venez de vivre une relation de couple difficile qui s'est soldée par une séparation. Or, cette décision venait surtout de votre conjoint ou conjointe et vous vous êtes senti rejeté. Vous avez maintenant l'impression que plus personne ne vous aimera, que vous allez demeurer seul le reste de votre vie. (3) Lors de votre dernier emploi, votre patron critiquait beaucoup votre travail, vous avez l'impression que votre prochain patron aussi vous critiquera beaucoup.

Focaliser sur les aspects négatifs

Focaliser sur les aspects négatifs, c'est cette tendance à ne voir que les côtés négatifs d'une situation et en ignorer les aspects positifs.

Exemples: (1) Vous avez tendance à ne penser qu'aux aspects négatifs de votre personne, qu'aux défauts ou aux aspects de vous-même que vous n'aimez pas et à ignorer les aspects positifs. (2) Vous avez tendance à ne penser qu'aux aspects négatifs des personnes qui vous entourent et du monde dans lequel vous vivez. (3) Vous avez tendance à rechercher vos défauts, à ruminer et ressasser ceux-ci dans votre tête plutôt que de chercher un moyen de vous améliorer. (4) Vous avez tendance à ne considérer que les situations dans lesquelles vous manquez de contrôle dans votre vie plutôt que de trouver des solutions qui vous aideraient à acquérir une meilleure maîtrise de ces situations.

Sauter aux conclusions

Cette distorsion cognitive consiste à tirer une conclusion hâtive, sans avoir assez d'information pour vous permettre de conclure quoi que ce soit alors que d'autres solutions sont possibles.

Exemples: (1) Vous remarquez un symptôme physique et vous assumez immédiatement que vous avez une maladie physique grave. (2) Vous entendez un bruit dans la maison et vous assumez immédiatement que ce doit être un voleur qui tente de s'introduire chez vous. (3) Un ami annule un rendez-vous et vous assumez immédiatement qu'il ne souhaite plus vous voir. (4) Votre conjoint est en retard, vous assumez immédiatement qu'il doit avoir eu un accident.

La pensée catastrophique

La pensée catastrophique, c'est la tendance à se faire des scénarios de catastrophes qui pourraient se produire.

Exemples: (1) Vous imaginez en détail une situation en imaginant le pire qui pourrait se produire et vous vous repassez les détails à répétition dans votre tête. (2) Vous imaginez une situation qui serait probablement gérable comme étant une catastrophe pour vous.

LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Bien que votre pensée lorsque vous êtes déprimé soit souvent biaisée par un filtre négatif et qu'elle contienne davantage d'erreurs cognitives typiques à la dépression, une interprétation négative d'une situation donnée ou d'un événement ne signifie pas que vous interprétez toujours de manière biaisée la situation. Des problèmes réels, ayant d'ailleurs souvent beaucoup de répercussions sur votre quotidien, peuvent être présents. Lorsque des problèmes réels sont détectés, vous avez besoin d'être outillé pour y faire face et trouver des solutions afin de les régler. Le but poursuivi avec la TCC est aussi de vous amener à être capable d'appliquer la résolution de problèmes afin de trouver des solutions à certaines situations problématiques qui maintiennent la dépression. La résolution du problème se fait en cinq étapes, décrites ci-dessous.

La perception du problème

La perception du problème est influencée par vos premières réactions lorsque survient un problème. Il existe plusieurs façons de percevoir un problème, influencées entre autres par le problème lui-même, par les connaissances que vous en avez, par votre expérience et vos habiletés à résoudre ce genre de situations. On peut imaginer les nombreuses perceptions possibles sur un ruban à mesurer ou par les points d'une série qui s'échelonnent de 1 à 10 :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
«Ce problème représente un défi à relever»					«Ce problème représente une grande menace à mon bien-être»				

Diverses perceptions se situent entre ces deux extrémités, comme le fait de trouver anormal d'avoir un problème ou le fait de ne pas considérer qu'il existe un problème.

La perception du problème, la façon dont vous le considérez, est primordiale puisqu'elle influence toutes les autres étapes du processus de résolution de problèmes. La perception négative nuit de différentes façons à la résolution du problème. D'abord, une réaction négative dès le début diminue vos chances de considérer le problème de manière objective, c'est-à-dire de prendre un certain recul émotif. Le fait de centrer votre attention sur les aspects menaçants du problème diminue votre compréhension du problème. La recherche de solutions de rechange – comment la situation pourrait être réinterprétée – et le choix de la meilleure solution possible risquent aussi d'être affectés par votre perception négative. Vous risquez de juger et de rejeter trop rapidement les idées que vous avez pour le résoudre puisqu'aucune solution ne semble à première vue adéquate ou «à la hauteur». Il se peut que vous arrêtiez dès cet instant le processus de résolution de problème, préférant ne rien choisir plutôt que de risquer de vous tromper. Dans ce cas, le problème et la détresse émotionnelle persisteront. Si vous arrivez tout de même à choisir une solution, vous risquez d'avoir de la difficulté à l'appliquer puisque vous êtes convaincu qu'il ne vaut pas la peine

d'essayer. La façon de mettre en œuvre votre solution peut faire défaut si vous croyez encore que votre problème est insurmontable. L'anticipation d'un échec réduit votre motivation à y mettre tous les efforts nécessaires. Enfin, l'évaluation des résultats peut, elle aussi, être biaisée par votre vision négative du problème. Vous ne vous attribuez pas le succès, vous croyez plutôt avoir été chanceux, tandis que vous évaluez un résultat négatif comme la confirmation de l'aspect insurmontable et menaçant du problème. Changer votre perception du problème implique d'abord d'essayer de le voir de façon plus nuancée.

La définition du problème et la formulation d'objectifs

Avant d'essayer de résoudre un problème, il faut commencer par le début : il est important de bien le définir. Même si cela peut sembler évident, il arrive que vous tentiez de trouver des solutions à des problèmes vagues et confus. Il arrive aussi que vous «mélangiez les problèmes» et que vous tentiez de résoudre plus d'un problème à la fois ! Il va sans dire que, lorsque vous tentez de résoudre plus d'un problème à la fois, les solutions s'avèrent souvent décevantes. Lorsque vous prenez conscience d'un problème, il est donc essentiel de le décrire de façon précise et concrète afin de trouver des solutions efficaces. Un problème mal défini mènera souvent à des solutions partielles ou, pis encore, à des tentatives de résolution de problèmes qui risquent d'amplifier le problème.

Afin de définir convenablement un problème, vous pouvez vous poser les questions suivantes : Qu'est-ce qui me dérange ? Qui est impliqué ? Quand la situation se produit-elle ?

La recherche de solutions

L'objectif visé ici est de produire le plus de solutions possibles afin de maximiser vos chances que la meilleure solution se retrouve parmi celles-ci. Même si ce principe semble très simple, peu de gens produisent plusieurs solutions de rechange avant de prendre une décision. La plupart des personnes trouvent une seule solution et l'appliquent sans avoir pris le temps de penser à d'autres possibilités. Pourquoi ? Parce qu'il y a des obstacles au fait de générer plusieurs solutions de rechange. Le premier obstacle est l'habitude. Même si les habitudes peuvent parfois vous aider

à résoudre des problèmes, elles peuvent, dans certains cas, y nuire. Par exemple, lorsque vous appliquez de vieilles habitudes à de nouveaux problèmes, il est possible que votre solution soit inefficace. Le deuxième obstacle est la bienséance. En suivant les règles de bienséance, vous pouvez facilement avoir l'impression de faire « la bonne chose », même lorsque ce n'est pas le cas. Afin de générer autant de solutions de rechange que possible, les principes suivants sont utiles :

- a) **Principe de quantité** : plus il y a de solutions produites, plus il y aura de solutions de qualité qui seront disponibles.
- b) **Principe de variété** : plus les solutions de rechange sont variées, plus il y aura de solutions de qualité.
- c) **Principe du report de l'évaluation** : à cette étape-ci, il ne s'agit que d'émettre des idées de solution, et non de les évaluer. Un plus grand nombre de solutions de qualité seront produites si l'on reporte l'évaluation des solutions potentielles à l'étape suivante, c'est-à-dire lors de la prise de décision. Ce principe de « remue-méninges » implique que même des idées de solutions qui semblent à première vue farfelues peuvent mener à d'autres idées de solutions efficaces.

Le choix d'une solution

Une fois que vous avez pensé à plusieurs solutions de rechange, vous pouvez passer à l'étape de la prise de décision. L'objectif de cette étape est de choisir la meilleure solution parmi les solutions de rechange retenues. Il s'agit bien de choisir la meilleure solution et non la solution parfaite. La recherche d'une solution parfaite est un obstacle important à la prise de décision puisqu'une décision parfaite n'existe pas ! En gros, il s'agit d'évaluer les « pour et les contre » de chaque solution afin de choisir la meilleure. Il peut être utile de donner un score de 1 à 10 à chacune des solutions possibles. À cette étape, vous pouvez ensuite procéder selon un « processus d'élimination ». Dans un premier temps, vous devez éliminer les solutions qui sont clairement inférieures. Les questions suivantes peuvent vous aider dans l'évaluation des solutions restantes et vous guider dans votre choix :

- a) *Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter ?*
- b) *Quelles sont les conséquences de cette solution à court terme et à long terme ?*
- c) *Quelles sont les conséquences de cette solution pour moi et pour mon entourage ?*
- d) *Quelles sont les chances (la probabilité) que cette solution « fonctionne » ?*

En répondant à ces questions pour chaque solution, il est possible d'arriver à choisir une solution ou une combinaison de solutions qui offre de bonnes chances d'obtenir des avantages intéressants à court et à long terme, pour vous et pour les gens de votre entourage.

L'application de la solution choisie et l'évaluation des résultats

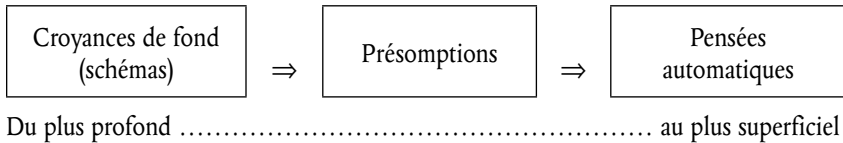
Mettre en application la solution choisie et évaluer son efficacité constitue la dernière étape de la résolution de problème. En d'autres mots, la solution permet-elle d'atteindre les objectifs fixés au départ ? L'application de la solution est bien sûr influencée par vos habiletés comportementales personnelles. Il peut être nécessaire de « se pratiquer » avant d'appliquer la solution dans la situation problématique réelle. Par exemple, avant de demander à quelqu'un de changer un comportement, il peut être utile de procéder à un jeu de rôle (faire comme si, se pratiquer seul ou avec un proche non concerné directement par la situation, etc.).

Après avoir appliqué la solution, vous devez évaluer son efficacité sur le problème comme tel et sur votre humeur. Le processus de résolution de problèmes est intimement lié à votre humeur – une solution efficace doit donc mener à un soulagement émotionnel. Si la solution ne vous permet pas d'atteindre vos objectifs de résolution de problèmes, il faut retourner à l'étape de la prise de décision et choisir une autre solution. Par contre, si votre solution est efficace, le processus de résolution de problèmes est terminé. C'est alors le temps de vous récompenser pour un travail bien fait ! Faites-vous plaisir !

LES NIVEAUX DE CROYANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DE SCHÉMAS

Dans le modèle cognitivo-comportemental de la dépression, on peut distinguer trois niveaux de croyances (figure 4.3).

FIGURE 4.3
Niveaux de croyance



Les pensées automatiques

Les pensées automatiques, que vous connaissez bien maintenant, représentent le premier niveau de croyances. Ce sont les pensées les plus faciles à repérer, les plus accessibles à la conscience. Comme nous l’avons déjà vu, les pensées automatiques représentent en quelque sorte notre discours interne, ce que nous nous disons à propos des événements que nous vivons et des gestes que nous faisons, ou que nous avons à faire. Or, ces pensées viennent de quelque part... Elles viennent d’un niveau plus profond de croyances, les présomptions, qui représentent le deuxième niveau, et des croyances de fond, qui représentent le troisième niveau, soit le niveau le plus profond¹¹. Les croyances de fond engendrent les présomptions et ensuite les pensées automatiques.

Les présomptions

Les présomptions ne sont pas si faciles à repérer. Alors que les pensées automatiques prennent la forme d’un message verbal que vous vous dites à vous-même, les présomptions que vous faites à propos de vous-même ou d’une situation doivent souvent être inférées à partir de vos comportements ou de vos gestes. Si vous les mettiez en mots, elles prendraient

11. Pour une description théorique et pratique détaillée des niveaux de cognitions et des interventions si rapportant, vous pouvez consulter le livre de Chaloult (2008).

souvent la forme d'une règle implicite : « Si j'ai fait ceci, alors cela doit vouloir dire que... » Par exemple : « Si je confie mes craintes à quelqu'un, il va trouver que je suis ridicule, je perdrai donc la face. » Ou encore : « Si je ne fais pas les choses à la perfection, je ne vauds rien. » En quelque sorte, vos présomptions agissent comme des règles qui guident vos gestes et vos comportements quotidiens. Elles vous informent aussi sur la façon dont vous vous percevez vous-même, dont vous percevez les autres et le monde qui vous entoure.

Les croyances de fond (schémas)

Les croyances de fond ou les schémas sont des thèmes ou des modèles de croyances qui débute généralement dans l'enfance et se répètent tout au long de la vie. Les croyances de fond dysfonctionnelles négatives représentent une vision absolue, c'est-à-dire une vision non nuancée de vous-même, des autres et du monde dans lequel vous vivez. Par exemple, si votre schéma est que vous ne valez rien, vous croirez que cela est vrai en toutes circonstances et avec tout le monde qui vous entoure. Il y a alors une croyance profondément ancrée en vous : vous croyez dur comme fer que vous ne valez rien. Par contre, cette pensée n'est pas toujours activée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas toujours présente. Généralement, lorsqu'un schéma est « activé », c'est-à-dire que vous en arrivez à une conclusion qui rejoint cette vision que vous avez de vous-même, vous ressentez alors une émotion négative intense telle que la colère, le deuil, la haine de soi, la culpabilité, la honte, une tristesse profonde ou la peur.

Comme il est possible de retracer et d'évaluer vos pensées automatiques, il est possible de repérer et d'évaluer vos présomptions et vos croyances de fond (schémas). Apprendre à modifier ses présomptions et ses schémas dysfonctionnels contribue à réduire le nombre de pensées automatiques et de distorsions cognitives négatives et facilite aussi la confrontation de ces pensées automatiques dysfonctionnelles. C'est un peu comme couper la racine du pissenlit afin qu'il ne repousse plus, plutôt que de le couper à sa base sans en attaquer les racines... Il repousse continuellement et le travail est à refaire. Notez bien qu'il est mieux de toujours le recouper que de les laisser envahir sa pelouse (pour autant que ce soit ce que l'on souhaite bien sûr!).

Certains auteurs ont décrit plusieurs schémas dysfonctionnels. Par exemple, les 18 schémas mentionnés par Jeffrey Young et énumérés ci-dessous sont regroupés en cinq grands thèmes.

1) La séparation et le rejet :

- Abandon / Instabilité
- Méfiance / Abus
- Carence affective
- Imperfection
- Exclusion

2) L'autonomie et la performance altérée :

- Dépendance / Incompétence
- Vulnérabilité au danger (événements du hasard)
- Fusion avec autrui / Soi faible
- Échec

3) Les limites déficientes :

- Tout nous est dû
- Discipline personnelle et maîtrise de soi insuffisantes

4) La centration sur autrui :

- Assujettissement
- Sacrifice de soi
- Recherche d'approbation

5) La vigilance à outrance et l'inhibition :

- Vulnérabilité aux erreurs
- Inhibition émotionnelle
- Exigences élevées
- Punition

Comment les schémas se développent-ils ?

Les schémas se développent généralement durant l'enfance. En tant que jeune enfant, vous commencez à comprendre votre environnement en organisant vos expériences en modèles familiaux. Lors de l'acquisition du langage, vous commencez à l'utiliser pour donner un sens aux expériences que vous vivez. Basé sur ces expériences, vous faites l'acquisition de connaissances telles que « les chiens mordent » ou « les chiens sont gentils », qui guideront vos comportements subséquents. Vous apprenez aussi des « règles » des gens qui vous entourent, telles que « les grands garçons ne pleurent pas ». Ces règles ne sont pas nécessairement vraies (les garçons de tous âges pleurent), mais, en tant que jeune enfant, vous ne possédez pas encore les habiletés mentales nécessaires pour faire la part des choses et développer une pensée plus flexible.

Au fur et à mesure que vous vieillissez, les règles et les croyances deviennent plus flexibles dans la majorité des domaines de votre vie. Vous apprenez, par exemple, à approcher un chien qui branle la queue et à éviter les chiens qui grognent. Vous apprenez à dire bonjour à vos collègues qui vous répondent et à ne pas saluer ceux qui ne vous répondent pas, à amorcer une discussion possiblement conflictuelle avec votre conjoint lorsqu'il a l'air reposé et détendu et non lorsqu'il a l'air tendu ou préoccupé à propos de son travail. Vous apprenez qu'un comportement donné peut être mauvais dans un contexte et bon dans un autre. Toutefois, certaines de vos croyances demeurent absolues ou non nuancées, même lorsque vous êtes rendu à l'âge adulte.

Une croyance a toutefois tendance à demeurer absolue lorsqu'elle est développée à la suite d'un événement très traumatisant ou lorsque vos expériences vécues durant l'enfance vous convainquent que ces croyances sont vraies, peu importe le contexte. Parce que les croyances de fond vous aident à donner un sens à votre environnement à un âge précoce, il ne vous est peut-être jamais arrivé d'évaluer si les croyances que vous avez représentées des façons utiles de comprendre vos expériences. Plutôt, comme adulte, il est possible que vous pensiez, agissiez et vous sentiez comme si ces croyances étaient encore 100 %

vraies. Avec du temps et des efforts, il est possible d'arriver à modifier ces schémas rigides¹².

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE

Même après avoir suivi un traitement efficace pour la dépression, il est possible qu'à un moment donné certains symptômes de dépression reviennent. Il est tout à fait normal que cela soit ainsi. Premièrement, tout le monde, même les gens qui n'ont jamais fait de dépression, se sentent déprimés à l'occasion face à des situations ou des événements particuliers, ou simplement à cause d'une mauvaise journée. Deuxièmement, la plupart des gens qui ont fait une dépression majeure demeurent sensibles aux émotions négatives. Une guérison miracle ne surviendra pas immédiatement après la fin d'un traitement. Il est important de continuer à travailler sur ce que vous avez reconnu comme étant vos points vulnérables, c'est-à-dire les pensées automatiques négatives, les comportements défaitistes et les schémas dysfonctionnels.

Toutefois, on peut éviter que la dépression revienne avec l'intensité avec laquelle l'épisode précédent a été vécu. Il est important de détecter rapidement les symptômes précurseurs à la dépression et d'agir dès que vous les reconnaissez. En continuant à mettre en pratique les stratégies apprises et utilisées pendant le traitement, vous deviendrez votre propre thérapeute. Aussi, vous ne devez pas oublier de continuer à vous accorder des moments d'activités plaisantes.

Un des points les plus importants à retenir est qu'une humeur déprimée face à un événement ou une situation donnée (ou simplement à la suite d'une mauvaise journée) ne représente pas un échec, mais plutôt un signe qu'il faut mettre en pratique les stratégies apprises jusqu'à maintenant : s'activer, confronter les pensées automatiques et, s'il y a lieu, mettre en pratique la résolution de problèmes, etc. Vous pouvez aussi vous poser la question suivante : Que puis-je apprendre de cet épisode ? « Je n'aime pas du tout me sentir comme ça de nouveau, mais, plutôt que de paniquer et d'entrevoir la catastrophe, je dois m'arrêter et voir ce que je peux faire. Si j'ai un plan d'action et que je le suis,

12. Pour en savoir plus sur les schémas cognitifs, vous pouvez consulter le livre de Young et Klosko (2003).

peut-être que mes symptômes ne seront pas si intenses cette fois-ci et que je ne me retrouverai pas au fond du gouffre. »

CONCLUSION

La dépression et les troubles de l'humeur sont très fréquents. Heureusement, il existe plusieurs types de traitements efficaces pour les traiter. La TCC est la forme de psychothérapie qui a accumulé le plus de données probantes démontrant son efficacité pour traiter les troubles de l'humeur et prévenir les rechutes. Ce chapitre vous a sommairement présenté quelques outils pour vous aider à mieux comprendre et gérer les symptômes dépressifs. Si vous êtes intéressé à en savoir plus sur ces troubles, ou si vous voulez approfondir votre démarche thérapeutique, nous vous suggérons de consulter les différents livres et sites Internet suggérés ci-dessous. Par contre, si vos symptômes sont invalidants et que vous désirez obtenir de l'aide pour les difficultés reliées à ces troubles, nous vous suggérons de consulter un psychologue ou un psychothérapeute certifié par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ).

LECTURES SUGGÉRÉES

- Addis, M.E., et Martell, C.R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Bilsker, D., et Paterson, R. (2009). *Guide d'autosoins pour la dépression : développer des stratégies pour surmonter la dépression* (2^e édition). Vancouver : Simon Fraser University (<http://www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf>).
- Burns, D. (1994). *Être bien dans sa peau*. Saint-Lambert : Les Éditions Héritage.
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Greenberger, D., et Padesky, C. (2004). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Montréal : Éditions Décarie.
- Mirabel-Sarron, C. (2002). *La dépression, comment en sortir*. Paris : Odile Jacob.
- Mirabel-Sarron, C., et Leygnac-Solignac, I. (2011). *Les troubles bipolaires : de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif* (2^e édition). Paris : Dunod.
- Young, J.E., et Klosko, J.S. (2003). *Je réinvente ma vie*. Montréal : Éditions de l'Homme.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales (ACTCC-CACBT)

www.actcc.ca

L'ACTCC a pour objectifs la formation, l'avancement des connaissances, la promotion auprès du public et la certification des thérapeutes spécialisés en TCC. Le site contient plusieurs informations sur la pratique de la TCC au Canada.

Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ)

www.cpsquebec.ca, 1 866 APPELLE

Le CPSQ est un organisme communautaire à but non lucratif qui offre des services professionnels et spécialisés afin de promouvoir la prévention et l'intervention auprès des personnes suicidaires, de leurs proches et des personnes endeuillées par suicide. De plus, le CPSQ donne de la formation adaptée aux besoins des personnes intéressées à en savoir davantage sur cette problématique.

Ordre des psychologues du Québec (OPQ)

www.ordrepsy.qc.ca

L'OPQ met à votre disposition un service de référence gratuit sur son site Internet. Pour recevoir une aide similaire à ce qui est décrit dans le présent chapitre, sélectionnez l'orientation théorique « Cognitive/Comportementale ».

Qualaxia

www.qualaxia.org

Qualaxia est un organisme qui vise à remédier aux problèmes de santé mentale, en soutenant des actions efficaces de promotion de la santé, de prévention et de traitement des troubles mentaux les plus fréquents, dont la dépression. Qualaxia est un réseau de chercheurs, d'experts, de décideurs, de gestionnaires et de cliniciens qui souscrivent à cette mission. Plusieurs ressources, dont le PHQ-9, des guides de pratique et des manuels d'autotraitement sont disponibles sur le site de l'organisme.

Revivre

www.revivre.org

Revivre est un organisme sans but lucratif qui vient en aide aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires et à leurs proches, et ce partout au Québec, en collaboration avec le réseau institutionnel et communautaire en santé mentale. En plus de l'information, cet organisme offre du soutien direct aux personnes, par l'intermédiaire d'une ligne d'écoute et de groupes d'entraide.

Société canadienne de psychologie (SCP)

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/depression

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/troublebipolaire

La SCP regroupe plusieurs milliers de psychologues du Canada. Elle a pour objectifs d'améliorer la santé et le bien-être de tous les Canadiens, de promouvoir l'excellence et l'innovation dans la recherche, l'éducation et la pratique en psychologie, de promouvoir l'avancement, le développement, la diffusion et l'application des connaissances en psychologie, et de fournir des services de haute qualité aux membres. La SCP publie différents feuillets d'informations sur plusieurs troubles de santé mentale, dont la dépression et le trouble bipolaire.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada

www.troubleshumeur.ca

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC) est un organisme caritatif bénévole national axé sur les besoins des usagers et voué à défendre leurs intérêts, ceux des familles et des aidants naturels quant aux questions concernant la santé mentale et la maladie mentale, plus particulièrement la dépression, le trouble bipolaire, et d'autres troubles de l'humeur connexes. Plusieurs ressources sont disponibles sur le site de l'organisme.

Chapitre 5

La maladie d'Alzheimer : plus qu'une maladie de l'oubli

Martine Simard, Jessica Talon et Laurence Brunelle-Hamann
École de psychologie, Université Laval

Le phénomène du vieillissement de la population est actuellement en expansion partout dans le monde. En 2013, plus de 600 millions d'individus sur la planète sont âgés de plus de 60 ans et ce nombre s'accroît de 2 % chaque année. Le vieillissement est depuis longtemps associé à une plus grande sagesse, fruit de l'accumulation des connaissances et des expériences de toute une vie. Le vieillissement est aussi une période de la vie souvent reliée à plusieurs aspects agréables tels qu'un plus grand intérêt pour les relations sociales, amicales et familiales ainsi que pour la recherche et l'expérimentation des émotions positives. Malheureusement, le vieillissement peut aussi, quelquefois, engendrer des problèmes de santé physique et mentale. Parmi ces difficultés de santé, on retrouve les maladies neurodégénératives et les démences ou troubles neurocognitifs.

De quoi s'agit-il lorsque nous parlons de maladies neurodégénératives et de démences? Une maladie neurodégénérative survient lorsque les cellules du cerveau, c'est-à-dire les neurones, meurent ou se détériorent et créent de ce fait des problèmes de fonctionnement dans la vie quotidienne de la personne atteinte. Il est question de démence ou de trouble neurocognitif lorsque l'atteinte cérébrale ou la maladie neurodégénérative entraîne une détérioration progressive des processus mentaux ou intellectuels, aussi appelés les fonctions cognitives. Par conséquent, le mot démence est un terme médical qui n'est pas synonyme de folie. Le terme «démence» est toutefois appelé à disparaître progressivement car, dans

la version la plus récente du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, appelé le DSM, paru en 2013 (DSM-5), il est remplacé par l'expression «troubles neurocognitifs». Le DSM-5 constitue le manuel de référence pour l'établissement d'un diagnostic de trouble mental. Ce livre est largement utilisé par les psychiatres, les psychologues et les neuropsychologues. Cependant, étant donné que l'expression «troubles neurocognitifs» est encore très récente, les données actuellement disponibles dans les écrits scientifiques utilisent essentiellement le terme «démence». C'est donc ce terme qui sera utilisé dans le présent chapitre.

L'étude appelée «Raz de marée», commandée par la Société Alzheimer du Canada, a établi que 480 600 Canadiens étaient atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) ou d'une affection connexe en 2008, ce qui représente 1,5 % de la population. D'ici 2038, le nombre devrait plus que doubler et atteindre 1 125 200 personnes ou 2,8 % de la population canadienne.

Il existe plusieurs formes de démences qui se distinguent par leur tableau clinique et leur étiologie, c'est-à-dire que les personnes atteintes de différentes formes de démence ne présentent pas toutes les mêmes symptômes, et ces symptômes n'ont pas tous les mêmes causes. La démence due à la MA est à la fois la plus connue, la plus fréquente et la plus étudiée des démences affectant les personnes âgées. Présentement, environ 150 000 Québécois sont atteints de la MA ou d'une maladie apparentée. Il est clair, par conséquent, que cette maladie représente un important enjeu à la fois pour la santé des individus et de leur famille et pour la société. En effet, les coûts associés au traitement et aux soins à apporter aux personnes atteintes de la maladie et en perte d'autonomie sont très élevés, car, pour chaque personne atteinte de la MA, dix personnes de son entourage se trouveront affectées d'une manière ou d'une autre, surtout comme proches aidants, par les effets de la maladie. La situation est préoccupante car, bien qu'il existe maintenant des options thérapeutiques permettant de soulager ou de stabiliser certains de ses symptômes, la MA demeure incurable. En effet, les approches thérapeutiques actuelles visent principalement à stabiliser le fonctionnement des personnes atteintes pendant une certaine période. Tous ces traitements ont en commun le fait que plus ils sont administrés tôt dans le processus de la démence due à la MA (c'est-à-dire au stade léger de la démence), meilleures sont les chances que la personne atteinte réponde de manière

positive au traitement. Il découle de ce fait que les personnes adultes saines doivent tenter, dans la mesure du possible, d'adopter des habitudes de vie pour prévenir la maladie. Les personnes atteintes ont pour leur part davantage à être diagnostiquées le plus tôt possible dans le processus de la maladie. Un diagnostic établi en début de maladie permet à la personne atteinte de recevoir rapidement les traitements adéquats, les soins et le soutien dont elle-même et son entourage auront besoin pendant la maladie.

Le meilleur moyen pour obtenir un diagnostic précoce et un traitement rapide est de bien connaître les premiers symptômes de la maladie ; en connaître les mécanismes biologiques peut également aider à mieux comprendre la MA. Il importe aussi de savoir comment et par qui la maladie peut être diagnostiquée. Acquérir une connaissance des interventions qui permettent de stabiliser les symptômes de la MA de manière sécuritaire peut être utile aux patients et aux proches aidants.

Le présent chapitre s'inscrit dans la volonté d'informer le public des derniers résultats de la recherche concernant le diagnostic de la MA et des traitements offerts ensuite à la personne atteinte de la maladie. Dans cette perspective, la première section traitera des étapes et des examens permettant de poser le diagnostic clinique de la maladie. À l'intérieur de cette section, les mécanismes biologiques de la maladie et son évolution seront également présentés. Ces informations peuvent aider à mieux comprendre la MA et le rôle des traitements pharmacologiques disponibles pour son traitement. Les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques des symptômes de la MA seront ensuite présentés, de même que leur effet sur l'évolution de la maladie. Enfin, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la maladie seront décrits car la prévention revêt beaucoup d'importance dans le combat mené contre la MA et les troubles neurocognitifs.

EN QUOI CONSISTE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET COMMENT EST-ELLE DIAGNOSTIQUÉE ?

Le diagnostic clinique

Il y a eu énormément de recherche scientifique au cours des quarante dernières années afin de permettre aux médecins, aux neuropsychologues et aux autres professionnels de la santé d'identifier les premiers

symptômes de la MA et de les distinguer de ceux d'une autre démence ou d'une autre maladie. Depuis la publication des premiers critères diagnostiques de la MA en 1984, les données des études révèlent qu'environ 81 % des personnes ayant la maladie ont pu être correctement diagnostiquées au fil des ans tandis qu'environ 70% des personnes présentant des symptômes pouvant être confondus avec ceux de la MA, mais ne souffrant pas de la MA, ont été adéquatement identifiées. Il faut ici souligner qu'il importe que les personnes atteintes consultent l'équipe médicale en début de maladie, car, lorsque la démence atteint un stade plus avancé, il devient beaucoup plus difficile de distinguer cliniquement les différentes formes de démences neurodégénératives. En 2011, un comité du National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease (NIA-AA) réunissant des experts internationaux a révisé les critères diagnostiques de la MA pour tenir compte des dernières avancées de la recherche. Ce sont actuellement ces critères¹, décrits ci-dessous, qui sont les plus utilisés pour diagnostiquer la MA.

Ainsi, pour recevoir un diagnostic de la MA, une personne doit d'abord présenter des difficultés cognitives ou comportementales qui interfèrent avec son fonctionnement quotidien, que ce soit au travail ou dans ses activités familiales ou sociales. La personne souffrant de démence devra ainsi présenter des atteintes dans au moins deux domaines cognitifs ou comportementaux parmi :

1. La mémoire, définie comme étant la capacité à apprendre et à se rappeler des informations sur une base quotidienne. Une difficulté de mémoire pourra par exemple se manifester sous la forme de questions ou de conversations répétitives, d'oublis de certains événements ou de rendez-vous, d'oublis de routes familières et de rangement de différents objets aux mauvais endroits (par exemple, le litre de lait se retrouve dans une armoire au lieu du réfrigérateur).
2. Les fonctions exécutives, définies comme étant les capacités à raisonner, à juger, à organiser et à planifier une action orientée

1. McKhann, G.M., et collab. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimer's & Dementia*, 7 (3), 263-269.

vers un but, ainsi que la capacité de changer de stratégie lorsque la situation l'exige. Concrètement, ces difficultés peuvent se manifester par exemple en début de maladie par une mauvaise compréhension des risques de sécurité liés à une mauvaise conduite automobile, par l'inhabileté ou la difficulté à gérer les finances ou par l'incapacité à organiser un événement exigeant la coordination de plusieurs activités.

3. Les habiletés visuospatiales, définies comme étant les capacités à analyser et à comprendre l'information visuelle et spatiale. Des difficultés à ce niveau pourraient se manifester par une difficulté à reconnaître des visages ou des objets présents dans le champ de vision central en dépit d'une bonne acuité visuelle, ou encore par une difficulté à orienter correctement les vêtements sur le corps. Dans ce dernier cas, la personne peut par exemple essayer d'enfiler un chandail par les jambes.
4. Le langage permettant à la personne de parler, de lire, d'écrire et de comprendre adéquatement les paroles entendues ou les textes lus. Des difficultés à ce niveau, en début de maladie, peuvent être caractérisées entre autres par une difficulté à trouver ses mots pendant la conversation, des hésitations en parlant, des difficultés d'orthographe et d'écriture. Les difficultés de compréhension du langage en début de démence sont en revanche peu caractéristiques de la MA.
5. Les changements de comportement ou de personnalité. Ceux-ci sont souvent des comportements que la personne avait peu l'habitude de présenter avant les premiers symptômes de la maladie. Ils peuvent inclure des fluctuations de l'humeur, de l'agitation, une perte de motivation ou une motivation altérée, un manque d'initiative, de l'apathie ou de la léthargie, un retrait social, une perte d'empathie à l'égard des soucis, des émotions des autres personnes, des comportements empreints d'obsessions et de compulsions, ou des comportements socialement inacceptables.

Toutes ces difficultés cognitives ou comportementales doivent représenter un déclin par rapport au fonctionnement antérieur de l'individu. Il se pourrait donc que la personne chez qui on soupçonne le développement d'une MA fasse l'objet de plusieurs évaluations par

l'équipe médicale et paramédicale sur une période de plusieurs mois à plusieurs années, pour des raisons diagnostiques et pour assurer le suivi à la suite de la prescription d'un ou plusieurs traitements. Il est recommandé de consulter son médecin de famille lorsqu'une personne croit que l'une ou plusieurs des fonctions énumérées précédemment se sont détériorées. Le médecin procédera d'abord à une entrevue où il tentera d'obtenir différentes informations sur les plaintes cognitives et l'évolution des difficultés cognitives. Pour cette première visite ainsi que pour les visites ultérieures et avec d'autres professionnels de la santé, il est important que la personne soit accompagnée d'un proche qui la connaît bien. Le médecin pourra ainsi recueillir des informations auprès de ce proche, entre autres pour juger à quel point les difficultés cognitives ressenties ou perçues par le patient ont pu être observées par des tiers et peuvent avoir des retentissements dans la vie quotidienne du patient et de son entourage. Après cette entrevue, le médecin pourra décider d'administrer lui-même un ou plusieurs tests très courts d'une durée d'environ 5 à 15 minutes et il pourra ensuite recommander la personne en neuropsychologie pour un examen plus approfondi de ses capacités cognitives et comportementales. Le neuropsychologue peut être consulté en milieu hospitalier, où ses services seront gratuits, mais pour lesquels il y a souvent une liste d'attente, ou encore en cabinet privé, où les honoraires peuvent être totalement ou partiellement remboursés par la police d'assurance de la personne évaluée.

Avant qu'un diagnostic de la MA soit posé, il faut que les difficultés cognitives ne puissent pas être expliquées par un autre trouble médical, neurologique ou psychiatrique, par les effets secondaires d'une médication ou par une mauvaise gestion de la prise de médicaments. Dans cette perspective, un bilan neuropsychologique complet est souhaitable d'une part pour établir un meilleur diagnostic différentiel, mais aussi pour faciliter le choix d'un traitement adapté à l'individu. Ce processus pourra éventuellement contribuer à la mise au point d'un programme de réadaptation cognitive conçu pour répondre aux besoins du patient. Cet aspect sera abordé de manière plus détaillée dans la section du chapitre portant sur les options de traitement. Le médecin procédera également à un examen physique complet, toujours dans l'objectif d'éliminer d'autres diagnostics possibles. Il est ainsi fréquent que la personne se plaignant de troubles cognitifs soit confiée à un

neurologue ou à un psychiatre ou à d'autres médecins pour des examens complémentaires.

Toujours dans l'objectif de poser un bon diagnostic, la personne devra passer divers tests, dont un bilan sanguin et un ou plusieurs tests d'imagerie cérébrale tels que la tomographie cérébrale (communément appelée TACO), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) structurale ou fonctionnelle, la tomographie par émission de positons (aussi appelée TEP) ou la tomographie cérébrale par émission monophotonique (TEMP; appelée aussi SPECT qui est l'acronyme anglophone de cet examen). Une analyse du liquide céphalo-rachidien pourra également être faite. Tous ces examens détectent, dans le cerveau du patient vivant, différents marqueurs biologiques (ou bio-marqueurs) qui corroborent la présence de la MA et qui peuvent même devancer son diagnostic clinique. En effet, les bio-marqueurs peuvent être présents dans le cerveau d'une personne alors que celle-ci est encore cliniquement asymptomatique (voir ci-dessous la section sur l'évolution de la MA). Les bio-marqueurs sont en fait des anomalies pathologiques typiques de la MA et qui n'étaient visibles qu'à l'autopsie avant les récents développements des techniques de laboratoire et d'imagerie cérébrale. Le lecteur trouvera une description de ces marqueurs biologiques plus loin dans le texte, dans la description du cerveau des patients souffrant de la MA.

Il faut donc savoir que le diagnostic de la MA est d'abord et avant tout clinique et qu'il est toujours assorti d'un adjectif tel que « probable » ou « possible ». Ces adjectifs permettent de qualifier le niveau de certitude quant au diagnostic posé. Ainsi le diagnostic de MA probable témoigne d'une plus grande certitude quant au fait qu'il s'agit bel et bien de la MA et non d'une autre forme de démence, par comparaison au diagnostic de MA possible. Le diagnostic de la MA probable est posé lorsque les symptômes de la personne (1) satisfont les critères diagnostiques de la démence tels qu'ils sont décrits plus haut, (2) commencent de manière insidieuse et (3) évoluent graduellement, en l'absence d'une autre forme de démence ou d'autres causes psychiatriques, neurologiques ou médicales pouvant les expliquer. Un bon indice de l'aspect insidieux de la maladie est révélé lorsque l'on demande au patient ou à ses proches à quel moment les difficultés cognitives ont commencé: typiquement, personne n'est en mesure de fournir une réponse précise à cette question.

Toutes les personnes souffrant de la MA probable présentent plusieurs difficultés cognitives. Cependant, en début de maladie (stades léger à modéré), il y a toujours un symptôme cognitif dont la sévérité est plus grande comparée à celle des autres symptômes cognitifs que présente la personne. On parle alors d'un trouble dominant les autres symptômes cognitifs ou d'une « présentation clinique prédominante ». Ce symptôme ou trouble est souvent celui qui attire l'attention de la personne atteinte ou celle de ses proches et qui motive l'individu à consulter un médecin. Pour la majorité des personnes souffrant de la MA, c'est l'atteinte de la mémoire qui constitue le symptôme cognitif le plus sévère : on appelle ce profil « la présentation amnésique ». (L'amnésie est le terme médical décrivant la difficulté d'apprentissage et de rappel des informations.) C'est la forme de la MA qui est la plus commune et la plus connue du grand public. Cependant, il arrive aussi, même si c'est plus rare, que le problème de mémoire ne soit pas le trouble cognitif le plus sévère chez la personne atteinte de la MA, en début de maladie. Une incapacité à s'orienter dans son environnement (problème visuospatial), un problème de jugement (problème des fonctions exécutives) ou encore une difficulté à trouver ses mots (difficulté de langage) peut alors être le trouble cognitif le plus sévère et dominer le profil cognitif de la personne. On parle alors de « présentation non amnésique ». Toutefois, à partir de la phase modérée de la maladie, il est de plus en plus difficile de distinguer des profils cognitifs différents, puisque toutes les fonctions cognitives finissent par être touchées aussi sévèrement les unes que les autres. Cette identification des profils cognitifs en début de maladie s'avère importante car beaucoup de gens croient que, pour recevoir le diagnostic de la MA, un problème de mémoire doit nécessairement être à l'avant-plan. Or ce n'est pas le cas ; une ou des fonctions cognitives autres que la mémoire peuvent être gravement altérées. Par ailleurs, l'identification du profil cognitif dominant en début de maladie contribuera à l'établissement d'un plan de traitement adapté à l'individu.

Le diagnostic de la MA possible est quant à lui posé lorsque les symptômes cognitifs énumérés plus haut évoluent d'une manière atypique, par exemple avec une survenue subite ou une incertitude par rapport à l'aspect graduel ou progressif de l'évolution, ou encore en l'absence de bio-marqueurs de la maladie. Ce diagnostic peut également être posé si les symptômes de la personne satisfont les critères diagnostiques de la MA, mais aussi ceux d'une autre forme de démence, ou en

présence d'une condition médicale pouvant affecter la cognition. Le diagnostic de la MA possible correspond donc à un diagnostic plus incertain que la MA probable quant à l'étiologie des symptômes présentés par la personne. Il est ainsi assez fréquent que les personnes recevant ce diagnostic souffrent en fait de plusieurs démences à la fois, incluant la MA. Concrètement, cela signifie que le cerveau de ces personnes présente les anomalies de différentes maladies ou démences neurodégénératives.

Bien que la présence de bio-marqueurs tend à confirmer le diagnostic clinique, l'état actuel des connaissances ne nous permet pas encore de poser un diagnostic définitif de la MA alors que la personne est toujours vivante. L'autopsie est encore le meilleur moyen d'observer l'ensemble des bio-marqueurs de la maladie².

Le cerveau des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer

Le cerveau des patients MA présente plusieurs anomalies pathologiques que l'on appelle aussi maintenant les bio-marqueurs. Autour de la cellule nerveuse (neurone), il y a une accumulation anormale d'une protéine appelée « bêta-amyloïde » qui crée les plaques séniles. À l'intérieur même du neurone, d'autres anomalies surviennent, les dégénérescences neurofibrillaires, formées à partir d'une autre protéine, appelée « tau ». Ces deux types d'anomalies déforment et détruisent les neurones tout en induisant des mécanismes inflammatoires et vasculaires qui auront eux aussi des effets délétères à plus ou moins long terme. Plus la maladie évolue, plus les anomalies sont présentes en grand nombre; aussi, plus les pertes neuronales sont importantes, plus le cerveau s'atrophie. Voilà les changements que provoque la MA dans les cellules du cerveau.

Certaines parties du cerveau sont affectées plus gravement que d'autres en début de maladie. Ainsi, dans les cas de MA où les troubles de mémoire sont à l'avant-plan (voir la présentation amnésique plus haut dans le texte), c'est une structure située au centre du cerveau et justement associée aux capacités d'apprentissage et de mémoire qui sera rapidement et sévèrement atrophiée. Cette structure s'appelle

2. McKhann et collab. (2011), *op. cit.* (note 1).

l'hippocampe, car elle possède une forme rappelant celle de l'animal marin. Par contre, les régions du cerveau responsables de la motricité (capacité de marcher) et de certains sens (capacité de voir, d'entendre, de toucher ou de ressentir la douleur) pourront demeurer intactes, ou être les dernières à être touchées, peu importe la nature des troubles cognitifs au début de la maladie.

Outre les changements de certaines structures du cerveau, les personnes souffrant de la MA devront aussi composer avec une diminution de la quantité de plusieurs « neurotransmetteurs ». Les neurotransmetteurs sont des substances chimiques à l'intérieur du cerveau qui permettent la communication entre les cellules. Parmi ceux-ci, il y a l'acétylcholine, qui connaîtra les baisses les plus importantes, et ce dès le début de la maladie. L'acétylcholine, comme l'hippocampe, est impliquée dans les processus d'apprentissage et de mémorisation. Nous verrons plus loin que l'une des stratégies thérapeutiques actuelles, en pharmacologie, consiste à tenter de compenser cette réduction. D'autres neurotransmetteurs, tels que ceux qui sont impliqués dans les troubles comportementaux et de l'humeur (sérotonine, dopamine et noradrénaline), pourront éventuellement être touchés pendant l'évolution de la maladie.

Les processus pathologiques de la MA sont de plus en plus connus; en revanche, ce qui déclenche ces processus fait encore l'objet de nombreux débats parmi les scientifiques. Il n'y a présentement aucune réponse définitive à cette question. Toutefois, pour certains patients, l'apparition de la maladie est étroitement liée à la présence de certaines anomalies génétiques qui peuvent être considérées comme des bio-marqueurs (voir la section sur les facteurs de risque génétiques plus loin dans ce chapitre).

Comment évolue la maladie ?

Les premiers signes biologiques de la MA surviendraient plusieurs années, voire plusieurs décennies avant que les premières manifestations cliniques ne soient perceptibles : c'est la phase préclinique de la maladie. Elle est suivie de la phase dite prodromique, pendant laquelle la personne présente certains troubles cognitifs sans que ceux-ci ne satisfassent encore tous les critères de la démence. Cette phase est celle du *trouble cognitif*

léger (TCL). Cependant, toutes les personnes qui présentent un TCL n'évoluent pas nécessairement vers la MA. Au fil du temps, certains patients retournent à un fonctionnement cognitif normal pour leur âge, tandis que d'autres conservent le TCL, mais ne se détériorent pas davantage. D'autres personnes encore évoluent vers une forme de démence autre que la MA. Enfin, certaines personnes, celles qui présentent principalement un trouble de la mémoire et qui ont un ou plusieurs marqueurs biologiques de la MA, évoluent vers la MA entre un et cinq ans après le diagnostic du TCL.

La MA connaît trois phases : légère, modérée et sévère. La sévérité des atteintes cognitives et la capacité du patient à pouvoir pratiquer les activités de la vie quotidienne simples et complexes distinguent principalement les trois phases. Les troubles ou symptômes comportementaux et psychologiques et de la démence (SCPD) comme les troubles d'anxiété, d'apathie ou de l'humeur sont présents surtout dans les phases légère et modérée, tandis que les symptômes psychotiques (délires, fausses croyances, problèmes de perception) apparaissent souvent en fin de phase légère pour disparaître en fin de phase modérée. La phase sévère est caractérisée par une perte importante d'autonomie : les troubles cognitifs sont si graves que le patient ne peut plus accomplir les activités de base de la vie quotidienne telles que manger ou se laver. La communication est souvent extrêmement difficile, sinon impossible, car le langage est gravement atteint, et les troubles comportementaux comme l'agressivité et l'agitation sont fréquents ; cela rend souvent nécessaire le placement du patient dans un établissement de santé.

Une fois le diagnostic de la MA posé, en supposant que celui-ci survienne en début de démence (alors que la personne est âgée entre 60 et 79 ans), l'espérance de vie est estimée entre 8 et 12 années. Il est recommandé de recevoir un diagnostic le plus tôt possible, car un plan de traitement et de gestion de la maladie peut alors être mis en place. Dès qu'un diagnostic est posé, différents professionnels de la santé, tels que le travailleur social, le psychologue et l'ergothérapeute, peuvent intervenir pour faciliter l'aménagement de l'environnement à la maison, pour aider le patient et ses proches aidants et, le moment venu, pour faciliter les procédures de placement en centre d'hébergement et de soins longue durée.

LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Le traitement pharmacologique

Afin de rendre les symptômes comportementaux et psychologiques et de la démence (SCPD) plus supportables et tolérables dans la vie quotidienne, autant pour le patient que pour ses proches, plusieurs interventions peuvent être mises en place. Toutefois, même si le traitement pharmacologique peut faire partie de la solution, il ne constitue pas l'intervention privilégiée pour atténuer les SCPD dans la MA. En fait, la médication n'est recommandée que lorsque les interventions psychosociales d'abord mises en place se sont avérées inefficaces, ou lorsque les symptômes sont sévères, engendrent une détresse importante ou un risque pour l'intégrité physique de la personne atteinte de la maladie ou de ses proches.

La médication alors prescrite pour les patients atteints de la MA est généralement similaire à celle qui est couramment utilisée en psychiatrie pour traiter les troubles de l'humeur ou du comportement. Cependant, avec tout médicament, surtout chez les personnes âgées ou ayant une santé plus fragile, viennent des effets secondaires indésirables. Les médicaments (psychotropes) couramment prescrits pour traiter les SCPD peuvent notamment entraîner des risques accrus de problèmes vasculaires cérébraux, des tremblements et de la rigidité, de la confusion, des chutes et de la mortalité. C'est pourquoi le médecin, conjointement avec la personne atteinte et ses proches, devrait sous-peser les avantages et les risques possibles liés à la prise de la médication, et obtenir l'accord de ces derniers avant de prescrire une médication supplémentaire pour réduire les problèmes comportementaux ou psychologiques. Enfin, l'introduction d'un antidépresseur, ou d'un antipsychotique, devrait toujours se faire de manière graduelle et être accompagné d'un suivi étroit afin d'évaluer les effets positifs et négatifs du médicament; dès que cela devient possible, son utilisation devrait cesser³.

3. Gauthier, S., Patterson, C., Chertkow, H., Gordon, M., Hermann, N., Rockwood, K., Rosa-Neto, P., Soucy, J.P., on behalf of the CCDTD4 participants (2012). *Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4)*. *Canadian Geriatrics Journal*, 15, 120-126.

Ainsi, dans le contexte de symptômes comportementaux (agitation, agressivité, errance) ou psychotiques sévères (idées délirantes ou fausses idées, hallucinations ou mauvaises perceptions de la réalité) présentés par un patient dans les stades léger à modéré de la MA, un antipsychotique tel que rispéridone (Risperdal^{MD}), olanzapine (Zyprexa^{MD}) ou aripiprazole (Abilify^{MD}), pourrait être prescrit³. Par ailleurs, si la médication antipsychotique ne se montrait pas efficace pour réduire ces symptômes, le médecin pourrait également choisir de prescrire un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (voir plus bas).

Pour le patient qui présenterait des symptômes dépressifs sévères, le médecin pourrait prescrire un antidépresseur qui agit pour optimiser les taux du neurotransmetteur appelé sérotonine. Les taux de sérotonine ont en effet tendance à être plus faibles dans le cerveau des personnes souffrant de dépression majeure. Pour diminuer une agitation ou une anxiété importante, une médication anxiolytique peut être utilisée, mais seulement en dernière instance et pour une période très limitée dans le temps⁴.

Les interventions psychosociales pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques

Ce sont les interventions psychosociales qui constituent le traitement de choix pour atténuer les SCPD chez les personnes atteintes de la MA. Ces interventions peuvent s'adresser à la fois aux patients ou aux proches aidants et cibler davantage des symptômes comportementaux ou psychologiques selon les manifestations considérées comme étant les plus problématiques.

Il existe une multitude de facteurs pouvant être à l'origine d'un comportement problématique dans la MA. Il peut être engendré par le processus démentiel comme tel, mais également par un problème de santé physique, l'histoire antérieure de la personne, sa personnalité, des facteurs liés à des besoins psychologiques ou sociaux ou encore des facteurs liés à l'environnement physique (lumière, bruit, etc.). Face à la

4. Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M.M., Bourgeois, J., Van Bortel, L. M., et Vander Stichele, R.H. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms, *Ageing research reviews*, 11, 78-86.

diversité des causes possibles d'un problème comportemental, il convient de faire une évaluation du comportement problématique avant d'implanter une intervention, afin de bien comprendre le comportement du patient. Quelle est la raison d'être du comportement ? À quoi sert-il ? Pourquoi persiste-t-il ?

Une analyse du contexte précédant le comportement, de la manière dont il se manifeste et de ses conséquences permettra par la suite de pouvoir agir efficacement sur les causes de ce comportement problématique et d'en diminuer la fréquence, voire de le faire disparaître. De plus, une meilleure compréhension de ce qui se passe dans l'esprit de la personne atteinte de la MA aide souvent ses proches à mieux accepter les comportements déroutants et leur donne des outils pour réagir adéquatement lorsqu'ils surviennent.

Une fois que le comportement problématique est compris, plusieurs interventions psychosociales peuvent être implantées pour diminuer les SCPD chez les personnes atteintes de la MA (voir tableau 5.1)^{5,6,7,8}.

Dans tous les cas, il est important que l'intervention soit individualisée et choisie en fonction des préférences, habiletés, intérêts et goûts de la personne présentant la MA.

-
5. Azermai et collab. (2012), *op. cit.* (note 4).
 6. Antifeau, E., Cook, H., Drance, E., Felzmann, A., Hazel, M., et Janz, T. (2012). Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care. <http://www.health.gov.bc.ca/>.
 7. O'Neil, M., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, R., Addleman, A., et Kansagara, D. (2011). A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia, *Evidence-Based Synthesis Program*. Department of Veteran Affairs, Portland, OR, 73 p.
 8. Zec, R.F., et Burkett, N.R. (2008). Non-pharmacological and pharmacological treatment of the cognitive and behavioral symptoms of Alzheimer disease, *NeuroRehabilitation*, 23 (5), 425-438.

TABLEAU 5.1
Interventions psychosociales pour les problèmes
comportementaux dans la MA

Cible de l'intervention	Exemples
Modification de l'environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des repères temporels et spatiaux (calendriers, horloges, pictogrammes) • Sécuriser l'environnement et agrandir l'espace de déambulation • Diminuer le niveau de bruit et de lumière
Stimulation sensorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Aromathérapie • Stimulation multisensorielle (méthode Snoezelen) • Art thérapie (musique ou danse) • Techniques de relaxation et de massage • Luminothérapie
Stimulation sociale (réelle ou simulée)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de périodes structurées d'interactions sociales en individuel • Amélioration des techniques de communication des aidants et des soignants • Enregistrement audio ou vidéo de personnes familières • Zoothérapie
Introduction d'activités plaisantes ou valorisantes	<ul style="list-style-type: none"> • Marche en groupe • Activités physiques (intensité faible à modérée) • Activités de loisir • Thérapie de réminiscence
Interventions particulières pour un comportement problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention comportementale • Psychoéducation auprès des proches • Entraînement aux habiletés d'interventions pour les aidants

En plus de réduire les problèmes comportementaux, quelques-unes de ces interventions, notamment la stimulation sensorielle, la zoothérapie et l'approche comportementale, ont également démontré une certaine efficacité pour atténuer les symptômes dépressifs et anxieux chez les personnes atteintes de la MA. De plus, l'exercice physique, les activités plaisantes et la thérapie individualisée utilisant les techniques de réminiscence peuvent être efficaces pour soulager ce type de symptômes. La thérapie par réminiscence utilise notamment l'évocation de souvenirs, d'événements particuliers, d'expériences ou d'activités passées de la vie de la personne atteinte pour créer une sensation de bien-être. Lorsque

les troubles affectifs sont plus importants au cours des premiers stades de la maladie, la psychothérapie dite « cognitive-comportementale », avec ou sans la présence de l'aidant, peut être envisagée. Dans les stades plus avancés de la MA, les interventions proposées pour améliorer les symptômes dépressifs sont davantage comportementales et misent sur l'augmentation d'activités plaisantes et valorisantes ainsi que sur l'amélioration de la qualité des interactions sociales entre les patients et les proches⁶. Enfin, le lecteur qui souhaite en connaître davantage sur le traitement des SCPD est invité à lire le chapitre de Landreville et Boudreault (2012) du précédent volume de *La psychologie au quotidien*.

PEUT-ON TRAITER LES SYMPTÔMES COGNITIFS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

Traitements pharmacologiques

Quatre médicaments spécialement conçus et approuvés pour traiter la MA peuvent être obtenus avec l'ordonnance d'un médecin. Ils visent tous à rétablir l'équilibre des systèmes de neurotransmetteurs impliqués dans le fonctionnement cérébral et altérés progressivement au cours de l'évolution de la maladie.

Trois de ces médicaments sont de la même famille et partagent un mécanisme d'action similaire : ce sont les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase qui regroupent donepezil (Aricept^{MD}), rivastigmine (Exelon^{MD}) et galantamine (Reminyl^{MD}). L'action de chacun de ces médicaments optimise la disponibilité du neurotransmetteur acétylcholine encore présent dans le cerveau des patients au début de la maladie. Ce mécanisme vise donc à compenser le fait que ce neurotransmetteur se retrouve en quantité insuffisante dans le cerveau des personnes atteintes de la MA, comme nous l'avons vu précédemment. La prescription de donepezil, rivastigmine et galantamine est recommandée pour les patients aux stades léger à modéré de la MA. Le donepezil a ensuite été approuvé pour le traitement du stade sévère de la maladie.

Donepezil, rivastigmine et galantamine sont offerts au Canada depuis, respectivement, 1997, 2000 et 2003. Les recensions des écrits scientifiques sur l'efficacité de ces médicaments effectuées par notre équipe ont révélé que ces trois agents stabilisent efficacement les capacités

cognitives pendant une période de 6 mois à 2 ans, et ralentissent ensuite le déclin cognitif des patients qui répondent bien à la médication. Ils ne permettent cependant pas un retour à un niveau antérieur ou à la normale du fonctionnement cognitif du patient.

Des études ont également rapporté que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase auraient des effets positifs sur les SCPD tels que l'humeur, l'anxiété, l'apathie ou les problèmes de sommeil que présentent certains patients dans les stades léger à modéré de la MA. Malheureusement, tous les patients ne répondent pas nécessairement bien à ces médicaments, car des complications médicales, psychiatriques et psychosociales accompagnent fréquemment la MA. À cela peuvent s'ajouter des effets secondaires indésirables, principalement des troubles gastro-intestinaux, qui peuvent à leur tour nuire à la poursuite du traitement. Toutefois, ces effets secondaires sont souvent transitoires et de faible intensité; ils peuvent disparaître spontanément au bout de quelques jours ou après une modification du dosage. En cas de non-réponse à un médicament donné, le médecin peut le changer pour un autre inhibiteur de l'acétylcholinestérase; un tel changement peut parfois s'avérer bénéfique pour le patient.

Au cours des dernières années, des essais cliniques ont eu lieu au cours desquels des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ont été administrés à des personnes présentant un TCL avec un trouble de la mémoire prédominant (voir ci-dessus la section sur l'évolution de la maladie), puisque ces individus présentent un risque élevé d'évoluer vers la MA. Les résultats ont cependant été très décevants: la prise de ces médicaments n'a pas pu empêcher ou retarder le développement de la démence. Il semble donc que ces médicaments ne soient efficaces qu'une fois le diagnostic de la MA établi.

Un autre médicament, le mémantine (Exiba^{MD}), a été approuvé au Canada en 2004, mais uniquement pour le traitement des stades modéré à sévère de la MA. Dans ces stades plus avancés, le neurotransmetteur appelé « glutamate » se retrouve en quantité anormalement élevée dans le cerveau des personnes atteintes, probablement à cause des différents changements neuropathologiques engendrés par la maladie. Ce taux trop élevé de glutamate produit un effet toxique et provoque la destruction de la cellule nerveuse. L'action de mémantine a donc pour

but de contrecarrer cet effet toxique du glutamate en bloquant ses récepteurs (ou « points d'ancrage » sur le neurone).

Ce médicament semble particulièrement efficace pour diminuer les problèmes comportementaux tels que l'agitation et l'agressivité, souvent présents au stade sévère de la maladie. Comparativement aux inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, les troubles gastro-intestinaux seraient peu fréquents alors que la confusion, la somnolence et les hallucinations feraient partie des effets secondaires les plus souvent rapportés. Cela dit, le médicament mémantine est généralement bien toléré par les patients.

La prise combinée des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et de mémantine (appelée « bithérapie ») est relativement sécuritaire et pourrait optimiser les bienfaits sur le cerveau ainsi que le fonctionnement au quotidien des personnes atteintes de la MA. La bithérapie permettrait aussi de repousser le moment d'entrée dans un établissement de santé, comparativement à un traitement comportant seulement un inhibiteur de l'acétylcholinestérase. Cette solution pourrait ainsi augmenter la qualité et l'espérance de vie chez les personnes atteintes de la MA.

Approche neuropsychologique : les interventions cognitives dans la maladie d'Alzheimer

Considérant les limites de la médication pour traiter la MA, des interventions non pharmacologiques ciblant les symptômes cognitifs de la maladie tels que la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes, etc., se développent parallèlement, dans le but d'offrir une prise en charge différente ou associée à la médication. Ces interventions que l'on dit « cognitives » peuvent avoir pour objectif principal : 1) de prévenir l'apparition de la maladie chez les personnes âgées en bonne santé, 2) d'améliorer ou de stabiliser le fonctionnement cognitif chez ceux qui présentent des troubles cognitifs ou 3) de miser sur les capacités préservées des personnes atteintes de la MA pour réduire les répercussions négatives liées aux difficultés cognitives. Ces interventions peuvent se diviser en trois grandes catégories, la stimulation, l'entraînement et la réadaptation, qui se distinguent notamment par le but visé, les techniques employées, ainsi que par les stades de la maladie où elles sont proposées.

Partant du principe que le manque de stimulation cognitive peut précipiter le déclin cognitif, la stimulation cognitive a pour but d'améliorer de façon générale le fonctionnement cognitif et social des participants. Les interventions de stimulation cognitive prennent généralement la forme d'un programme varié d'activités et de discussions supposées solliciter différentes fonctions cognitives. Elles sont animées par divers intervenants du milieu de la santé et sont souvent proposées à de petits groupes composés de personnes âgées saines, à risque de développer une démence ou se situant dans les stades légers à modérés de la maladie.

Une récente recension des écrits scientifiques permet de conclure que les interventions de stimulation cognitive, avec ou sans médication, sont efficaces pour améliorer la cognition des patients atteints de démence dans les stades légers à modérés. Les gains sur le plan cognitif seraient même plus importants que ceux que procure la médication. De plus, après leur participation à ce genre d'intervention, les patients notent une meilleure qualité de vie et un plus grand bien-être général, tandis que l'entourage constate une amélioration de la communication et des interactions sociales chez les participants. Toutefois, aucun effet significatif de la stimulation cognitive sur l'humeur, les problèmes de comportements et le fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne des participants n'a encore été bien démontré⁹.

Contrairement à la stimulation cognitive, l'entraînement cognitif vise à améliorer des habiletés cognitives particulières, souvent la mémoire ou l'attention. Ce type d'intervention vise à améliorer la fonction entraînée, mais également à ce que les bénéfices se généralisent, de façon à augmenter la qualité de vie et l'autonomie des participants dans leurs activités quotidiennes. Le format de l'entraînement cognitif est davantage structuré que les sessions de stimulation cognitive et peut se dérouler en petits groupes ou individuellement. Dans les deux cas, le thérapeute dirige l'entraînement de tâches précises à l'aide de techniques reconnues comme étant efficaces auprès de personnes ayant des troubles de mémoire. Les exercices sont répétitifs et le niveau de difficulté de l'entraînement est adapté en fonction des déficits cognitifs de chaque participant.

9. Woods, B., et Aguirre, E. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia, *The Cochrane Collaboration*, (2).

Enfin, la réadaptation cognitive, parfois aussi nommée remédiation cognitive, a pour objectif d'améliorer des difficultés particulières dans le fonctionnement quotidien des patients. Les cibles des interventions de réadaptation sont choisies en fonction des besoins, des compétences, des intérêts et des préférences de la personne atteinte de la MA et de ses proches. Plus concrètement, la réadaptation cognitive peut miser sur les habiletés et les forces préservées des patients pour compenser les difficultés et les aider à adopter des stratégies différentes et plus efficaces pour faire leurs activités. Elle peut également modifier l'environnement de la personne atteinte de la MA pour compenser ses troubles cognitifs et faire en sorte qu'elle puisse réaliser certaines activités de la vie quotidienne de manière plus autonome. Ce sont donc des interventions hautement individualisées, flexibles et qui cherchent à s'inscrire directement dans le quotidien des participants. Quelques exemples illustrant chacune des trois grandes catégories d'interventions cognitives se retrouvent dans le tableau 5.2.

Une recension des écrits scientifiques réalisée sur l'efficacité de l'entraînement et de la réadaptation cognitive chez les patients dont la démence se situe dans les stades léger à modéré montre que, globalement, l'entraînement cognitif ne produit aucun effet positif ou négatif sur le fonctionnement cognitif général, l'humeur ou le fonctionnement quotidien des patients. Toutefois, il faut souligner que la réadaptation cognitive a d'abord pour but d'améliorer le fonctionnement de la personne atteinte de la MA lorsqu'elle accomplit une ou des activités de sa vie quotidienne. L'amélioration du fonctionnement cognitif global ne fait donc pas partie des objectifs de ce type d'intervention. Les auteurs de la recension soulignent par ailleurs la nécessité de raffiner et de poursuivre les recherches car ils mentionnent que les résultats qu'ils ont rapportés peuvent être considérés comme préliminaires. Il y a en effet encore peu d'études rigoureuses publiées sur ce thème¹⁰. Cette approche semble malgré tout prometteuse dans les stades léger et modéré de la démence pour améliorer la capacité des patients à réaliser des activités de la vie quotidienne et pour accroître leur satisfaction par rapport à ces capacités.

10. Bahar-Fuchs, A., Clare, L., et Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review), *The Cochrane Collaboration*, (6).

TABLEAU 5.2
Interventions cognitives dans la maladie d'Alzheimer

Type d'intervention	Description générale	Exemples
Stimulation cognitive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ But = améliorer de façon générale le fonctionnement cognitif et social des participants ▪ Intervention en petit groupe (typiquement 5 à 7) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités diverses : lecture, écriture, jeux, arts, discussions autour de thèmes, de souvenirs, etc.
Entraînement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ But = améliorer certaines fonctions cognitives (mémoire, langage, attention) pour produire des améliorations dans la vie quotidienne ▪ Entraînement sur des tâches précises de type papier-crayon ou sur ordinateur ▪ Le thérapeute guide l'entraînement et utilise des techniques cognitives particulières et reconnues pour leur efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraînement de stratégies pour apprendre des listes de mots (ex. : liste d'épicerie), associer noms et visages ▪ Méthodes pour mieux retenir les informations d'un texte (stratégies mnémotechniques) ▪ Imagerie mentale, méthode des lieux
Réadaptation cognitive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ But = améliorer les difficultés de la vie quotidienne choisies par le patient et ses proches ▪ Interventions individualisées qui misent sur les habiletés et les forces cognitives toujours présentes pour compenser les déficits ▪ Développement de nouvelles façons de faire les tâches (stratégies internes) ou introduction d'outils compensatoires (stratégies externes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réapprentissage d'une activité de la vie quotidienne (utiliser le téléphone, la boîte vocale, la télécommande, le système de son, préparer le café, le thé) ▪ Utilisation de carnet de mémoire, agenda, aides technologiques, alarmes et sonneries, etc.

À ce sujet, une étude scientifique rigoureuse a récemment été menée dans notre laboratoire. Cette recherche a démontré qu'il était possible de réapprendre à des patients dans les stades léger à modéré de la maladie certaines activités de leur vie quotidienne, comme utiliser le téléphone, prendre ses messages sur sa boîte vocale, utiliser une télécommande, faire de l'origami, etc. Ces améliorations se sont maintenues pendant une période d'au moins trois mois après la fin de l'intervention. De plus, de façon générale, la réadaptation cognitive a été bien tolérée par les patients et leurs proches, c'est-à-dire qu'elle n'accentuait généralement

pas les symptômes psychologiques et les problèmes comportementaux des patients et n'augmentait pas le fardeau de l'aidant¹¹. Par ailleurs, une analyse plus détaillée des résultats a montré qu'à la suite de leur participation à la réadaptation on observait moins d'idées délirantes chez les patients, mais davantage de gestes répétitifs et de comportements de déambulation (errance). Ces résultats encore préliminaires soulignent l'importance de poursuivre la recherche au cours des prochaines années, afin de mieux comprendre les effets de ce type de traitement sur les patients et leurs proches. Ainsi, bien que l'efficacité de ces interventions soit encore à établir, leur application auprès des personnes atteintes de la MA suscite un intérêt croissant et mérite que les chercheurs s'y intéressent davantage au cours des prochaines années.

Plusieurs interventions thérapeutiques sont maintenant accessibles aux patients atteints de la MA. Malgré certains effets positifs de ces interventions, aucune ne peut ni guérir ni complètement arrêter la progression de la maladie. Plusieurs chercheurs et praticiens orientent donc maintenant leurs efforts sur la prévention de la maladie. Ils encouragent fortement la population à prendre soin de sa santé physique, mentale et intellectuelle, dans le but de prévenir le développement de troubles neurocognitifs. Dans cette perspective, il est important de s'intéresser aux facteurs de risque et aux facteurs protecteurs de la MA car certains facteurs de risque sont modifiables, tandis qu'il peut être possible de développer certains facteurs de protection contre le développement de la MA.

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Les facteurs de risque sont des caractéristiques qui rendent une personne plus ou moins susceptible de développer la MA. Cependant, aucun de ces facteurs, pris isolément, ne cause la maladie. Au cours des trente dernières années, la recherche a permis d'identifier des facteurs de risque génétiques, sociodémographiques, vasculaires, médicaux ou psychiatriques et liés au style de vie. Un grand nombre de ces facteurs

11. Thivierge, S., Jean, L., et Simard, M. (2014). A Randomized Cross-over Controlled Study on Cognitive Rehabilitation of Instrumental Activities of Daily Living in Alzheimer Disease, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (11), 1188-1199. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.008.

ne sont pas exclusifs à la MA et peuvent aussi contribuer au développement d'autres conditions médicales et maladies neurodégénératives. À l'opposé, la présence d'un ou plusieurs facteurs de protection n'empêche pas une personne de développer la MA, mais elle peut en revanche diminuer le risque de la développer.

Facteurs génétiques et formes à début précoce et à début tardif de la maladie d'Alzheimer

Selon l'âge du début de la maladie, il y a deux formes de MA : la forme à début précoce, dont les symptômes apparaissent à partir de l'âge de 30 ans (mais avant 65 ans), et la forme à début tardif, dont les symptômes commencent à l'âge de 65 ans et plus. La MA à début précoce représente entre 1 % et 5 % des cas, tandis que la forme à début tardif représente 95 % et plus des cas de MA. Pour chaque forme de la maladie, des anomalies génétiques ont été identifiées.

Facteurs génétiques dans la MA à début précoce

La forme à début précoce est associée à une transmission génétique appelée « autosomique dominante », en lien avec une anomalie dans la transmission des gènes *APP*, *PSEN1* ou *PSEN2* à travers les générations. La présence d'une anomalie sur l'un ou plus des trois gènes cités plus haut entraîne une agrégation de la protéine bêta-amyloïde dans le cerveau et, en conséquence, le développement de la MA précoce. On considère donc que la présence d'une anomalie sur l'un de ces gènes constitue un marqueur biologique de la MA à forme familiale. Concrètement, si un parent (père ou mère) présente une anomalie sur l'un ou plus de ces trois gènes, il aura la maladie. Si l'autre parent présente lui aussi une anomalie sur l'un ou plus de ces trois gènes (et est atteint de la MA), 100 % des enfants seront à leur tour atteints. Si un seul parent présente une anomalie sur l'un ou plus de ces trois gènes (et souffre donc de la MA), 25 % des enfants seront atteints de la MA.

Facteurs génétiques dans la MA à début tardif

La transmission génétique de la MA à début tardif est plus complexe que celle de la MA à début précoce. Les chercheurs croient que, pour cette forme de la maladie, les risques sont multifactoriels ; autrement dit,

plusieurs gènes pourraient être impliqués ainsi que des facteurs de risque autres que génétiques. Concrètement, cela signifie qu'une personne qui a un parent de premier degré, c'est-à-dire un père, une mère ou un membre de la fratrie, atteint de la MA présente un risque plus élevé d'être elle-même atteinte de cette démence. Une anomalie sur le gène de l'apolipoprotéine E (APOE) située sur le chromosome 19 a été associée au risque de développer une MA à début tardif. Cependant, la proportion des patients avec MA dont la démence peut être reliée à la présence de ce problème est estimée à approximativement 20%.

Par ailleurs, depuis le début du millénaire, les études sur le génome humain ont permis d'identifier plusieurs gènes potentiellement impliqués dans le développement de la maladie, mais davantage d'études sont requises avant de pouvoir tirer des conclusions à leur sujet. Il est important de noter que les gens qui ne sont pas porteurs d'anomalie sur l'un ou l'autre des gènes mentionnés plus haut peuvent aussi être atteints: on parle alors de la forme sporadique (non génétique) de la MA qui représente la majorité des cas diagnostiqués^{12,13}.

Facteurs sociodémographiques

L'âge est le principal facteur de risque de démence neurodégénérative. En vieillissant, les mécanismes de protection et de réparation de l'organisme sont moins efficaces. Après 65 ans, le risque de développer la MA double approximativement tous les cinq ans.

Dans toutes les tranches d'âge, il y a toujours un nombre plus élevé de femmes que d'hommes qui sont atteints de la MA. Cette situation est souvent reliée au fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes; elles disposent donc de plus de temps pour que se manifeste une démence. Par ailleurs, des facteurs métaboliques tels que le déséquilibre hormonal sont parfois aussi soulevés comme une explication possible à ce phénomène. Après la ménopause, le taux d'œstrogène diminue considérablement. Étant donné que cette hormone a entre autres pour effet de protéger les neurones, le cerveau devient

12. Reitz, C., et Mayeux, R. (2014). Alzheimer disease: Epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers, *Biochemical Pharmacology*, 88, 640-651.

13. Imtiaz, B., Tolppanen, A.-M., Kivipelto, M., et Soininen, H. (2014). Future directions in Alzheimer's disease from risk factors to prevention, *Biochemical Pharmacology*, 88, 661-670.

alors plus vulnérable chez la femme post-ménopausée. Cette hypothèse du manque d'œstrogène expliquerait en partie pourquoi le deux tiers des personnes atteintes de la MA sont des femmes¹⁴.

Un faible nombre d'années de scolarité est aussi relié à la probabilité de développer la MA. En effet, moins une personne est scolarisée, plus elle risque de présenter une détérioration cognitive et une démence et, inversement, plus une personne cumule des années de scolarité ou s'adonne à des activités intellectuellement stimulantes, moins elle présente de risque d'évoluer vers une maladie d'Alzheimer. La théorie de la réserve cognitive et cérébrale, c'est-à-dire la capacité à résister aux dommages cérébraux, est une explication possible à cette influence de l'éducation¹⁵. Selon cette théorie, la stimulation cérébrale associée à l'apprentissage de type scolaire aurait un effet protecteur ou de réserve sur le cerveau en favorisant l'établissement d'un plus grand nombre de connexions entre les neurones. Cela ferait en sorte que les gens hautement scolarisés ou intellectuellement très actifs seraient en mesure de pallier certaines difficultés liées à la MA en ayant recours à des réseaux neuronaux alternatifs.

Toutefois, il est possible que d'autres facteurs liés au mode de vie des gens avec un faible niveau de scolarité expliquent cette augmentation du risque de développer la MA.

Facteurs de risque vasculaires

L'hypertension artérielle, une pression anormalement forte du sang exercée sur les parois des artères, est fréquente chez les aînés et est souvent causée par l'athérosclérose et l'artériosclérose. L'athérosclérose et l'artériosclérose résultent de dépôts lipidiques (cholestérol) survenant respectivement dans les grosses et moyennes artères ainsi que dans les petites artères. L'hypertension artérielle en milieu de vie (vers 50 ans) augmente le risque de problèmes cardiaques et de lésions cérébrales et

-
14. Williams, J.W., Plassman, B.L., Burke, J., Holsinger, T. et Benjamin, S. (2010). Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. Evidence Report/Technology Assessment n° 193. (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract n° HHS 290-2007-10066-I.) AHRQ Publication n° 10-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
 15. Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease, *Lancet Neurology*, 11 (11), 1006-1112.

elle représente un important facteur de risque de développement de la MA plus tardivement dans la vie.

L'hypercholestérolémie, nom donné à un taux trop élevé de cholestérol dans la circulation sanguine, peut obstruer les artères et créer ainsi des problèmes cardiaques qui vont éventuellement affecter la circulation sanguine cérébrale. L'hypercholestérolémie entraîne aussi la formation des plaques séniles et d'autres lésions caractéristiques dans le cerveau des personnes atteintes de la MA^{16,17}.

L'obésité, selon les normes canadiennes, représente un indice de masse corporelle supérieur à 27 ou un tour de taille chez les hommes de 102 cm et plus et chez les femmes de 88 cm et plus. Sa présence en milieu de vie augmenterait le risque de démence plus tardivement dans la vie. L'obésité et le surplus de poids favorisent en outre le développement des autres facteurs de risque vasculaires tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension et le diabète de type 2¹⁸.

Le diabète de type 2 représente aussi un facteur de risque d'évolution vers la MA. Cette condition est provoquée par une résistance à l'insuline qui est, de son côté, le plus souvent causée par l'obésité abdominale et une certaine fragilité génétique. Le diabète de type 2 entraîne une augmentation des taux sanguins de glycémie (glucose) et une diminution de l'enzyme de dégradation de l'insuline, induisant ainsi une accumulation d'insuline dans le corps et la production de plaques séniles dans le cerveau, d'où le lien avec la MA. Par conséquent, le glucose ne sera pas utilisé correctement par les cellules du corps, dont les cellules cérébrales, qui sont normalement de grandes consommatrices de glucose. En outre, le diabète de type 2 favorise l'apparition des troubles cardiovasculaires cités plus haut, qui sont eux aussi des facteurs de risque de la MA. Il est important ici de souligner que l'occurrence du diabète de type 2, et celle de l'obésité peuvent être diminuées par une alimentation de type méditerranéen et de saines habitudes de vie incluant l'activité

16. Ritz et Mayeux (2014), *op. cit.* (note 12).

17. Imtiaz et collab. (2014), *op. cit.* (note 13).

18. Alberti, K.G.M.M., et collab. (2009). Harmonizing the Metabolic Syndrome, *Circulation*, 120, 1640-1645.

physique^{19, 20, 21}. Un régime méditerranéen comprend généralement une abondance de fruits et de légumes, de produits céréaliers complets, de poisson, d'ail, d'oignon, d'épices et d'aromates, de légumineuses, de noix et de graines, de yogourt et de fromage, l'utilisation de l'huile d'olive comme principal corps gras et la consommation en quantité modérée de vin rouge. Dans ce type de régime, la consommation de poulet et d'œufs, d'aliments sucrés et de viande rouge doit être limitée, à quelques fois par semaine (pour la volaille et le laitage) et à quelques fois par mois (pour la viande rouge).

Facteurs de risque liés au style de vie

Parmi les facteurs de risque liés aux habitudes de vie, le tabagisme, l'alcool et la sédentarité sont nocifs pour la santé générale et pour le cerveau car ils ont tous des répercussions néfastes entre autres sur la santé vasculaire cardiaque et cérébrale. Les effets délétères du tabagisme sur le fonctionnement cérébral et les fonctions cognitives seraient plus importants après 40 ans, chez les fumeurs réguliers, au fur et à mesure que la consommation de tabac (nombre de paquets par jour) augmente. Cette association entre la consommation de tabac et le développement de la MA a parfois été contestée car la nicotine pourrait être un facteur de protection contre la MA, en stimulant les récepteurs nicotiques (point d'« ancrage sur le neurone ») du neurotransmetteur acétylcholine. L'effet du tabagisme en milieu de vie chez les porteurs et non-porteurs d'une anomalie sur le gène de l'APOE est également controversé. Cependant, des études faisant état de résultats d'autopsie ont confirmé que la MA évolue plus rapidement chez les fumeurs et que le décès survient plus tôt, peu importe que l'individu ait été ou non porteur de l'anomalie sur le gène de l'APOE. Cela signifie que, peu importe la susceptibilité génétique d'une personne à développer la MA, le tabagisme a un effet délétère sur le cerveau.

La relation entre la consommation d'alcool et la MA fait encore l'objet de débats parmi les chercheurs. Il semble qu'une consommation

19. Anderson, T.J., et collab. (2013). 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult, *Canadian Journal of Cardiology*, 29, 151-167.

20. Ritz et Mayeux (2014), *op. cit.* (note 12).

21. Imtiaz et collab. (2014), *op. cit.* (note 13).

quotidienne de légère à modérée, en particulier de vin rouge, pourrait avoir un effet protecteur, alors que la consommation abusive et régulière d'alcool serait associée à de nombreuses complications pour la santé, à des troubles neurocognitifs et à la MA. Le manque de consensus entre les chercheurs à ce sujet vient entre autres du fait qu'il est difficile de définir en quoi constitue une consommation excessive. Il faut notamment tenir compte du sexe, du poids et de l'état de santé général de la personne avant de déterminer la quantité d'alcool qui pourrait s'avérer problématique pour elle. En effet, un individu qui présente déjà une certaine fragilité au niveau cérébral, causée par exemple par une histoire d'accident vasculaire cérébral, pourrait être beaucoup plus sensible aux effets nocifs de l'alcool, même consommé en petite quantité, qu'une personne saine de même sexe, de même poids et ayant une scolarité comparable.

Enfin, une personne sédentaire serait deux fois plus à risque de développer la MA, comparativement aux gens qui pratiquent une activité physique ou occupationnelle régulière. Ce facteur de risque peut devenir, s'il est inversé, un facteur protecteur contre le développement de la MA. En effet, des études ont démontré que l'activité physique d'intensité modérée (marche d'un pas vif, danse, etc.) à intense (course, aérobique, etc.) pratiquée par des personnes saines en milieu de vie peut réduire le risque de déclin cognitif, probablement en améliorant la santé vasculaire cardiaque et cérébrale^{22, 23}.

Facteurs de risque médicaux ou psychiatriques

Les individus ayant une histoire d'un ou plusieurs traumatismes crâniens (ou de commotions cérébrales) présenteraient un risque accru de développer la MA, plus particulièrement lorsqu'il y a eu une perte de conscience. Le traumatisme crânien a pour effet de créer des lésions parfois sévères, parfois microscopiques (commotion cérébrale) du tissu cérébral qui entraînent à plus ou moins long terme un processus inflammatoire et la production de la protéine bêta-amyloïde, caractéristique de la MA.

22. Ritz et Mayeux (2014), *op. cit.* (note 12).

23. Imtiaz et collab. (2014), *op. cit.* (note 13).

Une histoire chronique de dépression majeure ou, à l'inverse, la survenue d'un premier épisode de dépression majeure tardivement dans la vie (après 60 ans) pourraient également représenter un facteur de risque du développement de la MA. Par ailleurs, la présence de troubles de mémoire, d'attention et d'orientation dans le temps et le lieu lors d'un épisode de dépression majeure après 60 ans peut indiquer que la personne se trouve dans une phase prodromique (trouble cognitif léger) de la MA ou d'une autre forme de démence, tel que nous l'avons démontré dans l'une des études menées dans notre laboratoire²⁴. La présence des symptômes dépressifs pourrait alors en quelque sorte masquer le processus neurodégénératif en cours.

CONCLUSION

La maladie d'Alzheimer peut maintenant être diagnostiquée de manière efficace, à la condition de consulter le médecin et l'équipe paramédicale relativement tôt dans le processus. De plus, nous disposons de plus en plus de connaissances concernant ses phases « préliminaires », c'est-à-dire ses phases préclinique et prodromique, et ses facteurs de risque. Ces connaissances, couplées à celles sur les facteurs de protection de la maladie, nous permettent maintenant de cibler des stratégies axées sur l'amélioration ou le maintien de la santé physique, mentale et intellectuelle pour diminuer le risque de développer ce trouble neurodégénératif.

Bien que nous ne disposions pas encore d'une cure pour la MA, nous avons malgré tout plusieurs options thérapeutiques pour diminuer, du moins pour un temps, les symptômes de cette maladie. Par ailleurs, la recherche se poursuit intensivement pour trouver des traitements de type psychologique et cognitif, mais aussi pour concevoir de nouveaux traitements de type pharmacologique, sous la forme de comprimés, de vaccins, etc. Le Canada et le Québec, plus particulièrement, sont des leaders mondiaux en ce qui concerne la recherche scientifique sur le

24. Jean, L., Simard, M., van Reekum, R., et Clarke, D. (2005). Differential Cognitive Impairment in Subjects with Geriatric Depression Who Will Develop Alzheimer's Disease and Other Dementias: A Retrospective Study, *International Psychogeriatrics*, 17, 289-301.

vieillesse et la maladie d'Alzheimer. Il y a donc de l'espoir de découvrir de nouveaux traitements, et peut-être même qu'un jour nous bénéficierons enfin d'une cure pour cette terrible maladie.

LECTURES SUGGÉRÉES

- Gendron, M. (2008). *L'accompagnement, une voie de compassion*. Éditions de l'Homme.
- Poirier, J., et Gauthier, S. (2011). *La maladie d'Alzheimer: le guide*. Éditions du Trécaré.
- Vinciane, W., Françoise, L., Anne, Q., Olivier, C., Adam, S., et Salmon, E. (2009). Réadaptation cognitive d'activités de vie quotidienne dans la maladie d'Alzheimer, *Gérontologie et société? : Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, 130, 187-202.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

- Site de la Société Alzheimer du Canada : www.alzheimersociety.ca.
- Site du National Institutes of Health des États-Unis où l'on peut trouver des informations sur les essais cliniques actuellement en cours : www.clinicaltrials.gov.
- Site de l'Association québécoise de neuropsychologues : <http://aqnp.ca>.
- Site de l'Organisation mondiale de la santé : www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/.

Chapitre 6

Quand la vie bascule : l'état de stress post-traumatique

Geneviève Belleville

Tous les jours de votre vie ont contribué à ce que vous acquerriez une série de croyances sur vous-même, les autres, le monde et le futur. Ces croyances ne sont pas toujours claires et conscientes, mais, si vous êtes en bonne santé mentale, il y a des chances que vous pensiez à peu près de cette façon-ci. Vous pensez que vous êtes compétent et capable de réussir la plupart des tâches et de relever les défis qui traversent votre route. Vous pensez que les autres sont généralement de bonnes personnes et qu'elles ont votre bien-être à cœur. À tout le moins, vous croyez que la plupart des personnes de votre entourage ne cherchent pas explicitement à vous faire du mal. Vous sortez de la maison tous les jours en pensant que le monde est un endroit sécuritaire, relativement prévisible, où vous pouvez vaquer à vos activités sans danger immédiat. Enfin, vous planifiez votre futur en pensant que vous continuerez de vous sentir bien, compétent, aimé et aidé de votre entourage, et en sécurité.

Imaginez maintenant qu'il vous arrive un événement traumatique : une catastrophe, une agression, un accident grave. L'événement est tellement extraordinaire que vous n'auriez jamais pu imaginer le vivre. Pendant un moment, vous êtes convaincu que vous allez mourir. Du moins, vous ne vous en sortirez pas indemne. Vous êtes paralysé par la peur, l'horreur et l'impuissance. Vous n'avez plus aucun contrôle sur la situation. L'émotion et les sensations physiques de peur sont d'une intensité complètement démesurée, tellement que vous n'arrivez pas à réfléchir. Tout votre être ne pense qu'à une chose, toutes vos énergies sont dirigées vers un seul but : survivre.

Contre toutes attentes, vous survivez à l'événement. Peu à peu, vous devez reprendre votre routine d'avant. Et là commence tout un défi : vous devez reprendre votre vie en tenant compte de nouvelles informations, apprises de force pendant l'événement traumatique, qui viennent contredire vos anciennes croyances. Le danger existe. Vous n'êtes pas en mesure de tout maîtriser. Certaines personnes vous veulent du mal. L'avenir est incertain.

Pour la plupart des personnes qui vivent un événement traumatique, le retour à la vie de tous les jours se fait graduellement. Progressivement, elles intègrent l'information apprise de l'événement aux anciennes croyances. Certains dangers sont bien réels, mais l'environnement est généralement sécuritaire. Il existe des situations où l'on n'a aucun contrôle, mais, la plupart du temps, on peut maîtriser des aspects importants de sa vie. La méchanceté existe, mais notre entourage veut habituellement notre bien. Le ou les deuils associés à l'événement – perte d'un être cher, perte de mobilité physique due à une blessure, perte d'une conception de la vie plutôt insouciant – se font doucement, jour après jour, et la vie reprend lentement son cours.

Pour d'autres personnes, l'intégration de l'événement traumatique se fait beaucoup plus difficilement. Ces personnes continuent de croire que le danger est imminent. Elles réagissent à des défis quotidiens avec la même intensité émotionnelle et physique qu'à l'événement traumatique. En conséquence, elles se comportent de la façon apprise lors de l'événement traumatique pour assurer la survie : attaquer, fuir ou paralyser. Les deuils sont difficiles, et ces personnes demeurent aux prises avec des émotions pénibles : tristesse, colère, culpabilité ou honte. C'est le développement de l'état de stress post-traumatique.

Ce chapitre s'adresse d'abord aux victimes d'un événement traumatique et à leurs proches. L'objectif principal est d'informer ces personnes à propos de l'état de stress post-traumatique et de les orienter vers des ressources appropriées pour obtenir de l'information et de l'aide. L'information et le soutien des proches sont les meilleures armures dont une victime puisse se munir contre les conséquences d'un événement traumatique. Ce chapitre vise à vous aider à comprendre ce qui arrive aux victimes, à vous rendre compte que vous n'êtes pas seul et à considérer toutes les possibilités d'aide.

L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

D'abord, qu'est-ce qu'un événement traumatique ? On entendra aussi parler de traumatismes ou de traumas ; d'ailleurs, dans ce chapitre, ces termes seront utilisés de façon interchangeable. Mais que désigne-t-on exactement ? Le traumatisme est un événement négatif, habituellement hors de l'ordinaire, où la vie d'une personne, ou son intégrité physique, est menacée. Si l'on essayait de catégoriser grossièrement tous les types d'événements négatifs dans la vie d'une personne, du moindre au pire, on aurait d'abord les frustrations et les tracas (par exemple, être coincé dans un embouteillage, être en désaccord avec son conjoint ou un collègue de travail), ensuite les stressseurs et les « coups durs » (par exemple, perdre son emploi, échouer un examen, recevoir un diagnostic médical important, vivre une séparation ou un divorce) et enfin, complètement en haut de la liste, se retrouveraient les événements traumatiques.

Il existe plusieurs types d'événements traumatiques. Parmi ces derniers, on retrouve les attaques et les agressions (sexuelles ou non), les accidents (de la route, de travail, etc.) et les catastrophes (naturelles ou causées par l'erreur humaine). L'expérience de combat et l'exposition à la guerre, qu'on soit militaire, civil résident ou civil étranger (journaliste, aide humanitaire, etc.), sont aussi des expériences potentiellement traumatisantes. Être témoin d'un événement traumatique survenant à quelqu'un d'autre (par exemple, voir un ami se faire tabasser, être témoin du décès d'un piéton heurté par une automobile, être présent sur la scène d'un accident au travail ayant causé des blessures graves à un collègue) peut constituer un traumatisme en soi. On peut aussi être traumatisé en apprenant qu'un événement traumatique est arrivé à un proche (par exemple, apprendre que son enfant s'est suicidé). Enfin, composer quotidiennement avec des victimes d'événements traumatiques dans son travail peut devenir un traumatisme en soi (par exemple, une travailleuse sociale de la Direction de la protection de la jeunesse qui entend quotidiennement les détails de viols, d'inceste et de négligence).

Pour bien comprendre la nature de l'événement traumatique, prenons l'exemple fictif de deux résidents de la ville de Lac-Mégantic, où le déraillement, en juillet 2013, de wagons-citernes contenant du pétrole a provoqué des explosions et un incendie qui ont détruit une quarantaine d'édifices du centre-ville et causé la mort de 47 personnes. Myriam était au centre-ville lorsque l'explosion est survenue. Sur le coup, elle n'a pas

compris ce qui arrivait, puis elle s'est rendu compte qu'elle était en danger et s'est mise à courir plus rapidement qu'elle ne l'avait jamais fait de sa vie. Pendant sa fuite, elle a senti la chaleur des flammes de l'explosion et l'odeur des matériaux qui brûlent. Elle a dû se protéger physiquement des décombres et a craint pour sa vie. Tout autour d'elle, il y avait des blessés et des gens en panique. Elle a aussi dû contourner des personnes inertes étendues par terre ; elle ne saura jamais si ces personnes s'en sont sorties. Sylvain, lui, est le propriétaire d'un commerce qui a été endommagé par l'explosion. Il n'était pas présent au moment de l'événement et, par chance, aucun de ses proches n'a été touché. Cependant, du jour au lendemain, il se retrouve sans revenu. Il ne reste plus rien de son projet chéri des dix dernières années dans lequel il a investi tant de temps. Il a des échanges interminables avec les compagnies d'assurances, ses créanciers, ses fournisseurs, ses acheteurs, etc. Il doit complètement réorganiser son entreprise, et cette tâche l'épuise.

Myriam a vécu un événement traumatique et pourrait développer un état de stress post-traumatique. Dans la situation de Sylvain, on parlera davantage d'un stressé, d'un « coup dur ». Si, dans les jours et les semaines qui suivent la perte de son commerce, Sylvain manifeste des symptômes dépressifs (par exemple, pleurer souvent, se sentir découragé la plupart du temps, voir des changements dans son sommeil et son appétit, être irritable et facilement déconcentré) ou encore des symptômes anxieux (par exemple, s'inquiéter continuellement, se sentir agité et tendu, avoir des palpitations, ressentir de la peur ou de l'angoisse, éviter certaines situations parce qu'elles causent des malaises), on parlera alors de trouble de l'adaptation, et non de stress post-traumatique. Ce n'est pas dire que le problème de Myriam est plus grave que celui de Sylvain ou encore que la souffrance de Sylvain est moindre que celle de Myriam. Souffrir d'un trouble de l'adaptation ou d'un état de stress post-traumatique n'a rien à voir avec la sévérité des conséquences sur le fonctionnement quotidien ou l'intensité de la détresse ressentie. Cependant, il importe de préciser que le sujet de ce chapitre se limitera aux événements traumatiques et à l'état de stress post-traumatique. Cela signifie que les informations qui y figurent et les options de traitement présentées concernent uniquement l'état de stress post-traumatique, et non les troubles de l'adaptation.

L'événement traumatique implique ainsi l'exposition, directe ou par la menace, à la mort, à des blessures sérieuses ou à la violence sexuelle.

La victime a elle-même vécu l'événement, en a été témoin, a appris qu'il était survenu à un proche ou en entend parler de façon répétée et en détail dans son quotidien¹. Certains événements surviennent de façon isolée et sont circonscrits dans le temps : un accident d'automobile ou au travail, une attaque à main armée dans un dépanneur, un tremblement de terre. On parlera d'événements traumatiques de type I. Or, certaines personnes sont soumises à de multiples événements traumatiques de même nature, souvent parce qu'elles ne peuvent pas s'en soustraire ou parce que ces événements font partie de leur travail. On parlera alors d'événements traumatiques de type II. C'est le cas des victimes d'inceste, de violence et de négligence familiale, et de violence conjugale, qui vivent des sévices de façon répétée s'étendant parfois sur plusieurs années. C'est aussi le cas des militaires et des personnes qui vivent ou qui œuvrent dans des sociétés en guerre, des personnes déplacées dans des camps de réfugiés, des prisonniers politiques victimes de torture, de même que des premiers répondants sur les scènes d'accident et de crime. L'exposition à des événements traumatiques de type II est souvent liée à des symptômes plus sévères et à des problèmes physiques et mentaux associés plus nombreux.

Lorsque l'exposition à des événements traumatiques répétés débute à l'enfance, alors que la victime est très vulnérable et ne possède pas les capacités pour bien comprendre ce qui lui arrive, cela peut affecter le développement physique, émotionnel et social. Une personne dont le développement a été compromis dès l'enfance sera ainsi beaucoup plus à risque de vivre des problèmes importants de fonctionnement à l'âge adulte, n'ayant pas eu l'occasion d'acquérir les habiletés nécessaires pour faire face aux défis de la vie quotidienne. Prenons l'exemple fictif de Carine et Sophie, deux jeunes adultes à la recherche de l'âme sœur. Carine a grandi dans un environnement familial sain et aidant, où elle a appris qu'elle était une personne importante et de valeur. Au début de l'âge adulte, elle a fréquenté un homme qui, dans les premiers mois de leur relation, lui a fait des commentaires abaissants et a tenté de contrôler ses activités. Pour Carine, il était évident que cette relation était malsaine, qu'elle ne méritait pas de se faire traiter ainsi, et elle a rapidement mis

1. Cette définition correspond à celle qui est décrite dans la cinquième édition du manuel des troubles mentaux de l'Association psychiatrique américaine : American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.

fin à la relation. Sophie, elle, a été victime de violence familiale et d'inceste. Les membres de sa famille lui ont constamment envoyé le message – directement ou indirectement en la négligeant – qu'elle n'était pas importante, qu'elle n'avait aucune valeur, qu'elle ne méritait pas qu'on s'occupe d'elle. À l'âge adulte, quand Sophie est sortie avec un homme contrôlant et abusif, elle n'a pas vu à quel point cette relation était nocive ni qu'elle pouvait aspirer à mieux. D'ailleurs, quelques mois plus tôt, alors qu'elle était sortie avec un homme qui la respectait et qui lui faisait des compliments, elle ne croyait pas mériter cette attention : elle se sentait méfiante et était constamment sur ses gardes, ce qui a éventuellement nui à la relation. Cet exemple illustre comment les personnes victimes d'événements traumatiques multiples à l'enfance, souvent reliés à un environnement familial négligent ou violent, peuvent avoir de la difficulté à établir et à entretenir des relations interpersonnelles de qualité et enrichissantes². Ces difficultés peuvent affecter la relation avec les personnes mêmes qui pourraient les aider à aller mieux, que ce soit un proche (parent, ami, collègue) ou un professionnel (psychologue, médecin, intervenant).

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

L'état de stress post-traumatique est un trouble mental qui peut se développer à la suite de l'exposition à un ou des événements traumatiques. Ce trouble a longtemps figuré dans la catégorie des troubles anxieux. Depuis la parution de la cinquième édition du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, il fait partie de la catégorie des troubles liés à un événement traumatique ou à un stressor, parmi d'autres troubles pouvant survenir à la suite d'événements particuliers, comme le trouble de l'adaptation que nous avons abordé plus tôt. Les critères précis pour diagnostiquer l'état de stress post-traumatique, que nous appellerons également les symptômes de l'état de stress post-traumatique, sont énumérés dans le tableau 6.1.

2. Les lecteurs intéressés à en connaître davantage sur l'influence des relations d'attachement développées dès l'enfance sur la qualité des relations interpersonnelles à l'âge adulte sont invités à consulter le chapitre à ce sujet dans le premier volume de *La psychologie au quotidien*. Tarabulsky, G., Larose, S., et Plamondon, A. (2012). L'attachement parent-enfant et le développement humain : une vieille idée, un nouveau regard (p. 11-36). Dans S. Grondin (dir.). *La psychologie au quotidien*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

TABLEAU 6.1
Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique
selon la cinquième édition du *Manuel statistique et diagnostique*
des troubles mentaux de l'Association psychiatrique américaine

<p>A. Exposition, directe ou par la menace, à la mort, à des blessures sérieuses ou à la violence sexuelle d'une ou plusieurs des façons suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivre l'expérience directe de l'événement traumatique. 2. Être témoin, en personne, de l'événement survenant à quelqu'un d'autre. 3. Apprendre que l'événement est arrivé à un proche. Dans le cas du décès d'un proche, l'événement en cause doit avoir été violent ou accidentel. 4. Exposition répétée ou extrême à des détails aversifs d'un événement (ne s'applique pas à l'exposition par l'entremise des médias électroniques, de la télévision, des films ou des images, à moins qu'elle soit associée au travail).
<p>B. Présence d'au moins un des symptômes d'intrusion suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs de l'événement récurrents, involontaires et pénibles. 2. Rêves pénibles récurrents, dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement. 3. Réactions dissociatives (par exemple, <i>flashbacks</i>), où la personne se sent ou agit comme si l'événement survenait à nouveau. 4. Détresse psychologique intense ou prolongée lors de l'exposition à des indices, internes ou externes, qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement. 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices, internes ou externes, qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement.
<p>C. Évitement persistant de stimulus associés à l'événement, se traduisant par au moins un des éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement, ou efforts pour éviter, des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles associés à l'événement. 2. Évitement, ou efforts pour éviter, des éléments externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) provoquant des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles associés à l'événement.
<p>D. Altération négative des cognitions et de l'humeur, se traduisant par au moins deux des éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement. 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos de soi, des autres ou du monde. 3. Cognitions déformées persistantes à propos des causes ou des conséquences de l'événement menant la personne à en attribuer le blâme à elle-même ou aux autres. 4. État émotionnel négatif persistant. 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives. 6. Sentiment de détachement ou d'aliénation par rapport aux autres. 7. Incapacité persistante à ressentir des émotions positives.

TABLEAU 6.1 (SUITE)
Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique
selon la cinquième édition du *Manuel statistique et diagnostique*
des troubles mentaux de l'Association psychiatrique américaine

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité, se traduisant par au moins deux des éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportements traduisant de l'irritabilité et éclats de colère. 2. Comportements imprudents ou autodestructeurs. 3. Hypervigilance. 4. Réponse de sursaut exagérée. 5. Problèmes de concentration. 6. Perturbation du sommeil.
F. La durée des problèmes (critères B, C, D et E) est supérieure à un mois.
G. Les problèmes causent une détresse ou une altération du fonctionnement cliniquement significative.
H. Les problèmes ne sont pas attribuables aux effets d'une substance ou d'une condition médicale.

Note. Adapté de: American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-5 (5th ed., p. 271-274), American Psychiatric Publishing, Inc. Au moment de la publication de ce chapitre, la traduction française officielle du DSM-5 n'était pas disponible: le texte constitue donc une traduction libre de l'extrait original.

Les intrusions cognitives

Les symptômes de l'état de stress post-traumatique se divisent en quatre grandes catégories. La première regroupe les symptômes d'intrusions cognitives ou de reviviscence. Ces derniers constituent des pensées et des images involontaires reliées au trauma, qui surviennent de façon fréquente et qui causent une grande détresse à la personne. Il peut s'agir de souvenirs répétitifs, de rêves pénibles ou de réactions physiologiques marquées lorsque la personne se retrouve dans une situation qui lui rappelle un élément du trauma. Les *flashbacks* figurent également dans cette catégorie. Le *flashback* est une expérience dissociative, c'est-à-dire qui implique une perte de contact avec la réalité, où la personne se sent et agit comme si l'événement était en train de se produire à nouveau. Tous ces symptômes d'intrusion sont excessivement pénibles pour la personne qui les vit. En effet, être constamment replongé dans le pire événement de sa vie gruge énormément d'énergie et cause beaucoup de détresse.

Pourquoi la personne traumatisée ne peut-elle pas simplement passer à autre chose et laisser cet horrible événement dans le passé ? Pour certains auteurs, les symptômes d'intrusion cognitive sont des signes que le cerveau est en train de traiter l'événement pour arriver à le comprendre³. En effet, pour « classer » un événement dans sa mémoire autobiographique (le passé), l'être humain fait un grand effort pour comprendre ce qui lui est arrivé, y donner un sens et, dans le cas d'un événement fâcheux, éviter que cela ne se reproduise. Dans le cas d'un événement traumatique, la quantité d'information à absorber est faramineuse et la situation même du trauma, où toutes les ressources sont consacrées à la survie, est loin de favoriser la réflexion. Pour mieux comprendre cette explication, prenons l'exemple d'une situation beaucoup moins grave qui est susceptible d'arriver à chacun d'entre nous : imaginons que vous vous querellez avec un collègue de travail. Ce qui avait débuté en simple désaccord devient soudainement un affrontement de valeurs, les esprits s'échauffent, le ton monte et, tant de votre part que de celle de votre collègue, les mots échangés dépassent la pensée et prennent la forme d'attaques personnelles. Les portes claquent, et vous vous retrouvez seul dans votre bureau. Serez-vous en mesure de reprendre votre travail comme si de rien n'était ? Il y a peu de chances que ce soit le cas. À la place, vous repenserez à ce qui vient d'arriver. Vous vous remémorerez les mots échangés. Vous aurez de nouvelles idées sur ce que vous auriez pu dire. Dans votre tête, vous jouerez, encore et encore, le scénario de ce qui vient de se passer. Ces pensées seront accompagnées d'émotions fortes comme la colère (comment a-t-elle pu me dire cela ?), la tristesse (notre belle relation est gâchée maintenant), l'anxiété (que se passera-t-il quand je la recroiserai ?), et peut-être même la culpabilité et la honte (je n'aurais pas dû me fâcher ainsi en public). Plus le conflit aura été éprouvant et hors de l'ordinaire, plus vous y repenserez longtemps (par exemple, devant la télévision le soir, avant de vous endormir, au déjeuner le lendemain, etc.). Pour classer l'événement dans le passé, votre cerveau aura besoin de comprendre ce qui s'est passé et de trouver une solution satisfaisante. Ainsi, quand un événement traumatique survient, il est normal qu'il occupe la majeure

3. Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. Oxford, England: Jason Aronson. Horowitz, M.J. (2011). *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders (5th ed.)*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.

partie des pensées durant les jours et même parfois les semaines qui suivront. Or, pour certaines personnes, ce processus naturel de traitement de l'information est bloqué et n'arrive pas à bien se faire. L'événement n'est jamais classé en mémoire autobiographique et demeure constamment «en traitement». C'est ce qui expliquerait en partie les symptômes d'intrusion cognitive.

L'évitement

La deuxième catégorie de symptômes post-traumatiques inclut les manifestations d'évitement. Ces symptômes sont habituellement plus faciles à comprendre pour l'entourage : les victimes veulent éviter tout ce qui leur rappelle l'événement douloureux qu'elles ont vécu et les y replonge. L'évitement peut être comportemental (par exemple, une personne qui refuse de conduire après un accident) ou cognitif, comme dans le cas où une victime tente d'arrêter de penser à son agression. Il peut être facilement observable ou plus subtil (par exemple, détourner habilement le sujet de la conversation dès qu'on aborde le sujet de l'attaque à main armée). Les éléments évités peuvent être associés de façon évidente à l'événement traumatique ou y être associés de façon plus indirecte. Par exemple, Laurence, la conjointe de Sébastien, un militaire, n'arrivait pas à comprendre pourquoi ce dernier refusait de s'approcher d'une cour d'école. Quel est le lien entre les horribles situations de guerre que Sébastien a vécues et les cris joyeux des enfants qui jouent dehors ? Or, Sébastien avait assisté à une explosion particulièrement bouleversante sur une place publique bondée, et les cris d'enfants, même joyeux, lui rappelaient les cris de panique et de douleur des victimes de cet événement. Chez certaines victimes, les symptômes d'évitement sont si sévères qu'elles peuvent en venir à avoir de la difficulté à sortir de chez elles et à vaquer à leurs activités quotidiennes (voir l'encadré 6.1).

ENCADRÉ 6.1***Elle ne sort même plus de chez elle!***

Pourquoi l'évitement devient-il de plus en plus fréquent ?

De façon naturelle et pour assurer la survie, le cerveau possède un système d'alarme et de protection qui pousse à éviter tout ce qu'il perçoit comme une menace potentielle. Or, avec les symptômes d'intrusion cognitive et les réactions physiologiques de peur qui peuvent survenir dès qu'un élément rappelle l'événement traumatique, plusieurs situations peuvent prendre une signification menaçante. Si la personne interprète incorrectement des réactions physiologiques comme des signaux de menaces (je me sens mal, donc il y a un danger), elle aura tendance à éviter toutes les situations où elle ressent ce malaise⁴. Plus elle ressentira ce malaise dans des situations diverses, plus l'évitement deviendra fréquent et envahissant. Prenons l'exemple de Magalie qui a vécu un violent accident d'automobile et qui est en arrêt de travail. Depuis l'accident, même si elle s'est remise physiquement du choc, Magalie n'a pas repris le volant. Juste l'idée de conduire lui donne des palpitations et des sueurs froides. Pour ses déplacements, elle se fait conduire par son conjoint. Cependant, elle n'est pas très à l'aise non plus dans le siège du passager : elle trouve que son conjoint conduit trop vite et chaque mouvement d'accélération ou de décélération la fait sursauter. Elle préfère les transports en commun à l'automobile et n'utilise cette dernière que lorsqu'elle n'a pas le choix et avec un malaise extrême. Or, dernièrement, elle a commencé à ressentir des malaises dans l'autobus également : elle s'y sent coincée, elle endure le trajet avec grande peine et, même une fois sortie, se sent nauséuse pour le reste de la journée. Elle opte donc pour faire ses courses à pied. Sauf que, en traversant un stationnement, un conducteur a reculé sa voiture vers elle, sans sembler la voir. Il s'est arrêté bien avant de la heurter, mais Magalie se souvient s'être dit qu'elle n'était en sécurité nulle part ! Depuis cet incident, elle a engagé une aide familiale pour faire ses courses et ne quitte la maison que lorsque c'est absolument nécessaire. Le conjoint de Magalie est déconcerté et ne sait plus comment l'aider : elle devient très irritable dès qu'il aborde le sujet. La date du retour au travail approche, et Magalie, qui se considère désormais incapable de se déplacer de façon autonome, se sent désemparée et apeurée.

4. Ehlers, A., et Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research & Therapy*, 38 (4), 319-345.

Les altérations de l'humeur et des cognitions

La troisième catégorie de symptômes concerne les altérations de l'humeur et des façons de penser (cognitions). Celles-ci peuvent se manifester de plusieurs façons, mais on retrouve souvent une humeur neutre ou négative et un détachement de la victime envers son entourage. Jusqu'à maintenant, nous avons beaucoup parlé de réactions anxieuses, mais la victime peut ressentir toute une gamme d'émotions négatives : tristesse, colère, culpabilité, honte. Cet état négatif se manifeste par une perte d'intérêt envers des activités auparavant appréciées et par une difficulté à ressentir et à exprimer des émotions positives. Cette dernière peut être particulièrement difficile à supporter par l'entourage qui investit beaucoup d'effort à aider la victime à se rétablir, mais qui ne reçoit plus de celle-ci de marques d'amour, d'affection, de plaisir ou d'espoir. À la place, la victime semble être coincée dans un discours négatif, souvent irritable, blâmant les autres ou elle-même pour tout et pour rien.

On peut conceptualiser ces altérations comme une façon, plus ou moins adaptée, de prendre une période de repos à la suite de l'événement et tenter de donner un sens à ce qui est arrivé. Au niveau émotif, on peut voir l'exposition à l'événement traumatique comme ayant causé une surchauffe du système émotionnel. Ainsi, une période de rétablissement sans activité, c'est-à-dire sans émotion, ni positive ni négative, pourrait être nécessaire pour « redémarrer » le système. C'est ce qui expliquerait pourquoi les victimes rapportent souvent se sentir détachées des autres, comme dans une bulle. Le fait d'avoir vécu un événement extraordinaire et l'impression que les autres ne peuvent comprendre ce qui a été vécu contribuent à ce sentiment de détachement. Pour s'expliquer le changement draconien et l'inflexibilité dans les façons de penser, il faut comprendre qu'une personne qui a vécu le pire événement de sa vie fera tout en son pouvoir pour qu'il ne se reproduise pas. Elle cherchera à y donner un sens et à en déterminer les causes, afin de maîtriser ces dernières. Or, un événement traumatique est souvent multicausal, et plusieurs de ces causes sont difficilement explicables ou acceptables : la malchance, le déchaînement de la nature, la cruauté humaine, etc. Ainsi, il devient plus facile de reporter le blâme sur soi ou sur les autres, afin de se donner l'impression de pouvoir maîtriser la probabilité de ré-occurrence de l'événement. Par exemple, en s'attribuant entièrement le blâme, une victime d'accident d'automobile a l'impression

de pouvoir éviter des accidents futurs : elle n'aura qu'à faire plus attention ou, encore mieux, ne jamais reprendre le volant. Une victime de vol à main armée par un voleur noir pourra conclure que tous les Noirs sont des criminels ; de cette façon, elle peut augmenter illusoirement son sentiment de protection et croire qu'en les évitant elle maîtrise la probabilité de subir un deuxième vol. Dans ces deux exemples, les deux victimes perpétuent des jugements durs et injustes qui seront difficiles à accepter par l'entourage ; cependant, ces visions des choses sont plus faciles à accepter que la réalité, soit que nous vivons dans un monde où, de façon imprévisible, des accidents surviennent et des actes malveillants sont posés.

L'hyperactivation

La quatrième et dernière catégorie de symptômes concerne les signes d'hyperactivation. Ces derniers découlent du déclenchement du système d'alarme dans le cerveau humain. Ainsi, face à un événement traumatique, le système d'alarme s'active pour assurer la survie et réagir rapidement, soit en combattant, en fuyant ou en figeant⁵. Le système d'alarme provoque plusieurs réactions en chaîne. Le cœur s'emballé pour se préparer à l'action. Le sang est envoyé majoritairement dans les gros muscles des cuisses et des bras et de façon limitée dans les extrémités, qui auront tendance à devenir froides. L'attention est dirigée entièrement vers la menace et néglige les autres éléments de l'environnement. Les énergies sont consacrées aux éléments essentiels à la survie, aux dépens des autres processus en cours à ce moment, comme la digestion et l'élimination. Les émotions ressenties sont la peur (pour fuir), la colère (pour combattre) ou le retrait pouvant aller jusqu'à la dissociation complète (pour figer). Toutes ces réactions sont parfaitement normales et adaptées lorsqu'une personne fait face à un événement qui menace sa survie : elles lui permettent de prendre les décisions et de faire les gestes nécessaires pour demeurer en vie.

5. Figer est bel et bien une réaction d'alarme biologiquement adaptée pour assurer la survie. Dans la nature, certaines proies deviendront paralysées en présence d'un prédateur qu'elles ne peuvent ni combattre ni fuir. Il s'agit en fait d'une tentative de tromperie pour paraître mortes et devenir ainsi inintéressantes aux yeux du prédateur. Celui-ci préférera chasser une proie vivante, et l'animal qui aura ainsi figé aura assuré sa survie.

Or, la victime qui vit un état de stress post-traumatique se retrouve constamment dans un état de menace imminente, même si le danger n'est plus présent. À cause des intrusions, des efforts pour éviter et des cognitions inflexibles, elle voit les catastrophes comme étant souvent probables. Ainsi, son système d'alarme est constamment activé : il est trop sensible. Pensons au système d'alarme d'une maison : s'il se déclenche lorsque quelqu'un tente d'entrer par effraction, il est efficace. S'il se déclenche parce que le chat grimpe sur le bord de la fenêtre, il est trop sensible : il a interprété un mouvement inoffensif comme un signal de danger. Les symptômes d'hyperactivation de la victime d'un événement traumatique relèvent du fait que le système d'alarme de son cerveau, trop sensible, est constamment activé par des stimulus qui sont interprétés comme des menaces, mais qui ne représentent pas de véritables dangers. L'insomnie, les problèmes de concentration, les réactions exagérées de sursaut, l'irritabilité, tous ces éléments sont des signes que la personne est « occupée » à se protéger d'une menace, qu'elle est en état d'alerte. Il est en effet bien difficile de dormir ou de se concentrer au travail quand le cerveau est convaincu qu'il est en danger ! Pour diminuer les symptômes d'hyperactivation, la victime devra apprendre à réinterpréter ses signaux de menace comme étant inoffensifs et retrouver un sentiment de sécurité dans sa vie de tous les jours. La section sur les traitements psychologiques de l'état de stress post-traumatique décrit diverses façons pour y arriver.

LA PRÉVALENCE ET LES FACTEURS DE RISQUE

Si vous ou l'un de vos proches avez été victime d'un événement traumatique et avez développé un état de stress post-traumatique, vous êtes loin d'être seul. Au Canada, environ trois personnes sur quatre seront exposées à un événement traumatique au cours de leur vie ; de ce nombre, 9 % développeront un état de stress post-traumatique⁶.

Plusieurs facteurs rendent une personne plus ou moins à risque de développer un état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique. Les facteurs qui augmentent la probabilité de le développer

6. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., et Boyle, M.H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada, *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14 (3), 171-181.

sont appelés facteurs de risque, et ceux qui en diminuent la probabilité, facteurs de protection. Ces facteurs ont été amplement étudiés par les chercheurs et sont généralement regroupés en trois catégories. Les facteurs prétraumatiques sont les caractéristiques de la personne et de son histoire de vie, qu'elle possède avant que l'événement survienne. Les facteurs péritraumatiques incluent les caractéristiques de l'événement en tant que tel, de même que les réactions immédiates de la victime. Les facteurs post-traumatiques font référence à tout ce qui se passe après l'événement. Les principaux facteurs de risque et de protection répertoriés dans la littérature scientifique sont rapportés au tableau 6.2.

TABLEAU 6.2
Regroupement des facteurs étiologiques les plus probants de l'état de stress post-traumatique

	Facteurs pré-traumatiques	Facteurs péritraumatiques	Facteurs post-traumatiques
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux • Événements traumatiques antérieurs • Variables sociodémographiques (âge, sexe, ethnie, éducation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Type d'événement vécu (événements de type II) • Sévérité de l'événement traumatique et caractéristiques associées (menace à la vie, durée plus longue et intensité plus élevée de l'événement, imprévisibilité, intentionnalité et blessures corporelles) • Réactions initiales de stress (émotionnelles et physiques) • Dissociation • Effroi 	<ul style="list-style-type: none"> • Situations de vie stressantes • Symptômes dépressifs • État de stress aigu • Soutien social absent, déficient ou négatif
Facteurs de protection	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress • Personnalité résistante au stress • Sentiment d'efficacité personnelle • Expérience antérieure ou formation adéquate 	<i>À découvrir</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien social adéquat ou positif

Note. Reproduit à partir de Martin, M., Germain, V., et Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique (p. 51-86). Dans S. Guay et A. Marchand (dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. Cet extrait a été reproduit grâce à une licence accordée par COPIBEC et avec l'aimable permission de ses auteurs.

Parmi tous ces facteurs, deux se sont démarqués comme étant particulièrement valides et fiables pour prédire l'occurrence d'un état de stress post-traumatique à la suite d'un trauma. Le premier est la dissociation péritraumatique. La dissociation est un mécanisme cognitif, parfois complètement involontaire, où une personne se déconnecte de la réalité pendant un événement qui serait autrement trop difficile à supporter. Après à un épisode de dissociation, la personne peut rapporter s'être sentie hors de son corps (dépersonnalisation), avoir eu une sensation d'irréalité comme si elle rêvait ou était dans un film (déréalisation) ou carrément ne pas être en mesure de se souvenir de caractéristiques importantes entourant l'événement (amnésie dissociative). Plusieurs données indiquent qu'une personne qui rapporte avoir fait de la dissociation pendant un événement traumatique est plus à risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique. Il se pourrait aussi que le fait de faire de la dissociation pendant un événement traumatique soit le signe d'une santé mentale prétraumatique plus compromise et de problèmes psychologiques plus nombreux⁷.

Il existe présentement un consensus chez les chercheurs pour affirmer que le soutien social est un facteur post-traumatique de première importance associé au développement de l'état de stress post-traumatique. Les personnes qui bénéficient d'un soutien social adéquat et positif à la suite d'un trauma sont moins à risque de développer des complications. Parler de l'événement traumatique à une personne accueillante et de confiance favorise son intégration émotionnelle et permet d'assouplir certaines façons de penser en obtenant un point de vue différent. Par exemple, après être demeurée silencieuse pendant plusieurs semaines, Alexandra a finalement révélé à son amie Valérie à quel point elle se sentait honteuse et responsable de son agression sexuelle. Valérie a fait preuve de compréhension envers les sentiments douloureux de son amie, mais elle lui a demandé si elle l'aurait blâmée autant si l'agression était arrivée à elle, ce qu'Alexandra a rapidement nié. De plus, Valérie lui a fait part de son avis : pour elle, le blâme lors d'une agression sexuelle revient à l'agresseur, et non à sa victime. Cette discussion a permis à Alexandra non seulement de partager son expérience douloureuse et de

7. Van der Velden, P.G., et Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies, *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 1009-1020.

recevoir des marques d'amitié et de compréhension, mais aussi de remettre en question certaines façons de penser qui contribuaient à perpétuer son sentiment de détresse et de honte. Les personnes qui ne bénéficient pas d'un tel soutien, ou encore dont l'entourage adopte une attitude plus négative (critique, manque d'écoute et d'empathie, etc.), sont ainsi plus à risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique. Être socialement isolé et se faire blâmer ou critiquer à la suite d'un événement peut avoir des conséquences très néfastes sur la santé mentale de la victime. Accueillir la victime, lui offrir sa présence et son écoute, même lorsqu'on ne comprend pas bien ce qui se passe ni ses réactions, ainsi que l'aider à trouver des ressources nécessaires à sa guérison et l'encourager à les utiliser font partie des tâches primordiales de l'entourage de la victime qui peuvent avoir un effet positif sur son rétablissement.

LES COMORBIDITÉS

Il n'est pas rare pour une personne souffrant d'un état de stress post-traumatique de souffrir en même temps d'un autre trouble psychologique. Ce phénomène est appelé la comorbidité. Le taux de comorbidité relié à l'état de stress post-traumatique est très élevé; les troubles qui y sont le plus associés sont la dépression et l'abus de substances⁸, de même que les troubles du sommeil⁹.

On estime que les trois quarts des personnes qui souffrent d'un état de stress post-traumatique souffriront également de dépression. La dépression est caractérisée par une humeur triste persistante ou une perte d'intérêt marquée envers les activités de la vie quotidienne. Cette humeur ou perte d'intérêt est accompagnée de divers sentiments négatifs : irritabilité, culpabilité, faible estime de soi. La personne en dépression peut également souffrir de difficultés de concentration et d'une fatigue excessive. Elle remarque des changements dans son appétit et son sommeil; il s'agit plus souvent d'une diminution de l'appétit et de la capacité à dormir, mais il arrive aussi que le sommeil et l'appétit soient

-
8. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., et Boyle, M.H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada, *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14 (3), 171-181.
 9. Harvey, A.G., Jones, C., et Schmidt, D.A. (2003). Sleep and posttraumatic stress disorder: A review, *Clinical Psychology Review*, 23 (3), 377-407.

augmentés. Enfin, les pensées relatives à la mort et les idéations suicidaires sont fréquentes. Les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides accomplis sont plus fréquents chez les personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique que dans la population générale, et encore plus fréquents si la personne souffre en plus d'une dépression comorbide¹⁰.

L'abus d'alcool et de drogues est un autre problème souvent rencontré chez les victimes : environ 25 % des femmes et 40 % des hommes souffrant d'un état de stress post-traumatique ont des problèmes liés à l'utilisation abusive d'une substance comme l'alcool, les drogues illicites ou les médicaments d'ordonnance. La problématique d'abus mène à toutes sortes de conséquences négatives supplémentaires sur le fonctionnement, comme des conflits avec l'entourage, des difficultés à accomplir son travail, des complications financières et des problèmes judiciaires. La relation entre l'état de stress post-traumatique et l'abus de substances est complexe et bidirectionnelle. D'un côté, la personne qui vit des symptômes post-traumatiques peut consommer de l'alcool ou des drogues pour tenter de soulager ses souffrances. D'un autre côté, la consommation mène elle-même à des comportements à risque, comme conduire sous l'effet de l'alcool ou fréquenter des personnes malveillantes, qui rendent la personne plus à risque de subir un événement traumatique, comme un accident ou une agression. Chez les personnes qui sont en traitement pour un problème de consommation, il n'est pas rare de découvrir qu'elles ont subi un ou plusieurs événements traumatiques qu'elles n'ont jamais révélés et qu'elles ont tenté d'oublier avec l'utilisation de substances ; cela est particulièrement vrai chez les femmes.

Enfin, il est courant pour les victimes d'un événement traumatique de rapporter des perturbations de leur sommeil. Celles-ci prennent souvent la forme de cauchemars et d'insomnie. Elles peuvent aussi se manifester par des cris et des mouvements brusques pendant le sommeil, des attaques de panique nocturnes, du somnambulisme et un sommeil non réparateur. Des difficultés liées à la respiration pendant le sommeil, par exemple l'apnée du sommeil, sont aussi fréquentes. Les personnes qui vivent des difficultés de sommeil graves et persistantes après un

10. Panagioti, M., Gooding, P., et Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review, *Clinical Psychology Review*, 29 (6), 471-482.

événement traumatique seraient plus à risque de développer un état de stress post-traumatique. La perturbation du sommeil par des cauchemars ou d'autres dérangements et les difficultés à s'endormir ou à maintenir leur sommeil sont associées à des conséquences sur le fonctionnement le jour, comme de la fatigue, des difficultés de concentration et une humeur plus triste ou irritable. Ces problèmes viennent s'ajouter aux symptômes post-traumatiques et compliquent les difficultés de la personne.

LES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La section suivante décrit les principales approches psychothérapeutiques éprouvées pour traiter l'état de stress post-traumatique. Elle se limite aux traitements basés sur des données probantes, c'est-à-dire les traitements pour lesquels il existe suffisamment d'études scientifiques de qualité pour en prouver l'efficacité. Dans tous les cas, ces psychothérapies doivent être entreprises avec un professionnel de la santé, soit un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin, qui possède une expertise dans le domaine des réactions post-traumatiques. Il n'est jamais recommandé pour une victime ou l'un de ses proches de mettre en œuvre de telles techniques sans l'aide d'un professionnel compétent. Contrairement à d'autres problèmes pouvant être résolus à l'aide d'une approche d'autotraitement, comme pour certains problèmes d'anxiété, de dépression ou d'insomnie, le traitement de l'état de stress post-traumatique ne saurait se faire sans une relation de confiance chaleureuse, avec un professionnel empathique, à l'écoute et compétent.

L'exposition

La façon la plus efficace et la plus éprouvée de diminuer les symptômes post-traumatiques, particulièrement l'évitement et les intrusions cognitives, est la technique de l'exposition. Cette technique est souvent employée pour aider les personnes qui vivent un trouble anxieux à surmonter leur peur et à affronter l'objet qui est craint et évité. Si l'exposition est faite de façon graduelle, répétée et prolongée, les personnes en viennent à cesser l'évitement des situations qu'elles trouvaient auparavant intolérables et à diminuer l'intensité de leurs

réactions anxieuses. Par exemple, un psychologue qui voudrait traiter une personne avec une phobie des chiens à l'aide de l'exposition lui proposerait tout d'abord d'établir une hiérarchie d'exercices d'exposition, du plus facile au plus difficile. Il s'agirait peut-être d'abord de regarder des images et des vidéos de chiens, puis de se tenir dans la même pièce qu'un chien en laisse, d'approcher un chien connu et de le toucher, et finalement de se tenir dans un parc à chiens où se trouvent de nombreux chiens inconnus. Tout au long de cette thérapie, qui s'étendrait sur plusieurs semaines, le psychologue verrait à ce que son client se permette de ressentir l'anxiété sans fuir la situation, puis arrive à réinterpréter les situations qu'il croyait dangereuses auparavant. Par exemple, la personne pourra arriver à voir un chien courir vers elle sans penser automatiquement que c'est pour l'attaquer et sans se sentir en panique. Ces exercices permettront l'apparition d'un phénomène appelé l'habituation, qui consiste en une réponse physiologique d'anxiété de moins en moins intense et de moins en moins présente au fur et à mesure que la personne s'expose aux situations craintes sans que la catastrophe anticipée se produise.

Dans le cas d'une victime d'un état de stress post-traumatique, l'objet de la peur est le souvenir de l'événement traumatique. La victime fait tout pour ne pas y penser et évite les situations où quelque chose pourrait le lui rappeler. Or, l'erreur d'interprétation dans ces situations est de penser qu'un souvenir est aussi dangereux que l'événement en soi, ce qui n'est pas le cas. Aussi désagréables soient-ils, les souvenirs de l'événement ne représentent pas une menace pour la survie. Pour diminuer les symptômes post-traumatiques, la victime doit apprendre à vivre avec le souvenir de l'événement, et non tout mettre en œuvre pour l'éviter. Elle doit aussi apprendre à réévaluer les risques réels de danger dans les situations qu'elle évite. Pour Magalie, qui a eu un accident d'auto, cela voudra dire se rendre compte que la grande majorité des sorties en automobile ne se terminent pas en accident. Pour Alexandra, victime d'une agression sexuelle, ce sera plutôt de comprendre que la plupart des hommes ne sont pas dangereux. Pour Sébastien, militaire ayant vécu une situation de combat, ce sera de reconnaître que les sorties publiques dans des endroits bruyants et bondés ne se soldent pas en explosion.

Dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, il y a deux formes d'exposition. La première, l'exposition en imagination au souvenir

de l'événement traumatique, consiste à aider la victime à réapprivoiser les détails de ce qui s'est passé. La victime est donc encouragée à raconter et à se remémorer, de façon répétée et dans tous ses détails, le déroulement de l'événement traumatique. Pour les proches qui ne comprennent pas la justification de cette technique, cela peut paraître une torture absolue ! Pourquoi tourmenter les victimes avec les détails atroces de ce qu'elles ont vécu ? Ce qu'il faut se rappeler, c'est que les victimes vivent tous les jours avec le souvenir de l'événement et qu'elles font des efforts surhumains pour essayer d'arrêter d'y penser. Or, le cerveau, lui, cherche à comprendre ce qui est arrivé et à donner un sens à l'événement afin de pouvoir le classer en mémoire. L'exposition en imagination permet de faciliter le processus naturel d'intégration du souvenir traumatique en mémoire ; une fois que c'est fait, on voit habituellement une diminution marquée des symptômes d'intrusion cognitive.

L'autre forme d'exposition est dite *in vivo*, c'est-à-dire qu'elle est faite dans les situations réelles qui sont évitées par la victime. Ici, on ciblera les endroits ou les activités que la personne évite parce qu'ils lui rappellent l'événement traumatique ou provoquent des réactions similaires à celles qui ont été vécues lors du trauma. Pour Magalie, ce sera peut-être réapprivoiser progressivement la conduite automobile ; pour Alexandra, réapprendre graduellement à sortir seule et à faire confiance à des hommes ; pour Sébastien, se promener dans des endroits publics de plus en plus bruyants et bondés. L'exposition *in vivo* aide non seulement à diminuer les réactions intenses d'anxiété et d'hypervigilance, mais permet aussi de retrouver une plus grande autonomie dans le fonctionnement quotidien et une plus grande qualité de vie. La victime apprend à cesser de limiter ses activités et ses déplacements en fonction des indices qui lui rappellent l'événement traumatique.

La thérapie cognitive (*cognitive processing therapy*)

Ce traitement comporte habituellement une composante d'exposition, comme celle qui a été décrite à la section précédente. Cependant, l'accent de la thérapie est mis sur l'identification des pensées inexacts qui se sont développées depuis l'événement traumatique et qui nuisent au rétablissement. Les thèmes abordés incluent généralement le sens donné à l'événement (par exemple « J'ai été agressée parce que je suis une mauvaise personne » ; « Cette inondation est un acte de Dieu pour

nous punir d'avoir été aussi insouciant») et les enjeux de confiance (par exemple «Tout le monde conduit mal»; «Tous les hommes sont violents»), de sécurité (par exemple, «C'est dangereux de sortir seule le soir»; «Une catastrophe peut survenir à tout moment»), de contrôle (par exemple, «Si je baisse ma garde, l'événement va se reproduire et ce sera de ma faute»; «J'aurais pu éviter d'être attaquée, car j'avais un mauvais pressentiment envers cette personne»), d'estime de soi (par exemple, «C'est parce que je ne vauds rien que mon père m'a agressée toutes ces années»; «Un bon soldat n'aurait pas réagi de cette façon devant l'explosion») et d'intimité (par exemple, «Je me sens sale dès que mon conjoint me touche»; «Je ne peux dévoiler à ma conjointe tout ce que je ressens, ce serait trop pour elle»).

La thérapie aborde les pensées qui provoquent des réactions intenses d'anxiété, mais aussi de tristesse, de honte, de colère ou de culpabilité. Le thérapeute aidera tout d'abord la victime à décrire sa manière de penser. Souvent, derrière une émotion négative intense et persistante se cache une pensée peu réaliste ou erronée. Par exemple, une victime d'agression sexuelle qui croit fondamentalement que l'agression est de sa faute ressentira probablement beaucoup plus de honte que celle qui pense que l'agression est de la faute de l'agresseur.

Une fois ces pensées décrites, la victime et son thérapeute en évalueront la véracité et l'utilité. Le thérapeute aidera la victime à envisager des options, d'autres façons de penser qui représentent mieux la réalité. Assouplir une façon de penser très rigide et négative et voir la réalité dans toutes ses nuances permet souvent à la personne de diminuer l'intensité des émotions négatives et de retrouver une meilleure qualité de vie.

D'autres formes de thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Certains thérapeutes d'approche cognitivo-comportementale choisiront de combiner les stratégies d'exposition et de restructuration cognitive (c'est-à-dire d'identification et de modification des pensées dysfonctionnelles) à d'autres techniques, en fonction des particularités et des préférences de leur client. Ils pourraient avoir recours, par exemple, à des stratégies de gestion du stress et de la panique, comme la relaxation et l'exposition aux sensations physiques de l'anxiété. Ils pourraient

choisir de s'attarder aux symptômes de dissociation, lorsque le client utilise ce mécanisme de déconnexion de la réalité pour fuir ses souvenirs douloureux ou, encore, proposer des stratégies de pleine conscience afin d'aider la victime à composer avec les sentiments douloureux issus des pertes qu'elle a subies. Ils pourraient aussi décider de s'attarder davantage aux pensées ou aux comportements qui ne sont pas directement en lien avec le trauma, mais qui empêchent la victime de se rétablir, comme dans le cas où une personne est constamment en conflit avec son entourage et n'arrive pas à en retirer du soutien.

La plupart des TCC ont reçu l'appui de preuves scientifiques de leur efficacité pour aider les victimes à diminuer leurs symptômes post-traumatiques. Cela dit, les thérapies qui incluent une composante d'exposition et dont l'accent est mis sur l'événement traumatique se démarquent clairement comme étant les plus efficaces.

La désensibilisation et la reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR)

Ce type de thérapie est aussi connu sous l'appellation EMDR, pour *Eye Movement Desensitization and Reprogramming*. Le thérapeute qui utilise cette stratégie aide son client à atteindre un état de grande relaxation, puis lui demande de penser à l'événement traumatique et aux sentiments négatifs qui lui sont associés. Pendant cette remémoration, le thérapeute invite la personne à suivre des yeux un objet ou une lumière et lui fait ainsi faire une séquence de mouvements oculaires précis. Cette stimulation cérébrale faciliterait l'intégration de l'événement traumatique.

Il ne serait pas juste d'aborder l'EMDR sans décrire la controverse qu'elle soulève chez les experts du traitement de l'état de stress post-traumatique. D'un côté, cette thérapie est reconnue comme étant efficace et a reçu plusieurs appuis scientifiques. D'un autre, plusieurs experts lui accordent peu de crédibilité et la considèrent comme une forme de TCC « déguisée ». Il est vrai que plusieurs études ont démontré que les mouvements oculaires n'étaient pas une composante essentielle du traitement¹¹.

11. Jeffries, F.W., et Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41 (3), 290-300.

Les critiques de l'EMDR dénoncent le fait que les mécanismes de changement proposés par les créateurs de cette technique ne soient pas démontrés scientifiquement. Ils avancent que les composantes de l'EMDR qui fonctionnent sont en fait la relaxation et l'exposition au souvenir du trauma. Un professeur-chercheur en psychologie de la célèbre Université Harvard, particulièrement critique de l'EMDR, en est ainsi venu à la conclusion que « ce qui est efficace dans l'EMDR n'est pas nouveau, et ce qui est nouveau n'est pas efficace¹² ».

Néanmoins, les preuves scientifiques de l'efficacité de l'EMDR pour diminuer les symptômes post-traumatiques demeurent. Ainsi, pour le grand public, il n'est pas facile de recevoir une réponse décisive relative à l'utilité de l'EMDR parmi tous ces avis d'experts qui se contredisent les uns les autres. Ce qui est clair est que, pour plusieurs cliniciens expérimentés dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, l'EMDR n'est pas l'option de traitement première à considérer. Or, elle demeure une solution de rechange possible pour les victimes qui ne sont intéressées ni par la TCC ni par la médication.

La thérapie par révision et répétition en imagerie mentale (RRIM)

La thérapie par révision et répétition en imagerie mentale (RRIM) est un traitement assez nouveau destiné à enrayer les cauchemars. Conçue d'abord pour aider les personnes souffrant de troubles de cauchemars, la RRIM a rapidement intéressé les cliniciens et les chercheurs du domaine de l'état de stress post-traumatique. En effet, les difficultés de sommeil, dont les cauchemars, sont une caractéristique centrale de l'état de stress post-traumatique, affectant la plupart des victimes. De plus, plusieurs études ont montré que les cauchemars faisaient souvent partie des symptômes résiduels après un traitement de l'état de stress post-traumatique qui, autrement, avait été bénéfique pour réduire les autres symptômes, comme les intrusions cognitives ou l'évitement. Depuis les années 1990, et plus précisément dans les dix dernières années, on s'intéresse à la RRIM pour aider les personnes avec un état de stress post-traumatique à surmonter leurs cauchemars.

12. McNally, R.J. (1999). On eye movements and animal magnetism: a reply to Greenwald's defense of EMDR, *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (6), 617-620.

Au cours de ce traitement, le psychologue aide son client à développer ses habiletés d'imagerie mentale, soit la capacité à se former une image de divers objets ou diverses situations sans que ces derniers soient véritablement présents et visibles. Par la suite, le client écrit le scénario de son cauchemar. Pour que la RRIM soit appliquée, il serait préférable que le cauchemar ne soit pas une réplique exacte de l'événement traumatique. La plupart des cauchemars post-traumatiques incluent des éléments de l'événement, par exemple une personne, un lieu, un objet, une impression ou un sentiment, mais ne reproduisent pas exactement son déroulement. La stratégie de révision du scénario consiste à réécrire le narratif du cauchemar à partir du moment où il devient plus pénible. Le psychologue aide alors son client à inclure des éléments où ce dernier reprend le contrôle sur le déroulement des événements dans son rêve. Une fois le nouveau scénario rédigé, le client est invité à le pratiquer, en imagerie mentale, au moins deux fois par jour, tous les jours. Cette technique est très efficace pour diminuer la fréquence et la détresse associées aux cauchemars. Les gens rapportent parfois rêver à leur nouveau scénario ou carrément ne plus faire les mêmes rêves. La RRIM est utile pour les personnes qui rapportent toujours des cauchemars à la suite d'un traitement de l'état de stress post-traumatique ou encore pour celles qui ne souhaitent pas s'engager dans une thérapie où l'événement traumatique sera discuté. La RRIM peut avoir un effet positif sur les autres symptômes post-traumatiques de même que sur le fonctionnement quotidien; toutefois, il n'est pas démontré qu'on puisse la substituer à un traitement ciblant directement l'événement traumatique.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I)

Depuis les années 1980, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) s'est révélée l'approche la plus efficace et la plus sécuritaire, et celle qui produit les effets les plus durables, pour vaincre les problèmes d'initiation et de maintien du sommeil. Or, ce n'est que tout récemment que des chercheurs-cliniciens ont commencé à tester l'efficacité de la TCC-I pour traiter les difficultés de sommeil associées à l'état de stress post-traumatique. Les premiers résultats sont très concluants; ils démontrent que la TCC-I produit les mêmes bénéfices chez les victimes d'un événement traumatique que chez les personnes

souffrant d'insomnie chronique, soit un sommeil plus continu et plus satisfaisant de même qu'un meilleur fonctionnement dans la journée.

La TCC-I s'attaque à plusieurs éléments pouvant venir nuire au sommeil de la personne, comme l'activation, les comportements incompatibles avec le sommeil et les croyances erronées ou exagérées à propos du sommeil et de l'insomnie, en utilisant diverses stratégies. On proposera d'abord à la personne de réduire son temps passé au lit à la durée réelle de son sommeil. Par exemple, si une personne demeure au lit huit heures tout en considérant n'en dormir que six, on lui recommandera de réduire la durée du temps passé au lit à six heures. On lui donnera une série d'instructions pour l'aider à réassocier son lit et sa chambre à coucher avec le sommeil, comme se lever du lit si le sommeil ne vient pas après 15 minutes, ne pas utiliser son ordinateur ou écouter la télévision au lit et éviter les siestes le jour. On ciblera ses façons de penser qui provoquent une activation trop importante et nuisent à son sommeil, soit directement (par exemple, une personne qui, juste avant d'aller se coucher, se dit qu'elle doit absolument dormir), soit indirectement (par exemple, une personne qui blâme l'insomnie pour toutes ses difficultés au travail, ce qui lui met une pression indue pour bien dormir le soir venu). Enfin, on s'assurera que la personne a une bonne hygiène de sommeil, en évaluant, par exemple, sa consommation de caféine, ses activités physiques, son alimentation et le confort de sa chambre¹³.

SURVOL DES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Il existe plusieurs options de traitement pharmacologiques qui ont fait leurs preuves pour aider les victimes d'un événement traumatique à surmonter leurs symptômes. Leur description détaillée irait au-delà des objectifs de ce chapitre ; les personnes intéressées peuvent consulter un médecin ou un pharmacien pour en savoir davantage. Le tableau 6.3 offre un bref survol des options disponibles. Il indique les symptômes

13. Les lecteurs intéressés à en connaître davantage sur l'insomnie et son traitement sont invités à consulter le chapitre à ce sujet dans le premier volume de *La psychologie au quotidien*. Morin, C.M., Fortier-Brochu, É., et Beaulieu-Bonneau, S. (2012). Sommeil et insomnie: Mythes et réalités (p. 121-149). Dans S. Grondin (dir.), *La psychologie au quotidien*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

principaux ciblés par chacun des médicaments ; or, un médicament peut avoir un effet positif global sur plus d'un symptôme, de façon directe ou indirecte. Par exemple, pour une personne, la diminution de l'anxiété le jour mènera à une diminution des perturbations du sommeil et des cauchemars. Pour une autre personne, les cauchemars persisteront malgré une amélioration globale de l'anxiété durant le jour. Seule une évaluation individualisée effectuée par un médecin compétent permet de déterminer le médicament, ou la combinaison de médicaments, le plus efficace pour une personne.

TABLEAU 6.3
Médicaments employés pour apaiser différents symptômes post-traumatiques

Principaux symptômes ciblés	Médicament(s)	Exemple(s)	Effet(s)
Symptômes post-traumatiques	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Prozac ^{MD} Zoloft ^{MD} Paxil ^{MD}	Amélioration du bien-être général Diminution des intrusions cognitives Diminution de l'évitement et de l'émoussement affectif Diminution de l'hyper-vigilance
Symptômes post-traumatiques	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)	Effexor ^{MD}	<i>Idem</i>
Cauchemars	Prazosine	Apo-Prazo ^{MD} Minipress ^{MD}	Diminution de la fréquence des cauchemars
Insomnie et anxiété	Benzodiazépines	Rivotril ^{MD} Restoril ^{MD} Ativan ^{MD}	Amélioration du sommeil Diminution de l'anxiété
Insomnie	Hypnotiques nonbenzodiazépiniques	Imovane ^{MD} Sublinox ^{MD}	Amélioration du sommeil
Insomnie	Trazodone	Desyre ^{MD}	<i>Idem</i>
Insomnie	Antihistaminiques	Nytol ^{MD} Sominex ^{MD}	<i>Idem</i>

L'utilisation de médicaments doit se faire sous la supervision d'un médecin et d'un pharmacien. Le médicament doit toujours être pris en fonction du dosage et de l'horaire prescrits. Les médicaments présentés

ont différents effets indésirables ou risques de tolérance et de dépendance. Ces derniers sont particulièrement saillants dans le cas des médicaments somnifères. Il ne faut pas hésiter à consulter son médecin ou son pharmacien pour s'informer des effets associés à une médication particulière.

CONCLUSION

Lorsqu'un événement traumatique survient, la vie bascule.

On remet en question ses croyances et sa vision de la vie. On vit des émotions extrêmement intenses et pénibles. On a l'impression de constamment revivre l'événement et de ne plus jamais être en mesure de passer à autre chose. On se sent brisé, cassé.

Lorsqu'un événement traumatique survient, il importe, tant pour la victime que pour son entourage, de se laisser du temps. Pour absorber le choc. Pour digérer. Pour intégrer les nouvelles informations. Pour encaisser. Pour faire des deuils. Puis, peu à peu, avec l'aide de son entourage qui l'accueille sans jugement et la soutient, la victime sort de sa convalescence pour reprendre, doucement, les rênes de sa vie.

Lorsque les symptômes persistent ou empirent, lorsqu'ils se compliquent de dépression, de troubles du sommeil, d'abus d'alcool ou de drogues, lorsqu'on ne parvient pas à voir la lumière au bout du tunnel, il ne faut pas hésiter à chercher de l'aide. Si vous-même ou une personne de votre entourage avez été victime d'un événement traumatique, ne restez pas seul.

Des ressources et des professionnels compétents sont disponibles pour aider la victime et ses proches à traverser cette dure épreuve. Plusieurs approches de psychothérapie et de pharmacothérapie sont offertes pour surmonter les symptômes post-traumatiques. L'espoir doit demeurer vivant : la guérison est possible !

LECTURES SUGGÉRÉES

Livres s'adressant aux victimes :

Brillon, Pascale (2010). *Se relever d'un traumatisme : réapprendre à vivre et à faire confiance. Guide à l'intention des victimes* (3^e édition). Montréal : Éditions Québecor.

Brillon, Pascale (2012). *Quand la mort est traumatique : passer du choc à la sérénité*. Montréal : Éditions Québecor.

Livre s'adressant aux proches d'une victime (en anglais seulement) :

Zayfert, C., et DeViva, J.C. (2011). *When someone you love suffers from posttraumatic stress: What to expect and what you can do*. New York, NY, US: Guilford Press.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

Centre d'étude du trauma

www.plusqu1souvenir.ca

Recherches, témoignages, ressources d'aide, œuvres d'art sous le thème du traumatisme, ce site québécois regorge d'informations s'adressant aux victimes d'un événement traumatique et à leurs proches.

Chapitre 7

Psychologie et religion

Jean-Marie Boisvert

La psychologie, comme la science en général, n'a pas toujours fait bon ménage avec la religion. Quelques psychologues célèbres, comme William James, Carl Jung, Gordon Allport et Abraham Maslow, ont défendu une conception positive de la religion, souvent en analysant plus particulièrement les expériences mystiques (les *peak experiences* chez Maslow). William James¹ présente aussi une perspective critique en affirmant, par exemple, que les grands mystiques, «des génies dans l'ordre religieux, [...] ont souvent présenté des symptômes d'instabilité nerveuse [...], des phénomènes psychiques anormaux [...], toutes sortes de symptômes classés comme pathologiques» (p. 48). De plus, James considère que la religion «porte certains esprits au fanatisme» (p. 331) et rapporte que, «dans la vie des saints proprement dits, les facultés spirituelles sont vigoureuses, mais ce qui donne l'impression d'extravagance, c'est d'ordinaire, quand on y regarde de près, une certaine faiblesse de l'intellect» (p. 332). James, comme Maslow, a quand même une vision plutôt positive de la religion, mais une telle vision positive est plutôt rare chez les grands psychologues. De nombreux pères de la psychologie scientifique tels que Pavlov, Freud, Skinner et Piaget étaient athées². Certains de ces pionniers se sont opposés ouvertement aux religions.

-
1. James, W. (2001). *Les formes multiples de l'expérience religieuse: essai de psychologie descriptive* (F. Abauzit, traducteur). Chambéry, France: Éditions Exergue (édition originale: 1902).
 2. Braun, C.M.J. (2010). *Québec athée*. Montréal: Les Éditions Michel Brûlé.

Ainsi, Freud³ écrit que les représentations religieuses, « qui se donnent comme des dogmes, ne sont pas des précipités de l'expérience ou des résultats ultimes de la pensée, ce sont des illusions, accomplissements des souhaits les plus anciens, les plus forts et les plus pressants de l'humanité » (p. 30). Un autre pionnier, Albert Ellis⁴, le fondateur de l'approche rationnelle-émotive en psychothérapie, écrit que « la religiosité est en opposition avec les buts normaux de la santé mentale » (p. 8). Même si Freud et Ellis avaient une conception très différente de la psychologie et de la psychothérapie, ils étaient tout de même d'accord pour considérer les comportements religieux comme étant néfastes et même psychopathologiques.

L'athéisme n'est pas seulement le fait des pères de la psychologie ; il est encore très présent chez les psychologues. Ainsi, Claude Braun⁵ affirme que « 98 % des docteurs en psychologie sont des athées » (p. 88) et que « ce sont les psychologues et les physiologistes qui sont les mieux formés à conceptualiser une alternative à l'âme désincarnée, et ce sont effectivement eux qui comptent le plus haut taux d'athéisme de toutes les disciplines scientifiques » (p. 89). Par ailleurs, aux États-Unis, moins de 30 % des psychologues cliniciens se disent croyants alors que 93 % des Américains sont croyants⁶. D'ailleurs, Mick Power⁷ considère que l'étude de la psychologie mène à l'athéisme. Au Québec, deux professeurs de psychologie ont écrit des livres dans lesquels ils se présentent comme des non-croyants ; il s'agit de Claude Braun, déjà cité, et de Yves St-Arnaud^{8,9}.

Comment expliquer cette opposition aux religions alors que, comme nous allons le voir plus loin, plusieurs recherches scientifiques en psycho-

-
3. Freud, S. (1995). *L'avenir d'une illusion*. Paris : Presses universitaires de France (édition originale : 1927).
 4. Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York : Institute for Rational-Emotive Therapy.
 5. Braun (2010), *op. cit.* (note 2).
 6. Shafranske, E.P., et Malony, H.N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 72-78.
 7. Power, M. (2012). *Adieu to God : Why psychology leads to atheism*. West Sussex, United Kingdom : Wiley-Blackwell.
 8. St-Arnaud, Y. (2012). *Vivre sans savoir. Invitation au dialogue entre croyants et non-croyants*. Montréal : Fides.
 9. St-Arnaud, Y. (2010). *Je crois sans Dieu. Parcours d'un psychologue en quête de sens*. Montréal : Bellarmin.

logie et en sociologie montrent que les religions sont associées à des bienfaits importants pour les croyants ? Dans les pages qui suivent, nous allons examiner les caractéristiques positives et négatives liées à la croyance et à la pratique religieuses. Mais remarquons d'abord que ces études sont généralement corrélationnelles, c'est-à-dire qu'elles indiquent qu'il y a des associations entre la religiosité et différentes caractéristiques psychologiques et sociales, sans pouvoir poser avec certitude des liens de causalité. Une corrélation signifie que deux événements tendent à survenir ensemble, sans que l'on puisse dire si l'un est la cause de l'autre ou si d'autres facteurs interviennent. Par exemple, si l'on trouve qu'il y a corrélation positive entre le revenu et une bonne santé physique, est-ce que cela veut dire qu'un revenu plus élevé entraîne une meilleure santé ou qu'une meilleure santé permet d'obtenir un revenu plus élevé ? La corrélation comme telle ne permet pas de choisir entre ces deux hypothèses. D'ailleurs, il se pourrait qu'un troisième facteur (par exemple, le fait d'avoir des parents ayant un revenu élevé) mène à la fois à un meilleur revenu et à une meilleure santé.

LES CAUSES DE LA RELIGIOSITÉ

Les phénomènes religieux

Les religions et la croyance au surnaturel constituent un phénomène universel, présent dans toutes les sociétés depuis des siècles. De plus, elles ne semblent pas à la veille de s'éteindre ; au contraire, les religions demeurent très populaires, de même que leurs dérives les plus anti-scientifiques comme le créationnisme¹⁰ et la conception intelligente (en anglais : *intelligent design*)¹¹, et se transmettent de génération en génération. De façon générale, les religions sont créées par suite de la révélation d'une expérience religieuse par un leader charismatique ; cette expérience consiste généralement en une rencontre personnelle avec une réalité surnaturelle. Se basant sur cette révélation, chaque religion se dit alors la seule qui détient la vérité et prétend que les quelques milliers d'autres

10. Le créationnisme désigne une doctrine religieuse ou philosophique selon laquelle un ou plusieurs êtres divins sont les créateurs de l'univers et qui s'oppose généralement à la théorie de l'évolution de Darwin.

11. La « conception intelligente » est un concept pseudoscientifique selon lequel la meilleure façon d'expliquer les caractéristiques de l'univers et des êtres vivants consiste à faire appel à une cause intelligente plutôt qu'à l'évolution ou à la sélection naturelle.

religions, qui ont vu le jour depuis le début de l'histoire de l'humanité, sont manifestement dans l'erreur. Comment expliquer l'apparition de ces religions concurrentes et contradictoires et leur incontestable popularité?

Mick Power¹² estime que les phénomènes religieux (les apparitions, les miracles, les conversions, la perception des relations entre les êtres surnaturels, etc.) n'ont rien de surnaturel, mais sont plutôt des phénomènes physiologiques, psychologiques (normaux ou anormaux) ou sociologiques. Toutefois, certains auteurs¹³ considèrent qu'il est inacceptable d'expliquer les phénomènes religieux de cette façon, qu'il s'agit d'un réductionnisme inadmissible. Pourtant, qu'est-ce qui justifie de considérer ces phénomènes comme étant surnaturels plutôt que naturels?

Une raison d'être

Une conception actuellement très répandue chez les auteurs en psychologie de la religion consiste à considérer que l'importance de la religion vient du fait qu'elle répond à un besoin fondamental de l'être humain, celui de donner un sens à l'univers, à la vie et à soi-même¹⁴. Selon cette conception, les humains ont besoin d'avoir une raison d'être, de sentir que leurs actions mènent à un but ultime. Cela va évidemment à l'encontre de l'affirmation d'Albert Camus selon qui « l'intelligence me dit que ce monde est absurde » (p. 38); « or, si l'absurde annihile toutes mes chances de liberté éternelle, il me rend et exalte au contraire ma liberté d'action » (p. 82)¹⁵. La religion serait donc une façon de nier la véritable absurdité de la réalité pour répondre à un besoin supposément fondamental de l'être humain. Mais, comme Camus, on peut, au nom de l'intelligence et de la raison, refuser de satisfaire un tel besoin ou encore le satisfaire en agissant de telle sorte que nous donnons un sens à notre vie plutôt que de chercher du sens dans un monde surnaturel.

12. Power (2012), *op. cit.* (note 7).

13. Hood, R.W., Hill, P.C., et Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: An empirical approach*. New York : Guilford.

14. Park, C.L. (2013). Religion and meaning. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 2^e édition, p. 357-379. New York : Guilford.

15. Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Paris : Gallimard.

La perception de contrôle, l'intolérance à l'incertitude et l'anxiété

Lorsqu'une personne a l'impression d'avoir peu de contrôle sur ce qu'elle vit, elle a également tendance à croire à l'existence d'un dieu contrôlant (et aussi à un gouvernement contrôlant)¹⁶. La croyance en un dieu contrôlant devient une façon de compenser la perception d'une perte de contrôle. Lorsqu'une personne perçoit ne pas pouvoir contrôler son environnement, la croyance que Dieu ou le gouvernement réussit à contrôler la réalité diminue l'anxiété causée par la perte de contrôle. Cela expliquerait l'extrémisme religieux et même le terrorisme dans des populations où la liberté personnelle (donc le contrôle personnel) est particulièrement limitée¹⁷, alors que la religiosité est à son plus bas niveau dans les pays où les conditions de vie sont sécuritaires et prévisibles¹⁸.

Cette peur d'une perte de contrôle est sans doute liée à une peur de l'incertitude. Il semble que les personnes très religieuses, comme celles qui sont de droite en politique (ou conservatrices), présentent une grande intolérance à l'incertitude^{19,20}. Elles auraient un grand besoin d'être assurées que les choses ont un sens, que les événements de leur vie ne sont pas le fruit du hasard, car l'incertitude les rend anxieuses. Quoi de mieux alors qu'un Dieu qui est responsable de tout, qui a le plein contrôle sur tout, qui donne un sens à tout et qu'on peut influencer en lui adressant des prières et en accomplissant des rituels?

Ladouceur et Dugas²¹ ont montré que l'intolérance à l'incertitude est la principale caractéristique des personnes qui souffrent d'anxiété généralisée et d'inquiétudes excessives. Il est donc possible que la religion

-
16. Kay, A.C., Gaucher, D., Napier, J.L., Callan, M.J., et Laurin, K. (2008). God and the government: Testing a compensatory control mechanism for the support of external systems, *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 18-35.
 17. Krueger, A.B., et Maleckova, J. (2003). Education, poverty, and terrorism: Is there a causal connexion?, *Journal of Economic Perspectives*, 18, 201-214.
 18. Norenzayan, A., et Gervais, W.M. (2013). The origins of religious disbelief, *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 20-25.
 19. Jost, J.T., Napier, J.L., Thorisdottir, H., Gosling, S.D., Palfai, T.P., et Ostafin, B. (2007). Are needs to manage uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological extremity?, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 989-1007.
 20. Roccas, S. (2005). Religion and value systems, *Journal of Social Issues*, 61, 747-759.
 21. Ladouceur, R., et Dugas, M.J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale* (p. 31-57).

prémunisse les croyants contre l'anxiété généralisée en leur apportant des certitudes.

Dans une étude fort intéressante à ce sujet²², des chercheurs ont demandé à des personnes d'imaginer qu'ils vivaient une situation anxiogène (être attaqué en étant seul en pleine rue). À la moitié des participants à cette recherche, ils ont ensuite demandé d'imaginer qu'ils avaient peu de contrôle sur la situation, alors que les autres participants devaient imaginer qu'ils prenaient le contrôle de la situation. Puis, les participants indiquaient, dans un bref questionnaire, à quel point ils croyaient en un Dieu qui contrôle ce qui se passe dans le monde. Les résultats de cette recherche indiquent que l'anxiété rapportée par les participants est reliée à la croyance en un Dieu contrôlant l'univers, mais uniquement pour les personnes à qui l'on a demandé d'imaginer qu'ils avaient peu de contrôle dans la situation anxiogène. Il semble donc que le fait de se sentir anxieux, mais incapable de contrôler ce qui nous menace, favorise la croyance en un Dieu tout puissant. La religion serait donc particulièrement importante pour les personnes qui ont l'impression que le monde est menaçant et qu'ils sont impuissants devant ces menaces anxiogènes. Par ailleurs, les personnes qui se sentent compétentes pour faire face aux situations menaçantes de la vie auraient moins besoin de la religion.

Une autre équipe de recherche²³ obtient des résultats semblables, mais cette fois sur le plan neurologique. Ces chercheurs ont pris des mesures électroencéphalographiques (activité électrique du cerveau) chez des personnes qui exécutaient une tâche. Ils ont trouvé que les croyants présentaient une moins grande activité que les non-croyants dans une partie précise du cerveau après avoir commis une erreur dans une tâche, mais non après avoir rendu une bonne réponse. Cette partie du cerveau, appelée cortex cingulaire antérieur, est impliquée dans l'expérience de l'anxiété et dans l'autorégulation en réponse à des situations d'incertitude et d'erreur. De plus, ces mesures électroencéphalographiques étaient étroitement liées à la ferveur religieuse et au niveau de croyance en Dieu.

-
22. Laurin, K., Kay, A.C., et Moscovitch, D.A. (2008). On the belief in God: Towards an understanding of the emotional substrates of compensatory control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1559-1562.
23. Inzlicht, M., McGregor, I., Hirsh, J.B., et Nash, K. (2009). Neural markers of religious conviction, *Psychological Science*, 20, 385-392.

Les chercheurs en concluent que la religion protège de l'anxiété (un peu comme un anxiolytique) en permettant d'éviter ou de minimiser les expériences d'incertitude et d'erreur. Par ailleurs, cette réduction de l'anxiété vient renforcer les convictions religieuses. Selon ces chercheurs, cela permet d'expliquer que la religion favorise en même temps le bien-être physique et psychologique (en réduisant l'anxiété) et l'intolérance (en renforçant les convictions). On peut en quelque sorte considérer que le cerveau des croyants fonctionne comme s'ils consommaient un anxiolytique ! D'ailleurs, un des sous-titres de cet article d'Inzlicht et ses collaborateurs est le suivant : «Xanax of the people» («Le Xanax [un anxiolytique] des gens»). Cela n'est pas sans rappeler l'affirmation de Karl Marx selon laquelle «la religion est l'opium du peuple».

Il faut également noter qu'Amodio et ses collègues²⁴ ont obtenu des résultats semblables à ceux d'Inzlicht et ses collaborateurs, mais en comparant des personnes ayant une idéologie politique conservatrice à d'autres ayant une idéologie politique libérale. L'idéologie conservatrice aurait donc aussi un effet anxiolytique sur le cerveau et il est possible que tout système de croyances conservateur et toute idéologie conservatrice aient les mêmes effets²⁵, de sorte que la religion ne constituerait pas un cas à part.

Une des principales fonctions des systèmes de croyances et des idéologies et, en particulier, de la religion serait donc d'aider les gens à faire face aux incertitudes de l'existence. La religion apporte des certitudes rassurantes sur la conception de l'existence, du monde et de soi et sur la façon de se conduire d'une façon appropriée, ce qui réduit l'incertitude et la possibilité de se percevoir comme étant dans l'erreur et, par conséquent, l'anxiété. Alors, lorsqu'ils se sentent menacés par des incertitudes, les gens vont souvent se tourner vers la religion. Cela peut même les amener à prendre des positions extrémistes²⁶. Pour réduire leur anxiété, les croyants en arrivent à préférer un système d'explication simple et structuré à la place de l'incertitude et de la complexité de la

24. Amodio, D.M., Jost, J.T., Master, S.L., et Yee, C.M. (2007). Neuro-cognitive correlates of liberalism and conservatism, *Nature Neuroscience*, 10, 1246-1247.

25. Jost, J.T., et Hunyadi, O. (2002). The psychology of system justification and the palliative function of ideology, *European Review of Social Psychology*, 13, 111-153.

26. McGregor, I., Haji, R., Nash, K.A., et Teper, R. (2008). Religious zeal and the uncertain self, *Basic and Applied Social Psychology*, 30, 183-188.

vie et à rejeter toute information divergente ou à la réinterpréter pour la rendre compatible avec leurs convictions religieuses.

Les processus cognitifs

Certains auteurs ont décrit différents processus cognitifs à la source des croyances religieuses²⁷. Par exemple, les humains considèrent spontanément que le corps et l'esprit sont des entités indépendantes, de sorte qu'ils arrivent facilement à concevoir qu'il puisse exister des esprits désincarnés, des âmes, qui pourraient continuer d'exister après la mort du corps. Cette croyance s'est perpétuée dans l'évolution humaine parce que le fait de croire qu'un dieu ou l'esprit d'un ancêtre nous observe nous porte à bien agir, ce qui, par ailleurs, nous rend plus agréables et plus appréciés par les autres et permet une meilleure adaptation²⁸.

Une autre explication cognitive des croyances religieuses se base sur le fait que les enfants de même que plusieurs adultes expliquent les choses en termes téléologiques, c'est-à-dire en termes de buts intentionnels. Cette façon de voir la réalité s'accorde bien avec l'idée qu'un créateur a conçu l'ordre des choses dans un but ultime.

On peut aussi considérer que les humains ont conservé un biais perceptif qui consiste à percevoir facilement la présence d'agents intentionnels parce que cela a favorisé leur survie. Par exemple, pour survivre à la présence de fauves, il est préférable de faire l'hypothèse que les feuilles qui bougent dans un buisson sont déplacées par un agent intentionnel comme un tigre plutôt que de croire que c'est causé par le vent. Cette tendance a favorisé l'idée qu'il existe un ou des agents intentionnels (des dieux) derrière toute réalité.

LA RELIGION ET LA SANTÉ PHYSIQUE

La religion a été, pendant très longtemps, associée aux soins de santé physique. Sorciers et guérisseurs s'occupaient à la fois de la religion et

27. Barrett, J.L., et Zahl, B.P. (2013). Cognition, evolution, and religion. Dans K.I. Pargament (ed.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Vol. 1. Context, theory, and research*, p. 221-2374. Washington, D.C.: American Psychological Association.

28. Gervais, W.M. (2013). Perceiving minds and gods: How mind perception enables, constrains, and is triggered by belief in gods, *Perspectives on Psychological Science*, 8, 380-394.

de la santé des gens de l'Antiquité jusqu'au XVII^e siècle²⁹. Plus récemment, B. F. Skinner affirmait que, très souvent, les directives religieuses étaient à l'origine des prescriptions (par exemple, concernant la nourriture, les interactions sociales, etc.) pour améliorer la santé et la survie des gens. Par la suite, même si la science rend ces directives caduques, elles demeurent au sein des religions; de plus, elles ne sont pas toutes sans fondement et certaines peuvent encore favoriser la santé de la population³⁰.

Il est bien connu que les moines contemplatifs, les religieuses et les juifs orthodoxes, donc des personnes très engagées dans la pratique religieuse, vivent très vieux³¹. Il est possible que le style de vie peu stressant et le régime alimentaire expliquent en partie ces résultats. Par ailleurs, de nombreuses recherches montrent que les gens plus religieux ont une meilleure santé que les personnes moins engagées dans une religion³². Dans une synthèse des résultats de recherches, Masters et Hooker³³ notent que les données empiriques démontrant un lien causal entre la religion et la santé sont rares, même si des recherches corrélationnelles montrent des liens entre la religion et la longévité. Ce possible effet protecteur de la religion ne s'explique qu'en partie par des facteurs comportementaux (non-consommation de cigarettes et d'alcool et exercices physiques). Plusieurs autres facteurs seraient impliqués dans ce lien entre la religion et la longévité : la participation à des organisations religieuses, le soutien social religieux, des activités religieuses personnelles, comme la prière et la lecture de la Bible, une religiosité intrinsèque (c'est-à-dire une religion pratiquée pour elle-même et non

29. Amundsen, D.W. (1966). *Medicine, society, and faith in the ancient and medieval world*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

30. Johnson, K.A., White, A.E., Boyd, B.M., et A.B. Cohen (2011). Matzah, meat, milk, and mana : Psychological influences on religio-cultural food practices, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42, 1421-1436.

31. De Gouw, H.W., Westdrop, R.G., Junst, A.E., Mackenbach, J.P., et Vandenbrouke, J.P. (1996). Decreased mortality among contemplative monks in the Netherlands, *American Journal of Epidemiology*, 141, 771-775.

32. Thoresen, C.E., et Harris, A.H.S. (2004). Spirituality, religion, and health : A scientific perspective. Dans J.M. Raczynski et L.C. Leviton (ed.), *Handbook of clinical health psychology. Volume 2. Disorders of behavior and health* (p. 269-298). Washington, D.C. : American Psychological Association.

33. Masters, K.S., et Hooker, S.A. (2013). Religion, spirituality, and health. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition), p. 519-539. New York : Guilford.

pour atteindre d'autres objectifs, matériels ou sociaux). Toutefois, cet effet protecteur n'existe pas pour les personnes déjà malades et serait plutôt préventif. De plus, curieusement, cet effet serait particulièrement important chez les personnes qui assistent à des offices religieux au moins une fois par semaine.

Le problème avec ces recherches, c'est qu'il s'agit d'études corrélationnelles et, comme nous l'avons écrit précédemment, on peut difficilement poser une relation de causalité à partir de telles études. Le fait que deux phénomènes soient corrélés ou reliés ne signifie pas qu'il y a causalité linéaire, c'est-à-dire que l'un cause l'autre (par exemple, que la religion influence la santé). Les phénomènes psychologiques et sociaux s'expliquent rarement par une causalité linéaire. Ainsi, il y a probablement interaction entre les comportements de santé et les comportements religieux. D'une part, la religion favorise les comportements sains ; d'autre part, si une personne adopte certains comportements (par exemple, sexuels) rejetés par la religion, elle aura peut-être tendance par la suite à diminuer sa pratique religieuse, pour être cohérente avec elle-même. Il est possible qu'un style de vie moins rigide que celui qui est proposé par les religions, donc plus à risque sur le plan de la santé physique, conduise à moins de religiosité, alors qu'un style de vie plus rigide, moins à risque sur le plan de la santé physique, favorise la religiosité.

LA RELIGION ET LE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE (ET LA SANTÉ MENTALE)

Plusieurs recherches portant sur les liens entre la religiosité et le bien-être psychologique (et la santé mentale) donnent des corrélations positives statistiquement significatives, mais relativement faibles ($r = 0,09$ ou $0,10$)^{34,35}. De plus, les résultats des études sont contradictoires : certaines donnent des corrélations positives, d'autres des corrélations négatives et d'autres ne donnent pas de corrélations statistiquement significatives. Il semble que ces contradictions soient dues

-
34. Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health : A critical reevaluation and meta-analysis, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170B184.
35. Hackney, C.H., et Sanders, G.S. (2003). Religiosity and mental health : A meta-analysis of recent studies, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.

aux différentes façons de définir et de mesurer la religiosité et le bien-être psychologique ou la santé mentale. Les études qui obtiennent les plus faibles corrélations définissent la religiosité en termes de pratique religieuse institutionnelle, alors que les plus fortes corrélations sont obtenues quand la religiosité est définie en termes de dévotion personnelle. Park et Slattery³⁶ clarifient davantage cette situation en décrivant les facteurs qui font en sorte que la religion et la spiritualité facilitent ou non le bien-être psychologique, selon les résultats de recherches scientifiques. Voyons quels sont ces facteurs.

Les facteurs facilitant la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique

Le soutien social

Les personnes engagées dans une institution religieuse retirent plus de bienfaits psychologiques de leur religiosité du fait qu'elles ont un plus grand réseau social, reçoivent différentes formes de soutien social et considèrent leur réseau plus satisfaisant et plus fiable que celui des personnes qui n'assistent pas ou peu à des offices religieux. De plus, la qualité de ce soutien social est intensifiée par une vision commune et « sacrée » de la réalité et par le sentiment d'appartenance à un groupe en quelque sorte « éternel ». L'identité sociale s'en trouve fortifiée.

Les directives

En fournissant des directives sur la façon de vivre, la religion peut favoriser un plus grand bien-être psychologique. Ces directives peuvent permettre un style de vie plus sain de même que l'évitement de comportements problématiques. Par exemple, plusieurs religions interdisent la consommation d'alcool, le suicide ou différents comportements déviants. De tels interdits peuvent protéger les croyants.

36. Park, C.L., et Slattery, J.M. (2013). Religion, spirituality, and mental health. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition), p. 540-559. New York : Guilford.

L'indulgence

Les religions incitent souvent à pardonner et à avoir une attitude bienveillante en présence d'inconduites interpersonnelles. Or, la capacité de pardonner est liée à un meilleur bien-être psychologique dans plusieurs études.

La relation positive avec Dieu

Les croyants ont souvent le sentiment d'une sorte de présence et de proximité avec Dieu, une perception positive de Dieu et de son rôle dans leur vie. Dans plusieurs études, ces perceptions sont en corrélation positive avec la santé mentale, c'est-à-dire que plus un croyant a une perception positive de Dieu et de son rôle dans sa vie, plus il présente une bonne santé mentale.

Les stratégies et les ressources d'affrontement (coping resources and strategies)

La religion peut favoriser la santé mentale en procurant des ressources et des stratégies pour faire face aux difficultés de la vie³⁷. Par exemple, un croyant pourra voir une situation de vie difficile comme une occasion de croissance sur le plan religieux, de sorte que la situation lui semblera moins pénible. De plus, la religion procure souvent des rites de passage (par exemple, les funérailles) qui donnent un sens sacré à des situations difficiles et les rendent plus acceptables. Mais il existe également des stratégies négatives (comme la croyance en un Dieu punitif, la croyance au diable) qui sont liées à des problèmes de santé mentale.

Les pratiques religieuses

Les pratiques et les rituels religieux peuvent aussi favoriser le bien-être psychologique. Par exemple, la prière peut susciter le sentiment d'être en paix et d'être aidé. Mais, encore ici, lorsqu'un croyant a une

37. Pargament, K.I., Falb, M.D., Ano, G.G., et Wachholtz, A.B. (2013). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition), p. 560-579. New York : Guilford.

image négative et punitive de Dieu, la prière est liée à une santé mentale plus fragile.

Les affects positifs

Les religions suscitent souvent des émotions positives. Par exemple, les croyances religieuses fournissent généralement un réconfort face aux incertitudes de la vie, de sorte que les croyants ressentent un plus grand bien-être émotionnel.

Un but dans la vie

Les croyances religieuses donnent un but suprême, une signification ultime à la vie, ce qui peut favoriser le bien-être psychologique. Les croyants pour qui la religion constitue une motivation importante dans la vie (orientation intrinsèque) présentent un bien-être psychologique supérieur par rapport à ceux qui ont une orientation extrinsèque (par exemple, qui assistent à un événement religieux pour rencontrer des amis)³⁸.

Le contrôle des émotions

La religion procure différents moyens pour contrôler les émotions, comme les stratégies d'affrontement dont nous avons parlé précédemment. Il a aussi été démontré que la pratique de la méditation, que favorisent certaines religions, est un bon moyen d'atteindre un meilleur équilibre sur le plan des émotions. De plus, la religion peut faciliter l'autocontrôle et le bien-être psychologique en demandant, par exemple, l'évitement des tentations et le contrôle de l'impulsivité.

38. Dezutter, J., Soenens, B., et Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes, *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.

La croyance en la vie après la mort

La plupart des religions présentent une conception généralement positive de la vie après la mort qui peut être très réconfortante³⁹ et diminuer la peur de la mort⁴⁰. Ainsi, la croyance en la vie éternelle et notamment au bonheur de retrouver ses proches est liée négativement à différents symptômes psychiatriques⁴¹, c'est-à-dire que plus une personne croit en la vie éternelle, moins elle présente de symptômes psychiatriques. La croyance en une vie éternelle peut donc prévenir l'apparition de difficultés psychologiques, en étant réconfortante et en diminuant l'anxiété face à la mort.

Les facteurs nuisibles à la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique

Les attributions et les interprétations religieuses négatives

Nous avons parlé précédemment des cognitions religieuses négatives (comme la croyance en un Dieu punitif) qui nuisent au bien-être psychologique. Il y a effectivement des liens étroits entre ces cognitions négatives et la psychopathologie. De plus, il semble que les croyants qui, à un moment donné, se mettent à douter de la validité de leurs croyances religieuses ont tendance à présenter des symptômes de détresse psychologique.

Les interactions sociales négatives

Nous avons vu que le soutien social est un des bénéfices associés à l'engagement religieux, mais, si un croyant vit des interactions sociales négatives avec d'autres croyants ou avec des leaders religieux, sous la

39. Vail, K.E., Rothschild, Z.K., Weise, D.R., Solomon, S., Pyszczynski, T., et Greenberg, J. (2010). A terror management analysis of the psychological functions of religion, *Personality and Social Psychology Review*, 14, 84-94.

40. Soenke, M., Landau, M.J., et Greenberg, J. (2013). Sacred armor: Religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. Dans K.I. Pargament (ed.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Vol. 1. Context, theory, and research*, p. 105-122. Washington, D.C.: American Psychological Association.

41. Flannelly, K.J., Ellison, C., Galek, K., et Koenig, H. (2008). Beliefs about life-after-death, psychiatric symptomatology and cognitive theories of psychopathology, *Journal of Psychology and Theology*, 36, 94-103.

forme de désapprobation, de critiques ou d'exigences excessives, il peut vivre une grande souffrance psychologique et une faible estime de soi.

Les affects négatifs

Certaines croyances religieuses peuvent provoquer des émotions négatives comme de la haine, de la peur et de la culpabilité, ce qui peut mener à la dépression et à des difficultés à faire face à la réalité. De plus, certaines traditions religieuses insistent sur la nature perverse de l'être humain. Cela peut contribuer au développement d'une image négative de soi ou de conflits intérieurs, par exemple en rapport avec la sexualité.

Le rejet d'un traitement

Il arrive que des traitements médicaux ou psychologiques soient perçus par des croyants comme étant rejetés par la religion. Par exemple, il semble que certains leaders religieux disent à des patients psychiatriques qu'ils n'ont pas besoin de médicaments⁴². Il en résulte que des croyants refusent des traitements ou s'y conforment plus ou moins, avec toutes les conséquences négatives que cela peut avoir sur leur bien-être.

L'effet du contexte sur la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique

Certains chercheurs qui identifient des athées et des agnostiques parmi les participants de leurs recherches trouvent des résultats différents (par rapport aux résultats des chercheurs qui n'ont pas de tels participants dans leurs recherches) en ce qui concerne la relation entre la religiosité et le bien-être psychologique⁴³. Ils obtiennent une courbe en U, c'est-à-dire que les personnes les plus et les moins religieuses rapportent moins de symptômes psychiatriques et un plus grand bien-être psychologique que les personnes modérément religieuses. Il semble que ce résultat s'obtient davantage dans des pays plus laïques et généralement

42. Mitchell, L., et Romans, S. (2003). Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management, *Journal of Affective Disorders*, 75, 247-257.

43. Streib, H., et Klein, C. (2013). Atheists, agnostics, and apostates. Dans K.I. Pargament (ed.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Vol. 1. Context, theory, and research*, p. 713-728. Washington, D.C.: American Psychological Association.

moins religieux que les États-Unis, comme le Royaume-Uni et l'Allemagne, où il y a plus de diversité en ce qui concerne la religiosité. En effet, 62 % de la population des États-Unis est considérée comme étant très religieuse, comparativement à 19 % au Royaume-Uni et 18 % en Allemagne.

La religion et les soins de santé

Il semble que le fait d'associer la religion à une démarche psychothérapeutique favorise le mieux-être psychologique chez les croyants⁴⁴. Un psychologue américain, Allen E. Bergin⁴⁵, affirme même qu'un psychothérapeute ne peut être complètement efficace s'il ne tient pas compte des croyances religieuses de la population qu'il dessert. Évidemment, pour les croyants, la religion est importante et donne un sens à leur vie ; c'est pourquoi elle peut favoriser leur bien-être psychologique. Mais cela est vrai pour toute activité qui est importante pour une personne et qui donne du sens à sa vie. Quoi qu'il en soit, un psychothérapeute peut très bien encourager un client croyant à profiter des facteurs religieux facilitant le bien-être psychologique et à éviter les facteurs nuisibles.

Notons par ailleurs que certains professionnels se servent de cette possibilité que la religion soit associée à un mieux-être pour introduire la religion dans les soins de santé d'une façon qui paraît abusive. Ainsi, une association professionnelle américaine, la Christian Medical and Dental Association, a publié un livre pour indiquer aux médecins comment prêcher l'Évangile pendant l'exercice de leur profession⁴⁶ ! Par ailleurs, certains médecins américains refuseraient de donner des traitements qui seraient en désaccord avec leurs croyances religieuses⁴⁷.

44. Shafranske, E.P. (2013). Addressing religiousness and spirituality in psychotherapy : Advancing evidence-based practice. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition), p. 595-616. New York : Guilford.

45. Bergin, A.E. (1980). Psychotherapy and religious values, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105.

46. Larimore, W.L., et Peel, W.C. (2000). *The saline solution : Sharing Christ in a busy practice*. Bristol, TN : Paul Tournier Institute.

47. Charo, R.A. (2005). The celestial fire of conscience – refusing to deliver medical care, *New England Journal of Medicine*, 352, 2471-2473.

LA RELIGION ET LE FONCTIONNEMENT SOCIAL ET INTERPERSONNEL

L'intolérance et l'agressivité

La religion semble affecter directement le fonctionnement social et interpersonnel des croyants⁴⁸. Ainsi, après avoir lu un passage de la Bible qui décrit Dieu commandant des actions violentes, des croyants manifestent plus de comportements agressifs que des personnes qui n'ont pas lu ce passage ou que des non-croyants qui l'ont lu. Le simple fait de considérer que Dieu peut favoriser la violence, comme cela est écrit dans certains passages de l'Ancien Testament, peut susciter l'agressivité chez un croyant. D'ailleurs, l'intégrisme religieux est associé au soutien pour le militarisme⁴⁹. Toutefois, le fait de lire des passages de la Bible qui prônent la compassion rend les croyants moins hostiles⁵⁰.

Par ailleurs, les personnes les plus religieuses ont tendance à être intolérantes et à ne pas accepter les personnes qui n'agissent pas d'une façon conforme à leurs croyances, par exemple les homosexuels et les minorités ethniques⁵¹. Cela a évidemment des conséquences néfastes, en particulier pour les jeunes homosexuels; il est évident que la religion peut créer beaucoup de confusion, de désarroi et de sentiments de culpabilité chez les jeunes homosexuels et les jeunes lesbiennes⁵². D'ailleurs, les homosexuels adultes jugent que la religion est la plus grande force d'oppression qu'ils ont rencontrée⁵³.

48. Nielsen, M.E., Hatton, A.T., et Donahue, M.J. (2013). Religiousness, social psychology, and behavior. Dans R.F. Paloutzian et C.L. Park (ed.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition), p. 312-329. New York: Guilford.

49. Henderson-King, D., Henderson-King, E., Bolea, B., Koches, K., et Kauffman, A. (2004). Seeking understanding or sending bombs: Beliefs as predictors of responses to terrorism, *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 10, 67-84.

50. Blogowska, J., et Saroglou, V. (2013). For better or worse: Fundamentalists' attitudes toward outgroups as a function of exposure to authoritative religious texts, *The International Journal for the Psychology of Religion*, 23, 103-125.

51. Rowatt, W.C., LaBouff, J., Johnson, M., Froese, P., et Tsant, J.-A. (2009). Associations among religiousness, social attitudes, and prejudice in a national random sample of American adults, *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 14-24.

52. Longo, J., Walls, N.E., et Wisneski, H. (2013). Religion and religiosity: protective or harmful factors for sexual minority youth?, *Mental Health, Religion and Culture*, 16 (3), 273-290.

53. Johnston, L.B., et Jenkins, D. (2004). Coming out in mid-adulthood: Building a new identity, *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 16 (2), 19-42.

L'intolérance religieuse peut avoir des conséquences dramatiques. Ainsi, en Afrique, des pays punissent l'homosexualité de la peine de mort et l'influence des religions (musulmane, évangélique, catholique et anglicane) est sans doute le principal facteur à l'origine de cette intolérance⁵⁴. La religiosité est également liée à des attitudes racistes⁵⁵ et à des perceptions négatives des personnes d'autres religions ou incroyantes. Ce serait par besoin d'autoprotection que les personnes religieuses développeraient ces attitudes et ces perceptions négatives.

À différents moments de l'histoire et encore aujourd'hui, cette intolérance véhiculée par la religion a eu des conséquences très néfastes, si l'on pense par exemple aux Croisades et à l'Inquisition au Moyen Âge et à toutes les persécutions et les guerres justifiées par la religion. Une étude récente du Pew Research Center montre que, même actuellement, les conflits religieux sont en hausse dans le monde⁵⁶; en 2012, 75 % de la population mondiale vit dans des pays où les hostilités religieuses sont très élevées. Heureusement pour nous, le Canada figure parmi les pays où les tensions religieuses sont les plus basses, selon cette même étude.

L'altruisme

La directive de plusieurs religions d'aimer son prochain amène-t-elle les croyants à manifester plus de comportements altruistes? Les recherches indiquent que les croyants s'évaluent eux-mêmes comme présentant plus de comportements altruistes, comparativement aux non-croyants⁵⁷. Toutefois, les répercussions sur le comportement réel sont plus limitées, la religiosité étant liée aux comportements altruistes envers les personnes proches (par exemple, les membres de la famille et les coreligionnaires) et non envers les étrangers et surtout pas envers les individus qui menacent leurs valeurs religieuses en n'ayant tout simplement pas les mêmes croyances qu'eux. Par ailleurs, il est assez

54. Légaré-Tremblay, J.-F. (19 mars 2014). L'homosexualité mise hors la loi, *Le Devoir*, p. B7.

55. Duriez, B., et Hutsebaut, D. (2000). The relation between religion and racism: the role of post-critical beliefs, *Mental Health, Religion & Culture*, 3, 85-102.

56. Theodorou, A. (2014). *Key findings about growing religious hostilities around the world*. En ligne : <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/01/17/key-findings-about-growing-religious-hostilities-around-the-world> (consulté le 27 janvier 2014).

57. Saroglou, V. (2013). Religion, spirituality, and altruism. Dans K.I. Pargament (ed.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Vol. 1. Context, theory, and research*, p. 439-457. Washington, D.C.: American Psychological Association.

paradoxal que les intégristes, qui professent une obéissance aveugle à leur religion, ne se conforment pas aux directives de leur religion concernant l'amour du prochain et ont tendance à manifester des préjugés et de l'hostilité envers les personnes différentes d'eux. Enfin, il semble que ce soit la spiritualité, définie comme un lien émotif avec un être transcendant ou sacré, plutôt que la religiosité, définie comme étant rattachée à une institution, qui est liée à la compassion et à l'altruisme⁵⁸.

La vie familiale

Les personnes religieuses ont moins tendance à divorcer et ont une vie familiale plus stable⁵⁹. Encore ici, on peut croire que la morale religieuse favorise la stabilité de la vie conjugale et familiale. Cependant, il faut remarquer que le divorce peut constituer une solution adéquate à une vie de couple insatisfaisante. La morale religieuse peut donc amener des personnes à demeurer dans une relation de couple qui les rend malheureuses, comme cela se voyait souvent autrefois au Québec. Par ailleurs, les parents les plus religieux ont tendance à utiliser davantage la punition corporelle avec les enfants.

La sexualité

La religion a également une influence sur les pratiques sexuelles. Par exemple, chez les adolescents sexuellement actifs, la religiosité est associée à moins de relations sexuelles bucco-génitales⁶⁰, mais également à plus de grossesses non désirées parce que les adolescents croyants ont tendance à faire moins usage de moyens contraceptifs⁶¹. Enfin, notons que la relation de causalité peut apparaître aussi dans le sens opposé,

58. Saslow, L.R., John, O.P., Piff, P.K., Willer, R., Impett, E.A., Kogan, A., et collab. (2013). The social significance of spirituality: New perspectives on the compassion – altruism relationship, *Psychology of Religion and Spirituality*, 5, 1-18.

59. Mahoney, A., Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., et Swank, A.B. (2008). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting, *Psychology of Religion and Spirituality*, 5 (1), 63-101.

60. Vazsonyi, A.T., et Jenkins, D.D. (2010). Religiosity, self-criticism and virginity status in college students, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49, 561-568.

61. Zaleski, E.M., et Schiaffino, K.M. (2000). Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college, *Journal of Adolescence*, 23, 223-227.

c'est-à-dire que le désir d'avoir des relations intimes peut diminuer l'engagement religieux⁶².

LA RELIGION, L'INTELLIGENCE ET L'ESPRIT CRITIQUE

Un nombre imposant de recherches ont porté sur la relation entre la religiosité et l'intelligence. Des recensions de recherches ont démontré qu'il y a une relation négative entre la religiosité et l'intelligence et une relation positive entre l'athéisme et l'intelligence^{63,64,65}. Récemment, des chercheurs américains⁶⁶ ont fait une méta-analyse à partir de 63 études menées sur ce sujet entre 1928 et 2012. Ils ont aussi trouvé une corrélation négative significative entre la religiosité et l'intelligence, c'est-à-dire que plus une personne est intelligente, moins elle est religieuse. Cette corrélation est de -0,24 dans la population générale et chez des étudiants du collégial ; elle est donc relativement faible, ce qui veut dire qu'il y a, en quelque sorte, plusieurs exceptions, mais la corrélation n'en est pas moins significative, constante d'une étude à l'autre, donc difficilement contestable. Par ailleurs, chez les enfants du primaire, le lien entre religiosité et intelligence est plus faible. Enfin, le lien entre intelligence et croyances religieuses est plus fort qu'entre intelligence et pratiques religieuses

Trois hypothèses sont avancées pour expliquer le lien entre intelligence et religiosité. La première hypothèse est que les gens plus intelligents sont moins conformistes et ont tendance à résister à des dogmes, qu'ils soient de nature religieuse ou non. De fait, on peut considérer que l'intelligence facilite le développement de la pensée

62. Mapel, T. (2007). The adjustment process of ex-Buddhist monks to life after the monastery, *Journal of Religion and Health*, 46, 19-34.

63. Kanazawa, S. (2010). Why liberals and atheists are more intelligent, *Social Psychology Quarterly*, 73, 33-57.

64. Lynn, R., Harvey, J., et Nyborg, H. (2008). Average intelligence predicts atheism rates across 137 nations, *Intelligence*, 37, 11-15.

65. Bell, P. (2002). Would you believe it?, *Mensa Magazine*, février, 12-13.

66. Zuckerman, M., Silberman, J., et Hall, J.A. (2013). The relation between intelligence and religiosity: A meta-analysis and some proposed explanations, *Personality and Social Psychology Review*, 17, 325-354.

critique⁶⁷ et que plus une personne est critique, plus elle aura tendance à rejeter des croyances dogmatiques⁶⁸, d'où la relation négative entre la religiosité et l'intelligence. Une étude faite auprès d'adolescents américains montre que les athées présentent un quotient intellectuel de 1,95 point de plus que celui des agnostiques, de 3,82 points de plus que celui des croyants libéraux et ouverts et de 5,89 points de plus que celui des croyants dogmatiques⁶⁹. La deuxième hypothèse est que les gens les plus intelligents ont tendance à penser d'une façon analytique et rationnelle plutôt qu'intuitive, et les croyances religieuses résistent souvent mal à l'analyse rationnelle. De fait, des recherches montrent que le style cognitif analytique est en corrélation négative avec les croyances religieuses et paranormales⁷⁰ et que le style cognitif intuitif mène à la croyance en Dieu⁷¹. La troisième hypothèse est que l'intelligence apporte des avantages du même type que celui de la religion (sentiment de compréhension et de sécurité, autocontrôle, dépassement de soi, etc.), de sorte que les gens les plus intelligents ont moins besoin de la religion. On pourrait aussi considérer que la relation causale va dans le sens opposé, c'est-à-dire que la religion rend moins intelligent, mais les chercheurs rejettent cette hypothèse sauf pour les extrémistes religieux ; est-il possible que, chez les extrémistes religieux, la religion limite le fonctionnement intellectuel ?

Les résultats des recherches concernant les liens entre l'intelligence et la religion peuvent être très dérangeants pour les croyants. Ainsi, devant ces données, le directeur des communications de l'Église catholique de Québec considère qu'il s'agit d'un « très vieux préjugé » et d'un « lien dangereux⁷² ». Dangereux en quoi et pour qui ? Ce n'est

67. Kuncel, N.R., et Beatty, A.S. (2013). Thinking at work: Intelligence, critical thinking, job knowledge, and reasoning. Dans K.F. Geisinger et collab. (ed.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1 : Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology* (p. 417-435). Washington, D.C. : American Psychological Association.

68. Bertsch, S., et Pesta, B.J. (2009). The Wonderlic Personnel Test and elementary cognitive tasks as predictors of religious sectarianism, scriptural acceptance and religious questioning, *Intelligence*, 37, 231-237.

69. Nyborg, H. (2009). The intelligence – religiosity nexus: A representative study of white adolescent Americans, *Intelligence*, 37, 81-93.

70. Pennycook, G., Cheyne, J.A., Seli, P., Koehler, D.J., et Fugelsang, J.A. (2012). Analytic cognitive style predicts religious and paranormal belief, *Cognition*, 123, 335-346.

71. Shenhav, A., Rand, D.G., et Greene, J.D. (2012). Divine intuition: Cognitive style influences belief in God, *Journal of Experimental Psychology: General*, 141, 423-428.

72. Roberge, F.O. (17 août 2013). Croyant, mais pas « idiot », *Le Soleil*, p. 6. Québec.

évidemment pas la première fois que l'Église conteste une donnée scientifique qu'elle considère « dangereuse ».

CONCLUSION

Psychologie et religion n'ont pas toujours été en bons termes. Pourtant, la religion présente plusieurs avantages pour les croyants, notamment sur le plan du bien-être psychologique, même si certains facteurs religieux peuvent nuire sérieusement au bien-être psychologique et au bon fonctionnement social et interpersonnel. Mais la relation négative de la religiosité avec l'intelligence et la raison est sans doute ce qui choque le plus de nombreux psychologues, de sorte qu'ils deviennent très critiques à l'égard des religions. Toutefois, il est sans doute plus réaliste de soutenir les approches religieuses et spirituelles les plus humanitaires plutôt que d'aspirer à un monde sans religion.

LECTURES SUGGÉRÉES

- Braun, C.M.J. (2010). *Québec athée*. Montréal: Les Éditions Michel Brûlé.
- Paloutzian, R.F., et Park, C.L. (ed.) (2013), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2^e édition). New York: Guilford.
- Power, M. (2012). *Adieu to God: Why psychology leads to atheism*. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- St-Arnaud, Y. (2012). *Vivre sans savoir. Invitation au dialogue entre croyants et non-croyants*. Montréal: Fides.
- St-Arnaud, Y. (2010). *Je crois sans Dieu. Parcours d'un psychologue en quête de sens*. Montréal: Bellarmin.

Chapitre 8

La face cachée de Facebook

Isabelle Giroux, Annie Goulet et Christian Jacques

La popularité des médias sociaux sur Internet, tels Twitter, LinkedIn et Facebook, a diversifié la façon d'entrer en communication avec autrui. Les jeunes et les moins jeunes prennent plaisir à communiquer par l'intermédiaire de ces plateformes et à y affirmer leur personnalité. Outre leur fonction principale visant à rester en contact avec des personnes d'intérêt, les médias sociaux offrent un amalgame de possibilités, tels le divertissement et la recherche d'informations. Une utilisation inadéquate des médias sociaux n'est toutefois pas sans conséquence pour l'utilisateur ou son entourage. Ce chapitre porte un regard critique sur l'utilisation de Facebook, l'un des médias sociaux les plus populaires, qui d'ailleurs fait l'objet d'un nombre grandissant de recherches scientifiques en psychologie.

Aux fins de ce chapitre, nous débiterons par une description de Facebook, de ses utilisateurs et des raisons derrière l'engouement qu'il suscite. Nous poursuivrons en explorant l'image sociale dans cet univers virtuel et les répercussions de Facebook sur la sphère amoureuse. Les conséquences d'une utilisation excessive de Facebook seront ensuite présentées ainsi que son usage auprès des adolescents. Nous terminerons en proposant au lecteur une façon de remettre en question son utilisation de Facebook. Les péripéties de Thomas, Florence, Violaine et de leur entourage illustreront les thèmes abordés.

UNE PLATEFORME AUX MULTIPLES USAGES

Le média social Facebook a été conçu en 2004 par Mark Zuckerberg, alors étudiant à l'Université Harvard, comme un outil pour faciliter les communications entre les étudiants du campus. Depuis 2006, Facebook s'est élargi de façon substantielle pour en faire un média social interactif accessible au grand public. Sa popularité ne cesse de croître et Facebook représente actuellement le média social ayant le plus de comptes d'utilisateurs actifs dans le monde. Facebook permet à ses utilisateurs, grâce à leur compte personnel, d'être vus en tant que membres du réseau et de voir les autres membres.

Plusieurs fonctionnalités sont offertes aux utilisateurs afin d'augmenter leur visibilité. Facebook permet de créer et de modifier un profil personnel, appelé *journal*, riche en informations sur soi, ses préférences et activités, et alimenté visuellement par des photos, dont, à l'avant-plan, la photo de profil. Sur son journal, l'utilisateur peut également publier des commentaires, appelés *statuts*, portant sur ses états d'âme, ses activités ou toutes autres choses, visibles par son réseau « d'amis » par le fil d'actualité. Le fil d'actualité représente un sommaire des publications – statuts, photos, commentaires, partage de musique ou de vidéos, etc. – récentes ou populaires du réseau personnel de l'utilisateur. Ce réseau composé de membres virtuels, appelés « amis » Facebook, s'agrandit ou se restreint selon le bon vouloir de l'utilisateur. En tout temps, les « amis » peuvent visualiser le profil de l'utilisateur, commenter et partager ses publications, publier dans le journal de ce dernier, l'identifier dans une publication ou une photo... Bref, les possibilités d'interactions sont nombreuses et diversifiées.

Facebook permet aussi la recherche d'information, la création d'événements ou de groupes composés de membres qui partagent les mêmes intérêts (p. ex. : une passion commune pour un chanteur), les discussions et les messages privés, et les forums de clavardage. À des fins promotionnelles ou de marketing, ce média social représente une vitrine de choix pour les compagnies offrant des produits ou des services, les partis politiques ou toutes autres organisations. Les utilisateurs ont la possibilité de s'abonner à des pages Facebook, permettant ainsi de recevoir de l'information qui s'affiche sur leur fil d'actualité. Une multitude de jeux gratuits ou payants se retrouvent également sur Facebook pour divertir

l'utilisateur. Sur Facebook, on trouve de tout, peut-être même l'amour de sa vie, sur des sites de rencontre ou par réseautage.

QUI SONT LES UTILISATEURS ET POURQUOI CET ENGOUEMENT ?

Des estimations récentes montrent que le nombre d'utilisateurs actifs de Facebook a largement dépassé le milliard et près de 552 millions d'utilisateurs en font un usage quotidien¹. Les Québécois n'échappent pas à cet engouement. Selon les données d'une enquête effectuée auprès de 764 internautes, Facebook est le deuxième média social le plus populaire, avec 65,8 % d'utilisateurs adultes, arrivant tout juste derrière YouTube (66,9 %). Facebook se démarque par la fréquence de son usage puisque 43,6 % des internautes québécois y accèdent tous les jours².

Différentes raisons peuvent amener les individus à créer un compte Facebook et à l'utiliser plus ou moins régulièrement. Voyons ce qui a conduit Thomas, Florence et Violaine à devenir des utilisateurs assidus de Facebook.

Thomas a 40 ans et est en couple depuis près de 20 ans. Sa conjointe et lui ont une adolescente de 11 ans, Laura. Depuis un moment, Laura harcelait constamment ses parents pour obtenir leur permission d'ouvrir un compte Facebook, tout comme ses copines. Thomas, afin d'avoir un regard sur les activités en ligne de sa fille et de mieux comprendre ce média social, s'est aussi créé un compte. Après l'avoir utilisé dans un esprit de surveillance, au départ, il a peu à peu pris goût à toutes les fonctionnalités de Facebook et a même repris contact avec des amis de son école secondaire. Il aime regarder leurs photos et a commencé à discuter avec certains en utilisant la messagerie instantanée. Au moins une fois par jour, surtout le soir, il consulte son fil d'actualité pour être à l'affût des nouveautés de son réseau.

Florence a 22 ans et étudie à l'université en travail social. Fille extravertie, elle a un large réseau d'amis. Florence possède un compte sur Facebook et visite activement le site. D'ailleurs, pour tuer le temps, se divertir ou, simplement, se régaler de potins, elle se connecte à son compte, discute avec des « amis », publie des statuts et change sa photo de profil. Ayant à son actif un réseau

-
1. Informations disponibles sur le site Internet de Facebook (<https://www.facebook.com/facebook>).
 2. Cefrio (2013). Les adultes québécois toujours très actifs sur les médias sociaux, *NETtendances* 2013, 4 (1), 1-13.

comptant plus de 500 « amis », Florence ajoute aussi des gens qu'elle connaît très peu. Le fait d'avoir un large réseau virtuel lui donne le sentiment d'être très populaire, ce qui la valorise et lui donne confiance en elle. Elle apprécie particulièrement recevoir des commentaires sur ses photos et statuts, notamment de la part « d'amis » nouvellement ajoutés à son réseau.

Violaine a 16 ans et est une adolescente assez réservée. Les jeux gratuits disponibles sur Facebook sont pour elle une source de divertissement. Elle aime particulièrement jouer à Candy Crush Saga sur son téléphone intelligent lorsqu'elle attend l'autobus. Peu active à publier des photos ou des statuts sur son profil, Violaine souhaite surtout se joindre à des groupes restreints, formés d'adolescents de son école, afin de discuter de musique, de livres et de poésie.

Alors que la croyance populaire veut que Facebook soit un média permettant aux utilisateurs d'établir de nouvelles relations sociales, certaines études scientifiques abondent davantage dans le sens d'une utilisation permettant de maintenir des relations existantes, de retrouver d'anciens amis, tout comme le fait Thomas, et de suivre le quotidien des membres de son réseau. Toutefois, spécialement dans le cas des adolescents et des jeunes adultes, tel qu'illustré par l'exemple de Florence, l'occasion de se montrer aux autres comme quelqu'un de populaire jouerait un rôle important dans la motivation à utiliser ce média social. À cet égard, les adolescents et les jeunes adultes souhaitent généralement afficher qu'ils possèdent un vaste réseau « d'amis » et tentent d'élargir ce réseau afin de rehausser leur popularité. Pour ce faire, il n'est pas rare que des étudiants de 18 à 30 ans ajoutent comme « amis » des personnes qu'ils connaissent peu ou qu'ils ne connaissent que par l'entremise d'un ami commun. Les fonctionnalités de Facebook contribuent d'ailleurs à ce phénomène en suggérant aux utilisateurs des « amis » potentiels par la mention « vous connaissez peut-être [nom d'une personne]... » apparaissant sur leur fil d'actualité. Selon une étude effectuée auprès de 456 jeunes adultes, jusqu'à 15 % de leur réseau « d'amis » Facebook se compose d'ailleurs d'individus jamais rencontrés en personne³. Sans avoir nécessairement l'intention d'interagir avec ces personnes peu connues, leur ajout donne cependant le sentiment d'avoir une « relation d'amitié » avec la personne ajoutée. Par ailleurs, certaines recherches

3. Stefanone, M.A., Lackaff, D., et Rosen, D. (2008). *We're all stars now: Reality television, web 2.0, and mediated identities*. Dans Proceedings of ACM's Hypertext and Hypermedia, p. 107-112.

montrent que les internautes possédant un large réseau « d'amis » perçoivent ce fait comme positif.

Facebook est à même d'entraîner des répercussions positives pour les utilisateurs, dont le divertissement, l'accès rapide et gratuit à de l'information et le maintien de relations. Certains auteurs ont tenté de cibler les éléments de Facebook particulièrement appréciés des utilisateurs. Sept fonctions principales ont été jugées les plus importantes par un échantillon de 241 utilisateurs de Facebook de 15 à 66 ans (âge moyen de 26 ans): (1) la connexion sociale: en apprendre davantage sur des amis, retrouver ou maintenir des relations sociales; (2) l'organisation et la participation à différents événements ou groupes; (3) le partage de photos; (4) les fonctionnalités disponibles: jeux, applications variées, etc.; (5) les enquêtes sociales: effectuer un suivi des activités en ligne de ses amis et en apprendre davantage sur des gens rencontrés hors ligne; (6) la navigation sur le profil d'inconnus (p. ex.: le réseau social de ses « amis » Facebook) et (7) le partage de statuts: actualiser ses propres statuts et être à l'affût de ceux d'autrui⁴. À ces motivations on peut ajouter le simple fait de passer le temps ou de se divertir. Les raisons données pour utiliser Facebook sont donc surtout d'ordre social, telles que se présenter aux autres et en apprendre davantage sur eux. Toutefois, l'image véhiculée par soi ou par les autres utilisateurs n'est pas nécessairement celle qui est souhaitée, comme nous le verrons dans la prochaine section.

LE CULTE DE L'IMAGE

Violaine aimerait être populaire comme certaines de ses camarades de classe et plaire aux garçons de l'école. Elle a remarqué que ces dernières changeaient souvent leur photo de profil Facebook et qu'elles recevaient beaucoup de commentaires positifs des garçons les plus populaires de l'école. Elle aimerait se faire remarquer par Louis, l'un des plus beaux garçons de sa classe, avec qui elle est « amie » depuis peu sur Facebook. Elle revêt donc son plus beau chandail, se coiffe soigneusement et se maquille légèrement avant de se faire prendre en photo par son amie Judith. Après avoir publié sa photo sur son

4. Joinson, A.N. (2008). « Looking at », « Looking up » or « Keeping up with » people? Motives and uses of Facebook, *CHI 2008 – Online Social Networks*, April 5-10, 1027-1038.

profil, Violaine ne peut s'empêcher d'actualiser la page aux trois minutes afin de vérifier si Louis a aimé, voire commenté, sa nouvelle photo de profil.

Florence s'ennuie et s'amuse à regarder des profils sur Facebook. En voyant la photo d'un homme de 25 ans, membre du réseau de son amie Claudia, qui pose en faisant une grimace épouvantable et qui semble définitivement ivre, elle éclate de rire. Elle ne peut s'empêcher de penser qu'il a l'air complètement ridicule, mais, en même temps, elle se dit qu'une fête en sa compagnie doit être des plus divertissantes. Intriguée, elle poursuit sa visite du profil de ce jeune homme et regarde toutes les photos qu'il a publiées. «C'est certain qu'il s'agit d'un bouffon», se dit Florence en terminant son visionnement.

Le profil sur Facebook constitue un moyen privilégié pour exprimer sa personnalité et porter un jugement sur autrui. Violaine et Florence s'en servent d'ailleurs toutes les deux. Le fait de se présenter par l'intermédiaire de Facebook permet à l'utilisateur de contrôler et de peaufiner l'image projetée afin de la rendre la plus avantageuse possible, comme l'illustre le cas de Violaine. Avec les fonctionnalités hautement évoluées des appareils photo et de logiciels informatiques, il s'avère aisé d'améliorer cette image, voire de la biaiser, en modifiant certains paramètres physiques (comme la couleur des yeux) et en manipulant la prise de vue de façon à créer l'impression d'une silhouette avantageuse, par exemple.

D'ailleurs, sur Facebook, les impressions et les perceptions d'autrui se fondent principalement sur un jugement de la photo de profil. À ce titre, les utilisateurs de Facebook, qu'ils soient hommes ou femmes, manifestent plus d'empressement à avoir des contacts amicaux avec une personne de sexe opposé dont la photo de profil est flatteuse. Étant donné que l'attirance physique représente l'un des critères les plus élémentaires utilisés par les individus pour se former une impression générale sur autrui, ce résultat n'étonne pas!

La photo de profil et tout le contenu du profil transmettent une image et une impression de l'utilisateur, qu'elles soient voulues ou non. Une étude réalisée auprès de 30 utilisateurs de Facebook de 17 à 26 ans ébauche six principaux portraits d'utilisateurs⁵. L'utilisateur *de party* et l'utilisateur *sociable* sont deux portraits populaires et facilement repérables. Alors que l'impression qui se dégage du premier veut que l'utilisateur

5. Birnbaum, M.G. (2013). The fronts students use: Facebook and the standardization of self-presentations, *Journal of College Student Development*, 54 (2), 155-171.

aime boire un verre, voire abuser d'alcool, et participe activement aux activités visant la consommation d'alcool, le second portrait met davantage en lumière la popularité de l'utilisateur. Ce dernier a de nombreux amis de qui il est fortement apprécié et avec lesquels il passe beaucoup de temps, selon les photos, commentaires, statuts et événements auxquels il participe. L'utilisateur avec le portrait *prise de risque* démontre par ses photos, ses abonnements à différents groupes et les événements auxquels il participe, son engouement pour les sports et les loisirs extrêmes. Les participants à l'étude passent plus de temps à scruter ce genre de profil. L'utilisateur *comique/humoristique*, quant à lui, semble posséder une grande connaissance de la culture contemporaine et démontre son sens de l'humour par ses abonnements à différentes pages, ses blagues et ses anecdotes partagées avec un réseau restreint « d'amis ». Ce type de personne est perçu comme étant davantage accessible et intéressant. Un cinquième portrait est celui du *citoyen engagé*, qui montre un fort sentiment d'appartenance et un engagement actif dans l'institution à laquelle il appartient. Cet engagement se manifeste sur Facebook par les nombreux événements auxquels il participe de même que par l'affichage massif de symboles et de traditions référant à son institution ou à la cause qu'il défend. Le dernier portrait est celui de l'utilisateur *excentrique* qui dégage une propension à afficher des informations, des photos ou des images et des intérêts qui semblent inconsistants entre eux, sans en donner d'explication.

Puisque 80% des utilisateurs évoquent former leur jugement sur autrui sur la base du profil Facebook, l'image que certaines personnes choisissent d'afficher peut sembler surprenante. Prenons l'exemple d'un utilisateur qui change continuellement sa photo de profil, qui publie des informations trop intimes ou en apparence gênantes ou, encore, des commentaires négatifs. Quelles raisons incitent certaines personnes à se dévoiler ainsi sur Facebook ? Une étude menée auprès de 569 utilisateurs (âge moyen de 28 ans) portait plus précisément sur les raisons les poussant à publier et, par la suite, à regretter certains contenus (photos, statuts, commentaires, etc.) de leur profil Facebook⁶. Les résultats relèvent

6. Wang, Y., Komanduri, S., Leon, P.G., Norcie, G., Acquisti, A., et Cranor, L.F. (2011). « I regretted the minute I pressed share »: A qualitative study of regrets on Facebook. SOUPS 11 – Proceedings of the Seventh Symposium on Usable Privacy and Security, 10, doi: 10.1145/2078827.2078841.

des raisons émotives et psychologiques justifiant ces actions, telles que le désir d'être remarqué par un public ciblé, et le fait d'agir sans réfléchir aux conséquences ou sous l'emprise d'une forte émotion ou de substances (alcool et drogues). Une mauvaise lecture des cultures et des normes sociales a aussi été relevée. Enfin, la méconnaissance du fonctionnement de Facebook a aussi été mentionnée. Peu importe les raisons à la base de certaines publications inappropriées, certains utilisateurs rapportent que celles-ci ont eu des répercussions désastreuses sur leur vie, telles que la rupture d'une relation amoureuse ou la perte d'un emploi.

Peut-on tirer des enseignements de ces résultats? Rappelons aux lecteurs que le contenu du profil Facebook des utilisateurs peut être vu, en totalité ou en partie, par un public plus large que leur réseau «d'amis». Un utilisateur devrait donc toujours être à l'aise avec les photos ou le contenu qu'il choisit de publier. Ainsi, éviter de publier des statuts sous l'emprise de la colère ou d'émotions fortes constitue une stratégie pour éviter les situations embarrassantes ou compromettantes. S'assurer de bien connaître les fonctionnalités de Facebook avant de les utiliser représente aussi une façon prudente d'éviter les publications indésirables et les conséquences qui en découlent, tels les conflits, l'embarras et les difficultés amoureuses.

LES INTRIGUES AMOUREUSES

Par pur hasard, Thomas est «tombé» sur le profil Facebook d'Édith, son premier amour de l'école secondaire et lui a fait une demande d'amitié. Celle-ci a accepté et, depuis, ils discutent de temps à autre par messagerie instantanée. Depuis quelques semaines, Thomas se connecte à plusieurs moments de la soirée dans l'espoir qu'Édith soit en ligne. Il pense souvent à elle et se sent fébrile lorsqu'il constate qu'elle est en ligne. Cela fait maintenant plusieurs jours qu'ils discutent tous les soirs, durant plusieurs heures, si bien que Thomas se couche très tard. À quelques reprises, sa conjointe lui en a fait le reproche et Thomas s'est surpris à lui mentir et à omettre de lui parler de ses retrouvailles avec Édith. Il ne peut le nier, il s'éloigne de sa conjointe et se confie de plus en plus à Édith. Cette dernière est à l'écoute et partage aussi des détails sur sa vie privée. Lors de leur dernière conversation, elle lui a demandé s'il acceptait de la revoir pour discuter autour d'un café. Thomas tente de se convaincre qu'il n'y a aucun mal à revoir une amie dans un endroit public. Aussi, il lui a donné rendez-vous le jeudi suivant.

Il y a deux mois, Carrie, l'amie de Florence, s'est faite plaquer par Étienne, son amoureux des trois dernières années. Florence tente de la persuader qu'il est néfaste de visiter le profil Facebook de ce dernier plusieurs fois par jour, comme elle le fait actuellement. Depuis leur rupture, Carrie a de la difficulté à lâcher prise et reste à l'affût des activités et des fréquentations de son ex-amoureux sur Facebook. Pourtant, dès qu'elle voit de nouvelles photos ou l'énumération de ses activités sociales sur son profil, elle devient angoissée et déprimée. Florence tente d'amener Carrie à prendre conscience que les journées où elle a un meilleur moral sont celles où elle ne consulte pas le profil d'Étienne. Bien qu'elle connaisse les conséquences de cette «surveillance», Carrie ne peut s'empêcher d'épier Étienne.

Facebook se retrouve entremêlé aux vies amoureuses de Thomas et de Carrie, bien que ces derniers vivent des situations complètement différentes. Mais ce média social est-il à blâmer ? Selon l'American Academy of Matrimonial Lawyers (AAML), plus de 80 % des avocats des États-Unis spécialisés en divorce rapportent une hausse de la mention des médias sociaux dans les procédures de divorce : messages inappropriés ou suggestifs écrits sur le profil Facebook d'un «ami», messages haineux sur le profil de l'ex-conjoint après la séparation, etc. Pour illustrer l'évolution rapide de ce phénomène aux États-Unis, toujours selon l'AAML, 20 % des personnes récemment divorcées en 2008 mentionnaient Facebook dans les causes de séparation, alors que, seulement trois ans plus tard, le taux s'élevait à 33 %. Ces statistiques peuvent sembler impressionnantes, mais Facebook possède-t-il une aussi grande ascendance sur la vie amoureuse des adultes, qu'ils soient en pleine rupture, en couple ou célibataires ?

À l'instar de Florence, il est possible d'avoir dans son entourage quelqu'un qui a vécu une rupture amoureuse et qui visite d'innombrables fois par jour le profil Facebook de son ex, dans l'espoir d'y trouver des informations compromettantes ou pour demeurer à l'affût de son quotidien. Ce phénomène peut d'ailleurs, dans certains cas, prendre une tournure obsessionnelle. Avoir accès en tout temps à la vie privée d'une personne aimée, et ce en tout anonymat, peut devenir irrésistiblement tentant et conduire à des comportements excessifs. L'accès facile au profil Facebook de l'ex-amoureux, qu'il fasse encore partie de son réseau «d'amis» ou non, peut compromettre le processus de guérison et empêcher l'individu de tourner la page. Plus précisément, les personnes

qui s'adonnent à des comportements de *surveillance en ligne* prolongent le processus de deuil de la relation et le complexifient.

La surveillance en ligne fait référence à l'utilisation de stratégies déployées par l'intermédiaire d'Internet, sous le couvert de l'anonymat, qui visent à demeurer à l'affût des comportements d'une autre personne. Elle peut inclure une gamme de comportements, tels que l'intrusion dans la messagerie instantanée de Facebook et le suivi étroit des modifications dans le profil. Bien qu'ils soient présents chez différents groupes d'âge, ces comportements de surveillance en ligne à la suite d'une rupture semblent plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes et tendent à diminuer avec l'âge⁷.

En ce qui concerne les répercussions possibles de l'usage de Facebook sur la qualité des relations de couple, la littérature scientifique demeure à ce jour rarissime en raison de la nouveauté de ce sujet de recherche. Toutefois, des résultats tendent à indiquer que certains comportements en ligne de l'un des partenaires, ou des deux, pourraient endommager la relation amoureuse et provoquer, entre autres, de la jalousie. Parmi ces comportements, on note la divulgation d'informations ambiguës sur Facebook quant à la relation de couple et la surveillance du partenaire par l'intermédiaire de son profil ou de sa messagerie personnelle. Une utilisation abusive de Facebook par un seul des conjoints serait aussi associée à des conséquences négatives, allant de l'infidélité à la rupture. En effet, les partenaires qui font un usage excessif de Facebook peuvent négliger leur conjoint et consacrer plus de temps à converser par l'intermédiaire de ce média avec d'ex-partenaires, comme l'illustre l'exemple de Thomas, ou avec des personnes nouvellement rencontrées, pouvant ainsi entraîner des conflits conjugaux. Cependant, un couple plus intime sur les plans émotionnel, sexuel, intellectuel, social et récréatif pourrait être davantage protégé des insatisfactions conjugales liées à l'utilisation de Facebook.

Enfin, l'amour peut-il se trouver sur Facebook? Bien qu'aucune étude ne porte précisément sur cette question, une large étude nationale rétrospective effectuée auprès de 19 131 répondants américains mariés

7. Tokunaga, R.S. (2011). Social networking site or social surveillance site? Understanding the use of interpersonal electronic surveillance in romantic relationships, *Computers in Human Behavior*, 27, 705-713.

entre 2005 et 2012 offre certaines indications en ce sens⁸. Pour plus du tiers de ces répondants (35 %), la relation a débuté en ligne sur les sites de rencontre et les médias sociaux, incluant Facebook. Non seulement l'amour se trouve en ligne, mais, contrairement aux croyances populaires, il s'avère tout aussi durable ! En effet, les couples ayant amorcé leur relation en ligne, comparativement aux couples formés par des moyens dits traditionnels, sont moins susceptibles de rapporter une rupture et affichent une satisfaction conjugale plus élevée. Les résultats de cette étude, bien qu'ils n'indiquent pas que les rencontres amoureuses en ligne garantissent le succès, tendent tout de même à montrer qu'elles peuvent conduire à des relations de couple durables.

EXCÈS ET DÉPENDANCE

Les dépendances aux substances, telles que la toxicomanie et l'alcoolisme, sont bien connues de la population générale et abondamment documentées par la communauté scientifique. Ce sont des troubles de santé mentale qui entraînent des répercussions négatives importantes sur la santé physique et psychologique et sur d'autres sphères de vie, telles que le travail, les finances et les relations familiales et sociales. Or, certaines dépendances sont moins connues, alors qu'elles peuvent également avoir des conséquences négatives et causer un dysfonctionnement grave chez les individus qui en souffrent ; il s'agit des dépendances sans substance, appelées aussi dépendances comportementales. Le jeu pathologique et les achats compulsifs en sont des exemples. La cyberdépendance, soit l'utilisation problématique d'Internet, représente elle aussi une dépendance comportementale. La cyberdépendance peut également inclure l'usage problématique de Facebook. Ainsi, un préambule concernant la cyberdépendance s'impose avant d'aborder directement la dépendance à Facebook.

Une perte de contrôle quant à l'utilisation d'Internet peut conduire à des répercussions négatives sur le fonctionnement quotidien, les relations familiales et la stabilité émotionnelle. Malgré ce constat, la dépendance à Internet ne fait pas partie des troubles psychiatriques

8. Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., Gonzaga, G.C., Ogburn, E.L., et VanderWeele, T.J. (2013). Marital satisfaction and break-ups differ across on-line and off-line meeting venues, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110, 10135-10140.

répertoriés dans le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association, pas même dans sa version la plus récente datant de 2013. Conceptuellement, des travaux de recherche s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre cette dépendance, justement pour être à même de bien la définir et de distinguer les critères indiquant la présence d'une dépendance. Certains auteurs ont toutefois tenté de définir et de décrire la dépendance à Internet. En 1998, Kimberly Young, s'inspirant des critères diagnostiques du jeu pathologique, avait défini la cyberdépendance par la présence d'au moins cinq des huit critères suivants :

(1)	préoccupation par rapport à Internet,
(2)	symptômes de tolérance : besoin de passer plus de temps sur Internet pour ressentir le même niveau d'excitation ou de plaisir,
(3)	symptômes de sevrage : sensations de manque lorsqu'il y a impossibilité d'utiliser Internet,
(4)	perte de contrôle,
(5)	le fait de passer plus de temps que prévu sur Internet,
(6)	altération du fonctionnement,
(7)	mensonges afin de dissimuler le temps passé sur Internet ou l'utilisation qui en est faite,
(8)	utilisation d'Internet comme échappatoire à ses problèmes ou à des émotions négatives*.

* Young, K. (1998). *Caught in the net : How to recognize the signs of Internet addiction and achieving strategies for recovery*. New York : Wiley.

La littérature scientifique diverge aussi quant à l'établissement de critères permettant d'établir une utilisation problématique d'Internet propre aux médias sociaux, dont Facebook. Sans faire consensus, les critères suivants ressortent : accéder à un média social au moins quatre fois par jour, y passer plus de cinq heures par jour et ne pas pouvoir s'empêcher d'y accéder au moins une heure par jour. Voyons maintenant comment Florence se rend compte qu'elle perd le contrôle de ses activités sur Facebook.

Florence passe de plus en plus de temps à naviguer sur Facebook, alors qu'elle devrait étudier. Elle a honte d'elle-même ! La semaine dernière, elle souhaitait consulter brièvement son fil d'actualité avant de se plonger dans l'étude d'un examen important. Après avoir regardé les actualités de son réseau « d'amis », elle s'est mise à discuter avec Justin par la messagerie instantanée. Lorsqu'elle leva la tête pour regarder l'heure, Florence était épouvantée de constater qu'il

était minuit et qu'elle avait passé plus de trois heures à converser sur Facebook. Comme elle s'y attendait, elle a obtenu un résultat exécrable à son examen. Malgré tout, elle ne peut s'empêcher d'aller sur Facebook lorsqu'elle vit de l'anxiété par rapport à ses travaux scolaires ou à l'étude d'examens. Récemment, lors d'une fin de semaine passée dans un chalet sans connexion Internet, Florence ne pouvait pas accéder à Facebook. Elle s'est alors sentie très irritée et avait hâte que la fin de semaine se termine pour retourner à son appartement. Florence constate avec malaise que ses réactions et le temps passé sur Facebook sont exagérés.

Florence ne représente pas une exception puisque certains auteurs utilisent le terme trouble de dépendance à Facebook (*Facebook Addiction Disorder*), référant ainsi à une utilisation excessive de Facebook qui entraîne des conséquences négatives. Un groupe de discussion formé d'étudiants de 21 à 23 ans a permis de faire ressortir quatre symptômes d'une utilisation problématique ou excessive de Facebook : (1) la « saillance », c'est-à-dire le fait que Facebook domine les pensées et les comportements de l'individu ; (2) la sensation subjective de perte de contrôle sur l'activité ; (3) les symptômes de manque, entre autres, le fait de vivre des émotions négatives lorsqu'il y a impossibilité de consulter Facebook ; et (4) la rechute, consistant au retour des comportements habituels sur Facebook après des tentatives de modification⁹.

Faire un usage abusif de Facebook pourrait être lié chez certains individus, notamment les adolescents et les jeunes adultes, à des symptômes dépressifs. Une étude réalisée auprès d'adolescents du secondaire relève que plus le temps passé quotidiennement sur les médias sociaux augmente, plus nombreux sont les symptômes dépressifs rapportés, et vice-versa¹⁰. Une explication à ce résultat veut que le temps sur Facebook limite celui qui est consacré à l'activité physique, laquelle préviendrait l'apparition de symptômes dépressifs. Une autre explication veut plutôt que ce ne serait pas la quantité des interactions virtuelles, donc le temps passé sur les médias sociaux, qui serait associée aux symptômes dépressifs, mais bien la qualité de ces interactions (p. ex. : interactions amicales, respectueuses et exemptes de conflit). Cette étude

9. Balakrishnan, V., et Shamim, A. (2013). Malaysian facebookers: Motives and addictive behaviours unraveled, *Computers in Human Behavior*, 29, 1342-1349.

10. Pantic, I., Damjanovic, A., Todorovic, J., Topalovic, D., Bojovic-Jovic, D., Ristic, S., et Pantic, S. (2012). Association between online social networking and depression in high school students: Behavioral physiology viewpoint, *Psychiatria Danubina*, 24, 90-93.

ne permet pas d'établir un lien de causalité, puisqu'il serait également plausible que les jeunes dépressifs soient plus enclins à passer plus de temps sur Facebook.

Outre les symptômes dépressifs, rappelons que l'utilisation abusive de Facebook est associée à une vaste gamme de conséquences pouvant compromettre le bien-être psychologique, telles que l'isolement. Une étude effectuée auprès de 513 étudiants collégiaux relève que l'augmentation des interactions sur Facebook dans le dernier mois est associée à une augmentation de la détresse psychologique¹¹. Mentionnons également qu'un usage abusif de Facebook, chez des étudiants postsecondaires, est intimement lié à de faibles résultats scolaires, à une augmentation de la procrastination et à une diminution de la satisfaction envers la vie.

LES ADOLESCENTS

Avant de terminer ce chapitre, il s'avère tout à fait pertinent d'aborder l'utilisation de Facebook par les adolescents, l'un des groupes d'âge les plus largement touchés par ce phénomène contemporain. Parmi les médias sociaux, Facebook demeure le favori des jeunes. Ce phénomène interpelle tout particulièrement les parents, les enseignants et les éducateurs.

L'adolescence est une période charnière pour l'exploration de relations, d'activités et de comportements. À l'ère d'Internet, cette exploration peut s'effectuer par l'intermédiaire des médias sociaux. Selon une étude américaine réalisée en ligne auprès de 600 adolescents de 13 à 17 ans, 79 % des jeunes possèdent un profil Facebook et 69 % d'entre eux en font un usage régulier. Notons que, pour créer et exploiter son profil sur Facebook, il faut avoir au moins 13 ans, bien qu'il soit aisé pour des enfants plus jeunes de détourner ce règlement et de créer leur propre profil, notamment en changeant leur date d'anniversaire.

11. Chen, W., et Lee, K.-H. (2013). Sharing, liking, commenting, and distressed? The pathway between Facebook interaction and psychological distress, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (10), 728-734.

L'exploration du positif

Tant qu'il n'y a pas d'excès, l'utilisation des médias sociaux, dont Facebook, représente une occasion pour les jeunes de développer et de pratiquer leurs habiletés sociales et de communication, telles que le contrôle de soi lors d'interactions, la capacité de réagir avec tolérance et respect aux opinions des pairs, l'expression adéquate des émotions et la pensée critique. L'utilisation de Facebook par les adolescents représente aussi une occasion parmi d'autres d'explorer, d'affirmer et de consolider leur identité par les photos, les commentaires ou les statuts qu'ils partagent, les nouvelles expériences qu'ils décident de vivre, de même que les rétroactions qu'ils offrent à leurs pairs. À cet effet, les adolescents avec un profil Facebook qui reçoivent des rétroactions positives rapportent une meilleure satisfaction par rapport à leur vie et une estime personnelle plus élevée.

Enfin, la possibilité de créer sur Facebook des événements ou des groupes, publics ou privés, concernant différentes thématiques (p. ex. : préoccupations communautaires, projets scolaires, parascolaires ou humanitaires) offrirait une occasion aux adolescents de rencontrer de nouvelles personnes avec des intérêts similaires, de partager des idées et des opinions et, ainsi, de développer un engagement scolaire, social, civique ou politique. Des études révèlent par ailleurs que l'utilisation des médias sociaux lors de campagnes de prévention ou de santé publique ciblant les adolescents, telles que pour la promotion de saines habitudes de vie, de comportements sexuels sécuritaires ou pour l'arrêt du tabagisme, pourrait s'avérer une porte d'entrée prometteuse pour joindre cette clientèle cible et leurs parents. Certains bénéfices peuvent donc découler de leur participation aux médias sociaux. Toutefois, certains risques et des conséquences pour soi ou les autres sont associés à un mauvais usage de Facebook, comme le montre l'exemple de Violaine dans la vignette qui suit.

Pas que du positif: exemple de la cyberintimidation

Certains jeunes pourraient, tout comme les adultes, utiliser Facebook de façon inappropriée les amenant, par exemple, à trop se dévoiler, à offrir des rétroactions irrespectueuses à leur réseau virtuel ou à publier des statuts inadéquats sous l'emprise de la colère ou de la tristesse.

L'instantanéité de Facebook et le fait d'avoir un large auditoire peuvent contribuer à ces débordements. Voyons maintenant comment Violaine devient victime de l'utilisation inadéquate de Facebook par certaines « amies » virtuelles.

Violaine annonce à sa mère, d'un ton catégorique, qu'elle ne retournera plus à son école secondaire et poursuivra sa scolarité dans des classes pour adultes. Violaine a tellement honte! Lors d'une fête où tous les élèves de son niveau scolaire étaient invités, Violaine s'est retrouvée seule dans une chambre avec ses deux amis, Anthony et Martin, pour discuter dans le calme. Dès le lendemain soir, des rumeurs à son égard se sont mises à circuler sur Facebook, sur les activités secrètes qu'elle aurait faites avec les deux garçons. Certaines filles de sa classe se sont montrées très méchantes en publiant sur le fil d'actualité les détails de sa présumée aventure et des statuts injurieux, tels que « Violaine est une fille facile ». Après avoir versé toutes les larmes de son corps, Violaine a décidé qu'elle ne retournerait plus à l'école!

Violaine est ici victime de cyberintimidation. La cyberintimidation, tout comme l'intimidation physique, représente un comportement agressif intentionnel qui engendre une inégalité de pouvoir, mais qui est exercé par des moyens électroniques (p. ex. : cellulaire, ordinateur). Les comportements d'intimidation en ligne incluent les messages de menace, les rumeurs, les attaques publiques et le partage non consenti de photos embarrassantes. L'environnement en ligne offre l'anonymat nécessaire aux intimidateurs pour exprimer ce qu'ils auraient été réticents à dire en personne. D'ailleurs, parce qu'une distance est créée par l'environnement virtuel, plusieurs intimidateurs ne prennent pas conscience des effets négatifs pour les victimes, et participent à la cyberintimidation simplement pour s'amuser.

Facebook représente l'une des plateformes Internet pouvant être utilisées par les jeunes pour en intimider d'autres. Bien que les études traitant précisément de l'intimidation par l'intermédiaire de Facebook soient rares, une toute récente s'est intéressée à cette question auprès d'un large échantillon d'adolescents. Cette étude menée auprès de 1 597 adolescents de Singapour de 13 à 17 ans montre que 59 % des adolescents qui utilisent Facebook ont été victimes d'intimidation sur cette plateforme dans la dernière année et que 57 % se sont engagés dans une

forme d'intimidation¹². Les formes d'intimidation les plus souvent vécues consistent à recevoir des messages désagréables (28,5 %), être la risée des autres (23,3 %) sur Facebook ou être insulté répétitivement (22,6 %).

Selon certains auteurs, la cyberintimidation toucherait davantage les filles que les garçons, pour le rôle tant de la victime que de l'agresseur. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les filles utilisent généralement des formes plus indirectes d'agression envers leurs pairs, telles que le harcèlement émotif (p. ex. : répandre des rumeurs, monter un groupe contre quelqu'un), alors que les garçons sont davantage portés à l'intimidation directe (p. ex. : bagarres). Mais qu'est-ce qui amène une personne à en intimider une autre sur Facebook ? Une étude auprès de 1 139 étudiants universitaires, dont l'âge moyen est de 21 ans, révèle que les hommes et les femmes partagent deux facteurs les rendant à risque de faire de l'intimidation en ligne : une faible capacité d'autocontrôle et avoir été soi-même victime de cyberintimidation dans le passé¹³. Les hommes qui passent plus de temps sur Facebook sont plus susceptibles de commettre de la cyberintimidation, alors que, pour les femmes, ce serait le fait d'avoir un large réseau « d'amis » Facebook. Ce large réseau leur offrirait le soutien nécessaire pour se sentir « justifiées » d'intimider une personne moins populaire.

Malheureusement, les adolescents victimes de cyberintimidation optent souvent pour le silence, de peur que leurs parents prennent des mesures pour que cesse l'intimidation, telles que leur retirer l'accès au téléphone cellulaire ou à Facebook, ou communiquer avec les parents des intimidateurs. Pourtant, tolérer l'intimidation vécue sur Facebook contribue à son maintien et à sa perpétration. Nous aborderons dans les prochaines lignes des stratégies comportementales permettant aux parents d'assurer une supervision des comportements de leurs adolescents sur Facebook.

12. Kwan, G.C.E., et Skoric, M.M. (2013). Facebook bullying: An extension of battles in school, *Computers in Human Behavior*, 29 (1), 16-25.

13. Marcum, C., Higgins, G.E., Freiburger, T.L., et Ricketts, M.L. (2013). Exploration of the cyberbullying victim/offender overlap by sex, *American Journal of Criminal Justice*, doi: 10.1007/s12103-013-9217-3.

Que faire comme parents ?

Thomas s'inquiète du réseau « d'amis » Facebook de sa fille Laura. Il a constaté que certains « amis » de cette dernière étaient plus âgés qu'elle de quelques années. En consultant leurs photos publiées sur Facebook, il en a remarqué certaines où les jeunes étaient photographiés lors de fêtes avec un air définitivement ivre et un verre d'alcool à la main. Thomas a peur que ces adolescents exercent une mauvaise influence sur Laura et qu'ils l'incitent à consommer de l'alcool avec eux. Voilà pourquoi Thomas et sa conjointe ont eu une longue conversation avec leur fille au cours de laquelle ils ont fait part de leurs inquiétudes, tout en lui offrant une écoute attentive.

L'adolescence est une période de découvertes au cours de laquelle sont explorés différents comportements, dont certains considérés à risque, tels que la consommation d'alcool ou de drogues, la conduite automobile dangereuse ou les activités sexuelles non protégées. Certains adolescents éprouvent une fierté à exposer sur leur profil Facebook les comportements à risque explorés, à l'instar de certains « amis » du réseau virtuel de Laura. Précisons que ces adolescents sont plus susceptibles de vivre des conséquences sérieuses, notamment d'attirer l'attention de cyberintimidateurs ou de prédateurs sexuels ou, encore, de compromettre des possibilités d'études ou d'emplois. Considérant ces risques, il importe d'enseigner aux adolescents à utiliser Facebook d'une façon adéquate et prudente, dans le respect de soi et des autres.

La supervision parentale aide à protéger les jeunes contre l'adoption de comportements à risque. Cependant, aucune étude n'a documenté si elle permet une utilisation sécuritaire de Facebook par les adolescents. La supervision parentale se définit par l'utilisation d'un ensemble de compétences et de stratégies comportementales déployées par les parents afin de rester informés des activités de leurs enfants, de partager leurs préoccupations et de leur offrir des balises cohérentes et flexibles pour encadrer leurs comportements. Comment, alors, un parent peut-il encadrer l'usage de Facebook ?

La discussion ouverte et franche, comme l'ont fait Thomas et sa conjointe avec leur fille Laura, s'avère une stratégie fondamentale et incontournable. Il est pertinent pour le parent de se montrer réceptif lors de ces discussions afin d'offrir un cadre d'ouverture dans lequel l'adolescent se sentira à l'aise de confier ses activités sur Facebook. Par ailleurs, le parent pourra mettre en garde son adolescent sur les divers

risques associés à l'utilisation de Facebook et sur les stratégies à mettre en place afin d'éviter d'éventuels dangers, tels que refuser les demandes d'amitié provenant d'inconnus, éviter de discuter en ligne avec des inconnus, publier des photos de profil appropriées et non suggestives, ne publier aucune information favorisant le vol d'identité (entre autres, la date de naissance), etc. Il serait aussi tout à fait pertinent pour un parent de vérifier avec son adolescent les paramètres de sécurité de son compte Facebook et de lui expliquer comment signaler à l'administration de Facebook des comportements inacceptables, tels les messages haineux ou de menace et la sollicitation sexuelle.

L'encadrement parental quant à l'utilisation de Facebook des adolescents plus jeunes s'avère sans doute plus aisé que pour des adolescents plus âgés. Par exemple, un parent d'adolescent de 13 ans pourrait demander l'accès à son profil Facebook et, ainsi, encadrer de près l'ajout de nouveaux « amis », le partage de photos, etc. Il pourrait aussi être adéquat de demander d'utiliser l'ordinateur dans les aires communes de la maison, où les activités du jeune peuvent être plus facilement supervisées. Puisque de nos jours plusieurs adolescents possèdent un téléphone intelligent avec accès à Internet partout où ils se trouvent, il est, bien sûr, très difficile d'exercer une surveillance constante. Ce n'est d'ailleurs pas l'objectif souhaité. Une écoute attentive et ouverte de son adolescent, une réceptivité et un partage d'information pourraient s'avérer l'approche parentale à privilégier pour favoriser une utilisation sécuritaire, respectueuse et profitable de Facebook.

L'AUTO-ÉVALUATION DE L'UTILISATION

Bien que les recherches scientifiques sur Facebook soient, à ce stade-ci, encore embryonnaires, certains constats émergent. Facebook représente un média social ayant des bénéfices, dont le divertissement, mais, surtout, la connexion sociale. Il est toutefois nécessaire que l'utilisation de Facebook ait lieu dans le respect de soi et des autres. Sinon, l'utilisateur n'est pas à l'abri des risques : répercussions négatives sur l'estime de soi, difficultés de couple, sentiment de perte de contrôle de son comportement sur Facebook, pour n'en nommer que quelques-uns. L'utilisateur prudent et averti peut minimiser ces risques. Est-ce le cas de Florence ?

Plus son inquiétude grandit face à son utilisation de Facebook, plus Florence comprend qu'elle doit remédier à la situation et se prendre en main. Ne sachant pas par où commencer, elle décide de parler de son malaise à sa grande amie Laurie-Anne. Au cours de cette conversation, Florence se confie, sans censure, sur les longues heures passées sur Facebook, les activités qu'elle y fait, la baisse draconienne de ses résultats scolaires et ses changements d'humeur. Après cette discussion, Florence se sent immédiatement soulagée, car Laurie-Anne s'est montrée tellement empathique et de bon conseil. Elle lui a suggéré, notamment, d'étudier à la bibliothèque, plutôt qu'à la maison, de façon à minimiser les tentations de naviguer sur Facebook. Elle lui a également proposé d'augmenter ses activités sociales, de téléphoner à ses amis, plutôt que de converser avec eux par la messagerie instantanée de Facebook, le tout afin de passer moins de temps sur ce média social. Florence se sent encouragée. Elle décide de se mettre en action dès le lendemain. Elle commencera par noter dans un tableau le temps passé quotidiennement sur Facebook afin de se fixer un objectif de diminution qui soit raisonnable pour elle.

Ce qui précède dans ce chapitre peut conduire le lecteur à se questionner sur son utilisation de Facebook. Le lecteur se pose possiblement la question suivante : « Mon utilisation de Facebook m'apporte-t-elle des conséquences négatives ? » Pour l'aider à porter un regard critique, les questions suivantes, inspirées de l'inventaire *Internet Addiction Test* et adaptées à l'exploration de comportements propres à Facebook, peuvent s'avérer utiles :

✓	Vous arrive-t-il de rester sur Facebook plus longtemps que vous en aviez l'intention au départ ?
✓	Vous arrive-t-il de négliger des tâches afin de passer plus de temps sur Facebook ?
✓	Vous arrive-t-il de préférer l'excitation ou l'amusement de Facebook à l'intimité de votre partenaire ?
✓	Vos proches vous reprochent-ils votre temps passé sur Facebook ?
✓	Arrive-t-il que vos performances au travail (ou en classe) ou votre productivité souffrent de votre utilisation de Facebook ?
✓	Vous arrive-t-il d'être sur la défensive ou de refuser de répondre si quelqu'un vous demande ce que vous faites lorsque vous êtes sur Facebook ?
✓	Vous arrive-t-il de chasser vos soucis ou vos émotions négatives en allant sur Facebook ?
✓	Vous arrive-t-il de manquer de sommeil parce que vous êtes resté tard sur Facebook ?
✓	Vous arrive-t-il d'essayer de diminuer le temps que vous passez sur Facebook, mais sans y arriver ?
✓	Vous arrive-t-il de vous sentir déprimé, de mauvaise humeur ou énervé lorsque vous n'êtes pas sur Facebook, puis de vous sentir mieux lorsque vous y êtes ?

Pour toute personne qui s'inquiète de son utilisation de Facebook, il est tout à fait possible d'apporter des modifications à ses habitudes sur les médias sociaux. L'exemple de Florence montre bien qu'il est possible de se mettre en action et d'apporter des changements à ses comportements virtuels. Une première étape peut être de demander conseil, écoute et aide à des proches, tout comme l'a fait Florence. Se fixer des limites raisonnables visant à encadrer ses comportements sur Facebook, les écrire sur papier et les afficher à un endroit bien en vue sont aussi de bonnes stratégies pour passer à l'action. Toutefois, pour les personnes qui présentent des difficultés à se mobiliser ou qui échouent dans leurs tentatives de changement, il est tout à fait possible d'avoir recours à de l'aide professionnelle.

RESSOURCES ET SITES INTERNET D'INTÉRÊT

- Unité de dépendances, Service de consultation de l'École de psychologie (Université Laval, Québec): 418-656-5490
Site Internet: <https://www.scep.ulaval.ca/cms/site/scep>
- Centre Cyber-Aide: 418-266-3186
Site Internet: <http://www.centrecyber-aide.com/>
Adresse courriel: info@centrecyber-aide.com
Ce site Internet donne également accès à une variété d'informations au sujet de la cyberdépendance: <http://cyberdependance.ca/cyberdependance.html>

LECTURES SUGGÉRÉES

- Błachnio, A., Przepiórka, A., et Rudnicka, P. (2013). Psychological determinants of using Facebook: A research review, *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29, 775-787.
- Cefrio (2013). Les adultes québécois toujours très actifs sur les médias sociaux, *NETtendances 2013*, 4 (1), 1-13.

- Nadeau, L., Acler, D., Kern, L., et Nadeau, C.-L. (2011). *La cyberdépendance : état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*. Montréal, Québec: Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Romo, L., Bioulac, S., Kern, L., et Michel, G. (2012). *La dépendance aux jeux vidéo et à Internet*. Paris: Dunod.
- Sergerie, M.-A. (2014). Cyberdépendance – La dépendance aux médias sociaux et à la technologie mobile, *Psychologie Québec*, 31 (2), 41-43.

VIDÉO SUGGÉRÉE

<http://zonevideo.telequebec.tv/media/9586/la-cyberdependance/les-francs-tireurs>

À propos des auteurs

De nombreux professeurs de l'École de psychologie de l'Université Laval, et un ancien professeur, spécialistes de l'une ou l'autre des questions traitées, ont contribué au présent ouvrage. Certains de ces professeurs ont été assistés dans la rédaction par des étudiants au doctorat, des professionnels de recherche ou une collègue d'une autre université.

Le premier chapitre porte sur la psychologie de la personnalité et est rédigé par **Louis Diguier**. M. Diguier est un professeur permanent de l'École depuis 1995. Il dirige des recherches cliniques sur la validité du modèle de structures de la personnalité de Kernberg et sur le traitement et l'évaluation des troubles de la personnalité et, en général, de la psychopathologie grave. Il s'intéresse aussi aux phénomènes relationnels activés en psychothérapie et à leurs répercussions sur l'évolution de la psychothérapie. Il collabore avec les membres des équipes de recherche de l'Institute for Personality Disorders (New York Hospital de la Cornell University). Enfin, M. Diguier participe activement à la formation continue de professionnels en santé mentale ainsi qu'à la formation clinique des étudiants des cycles supérieurs au Service de consultation de l'École de psychologie.

Dans le deuxième chapitre, **Célyne Bastien, Jérémie Lefrançois, Patrick St-Hilaire, Alexandra D. Pérusse, Christine Rancourt et Maude Pedneault-Drolet** cherchent à faire comprendre la place et les déterminants des rêves. Détentrice d'un doctorat en psychologie expérimentale de l'Université d'Ottawa, madame Bastien a effectué deux stages

postdoctoraux, l'un au Centre du sommeil de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'autre au Centre des troubles du sommeil du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Professeure à l'École de psychologie depuis 2006 où elle enseigne notamment le cours sur le sommeil et les rêves, madame Bastien est une spécialiste de la lecture des ondes du cerveau en état de sommeil et de veille chez les personnes souffrant d'insomnie. Elle collabore activement à de nombreux projets de recherche sur l'insomnie, les difficultés de sommeil associées au cancer, le travail de nuit et les rythmes circadiens. Elle occupe depuis longtemps des postes de direction dans la Société canadienne du sommeil et est présentement responsable des communications de cette même société. Les cinq coauteurs font des travaux de recherche dans le domaine du sommeil sous la supervision de madame Bastien.

Le chapitre portant sur les troubles de l'alimentation est l'œuvre de **Catherine Bégin** et **Marie-Pierre Gagnon-Girouard**. Après avoir été notamment responsable de formation pratique au Service de consultation de l'École de psychologie et psychologue au sein de l'équipe spécialisée sur les troubles des conduites alimentaires du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL-CHUQ), madame Bégin a joint en 2003 le corps professoral de l'École de psychologie. Les travaux de recherche de madame Bégin portent sur l'identification des facteurs prédisposant à l'anorexie, à la boulimie et à l'obésité, ainsi que sur l'efficacité des programmes de traitement offerts aux personnes qui souffrent d'obésité ou d'un trouble des conduites alimentaires. Madame Bégin dirige l'Unité spécialisée en évaluation et traitement des problématiques reliés au poids et à l'alimentation du Service de consultation de l'École de psychologie et participe activement à la formation professionnelle des étudiants de doctorat en psychologie. Madame Gagnon-Girouard a terminé son doctorat en psychologie sous la supervision de Catherine Bégin. Elle est présentement professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et s'intéresse aux dimensions psychologiques de la régulation du poids et de l'obésité.

Martin D. Provencher, **Christine Mirabel-Sarron** et **Isabelle Soucy Chartier** signent le chapitre sur la dépression et les troubles de l'humeur. Professeur à l'École de psychologie depuis 2006, M. Provencher dirige l'Unité de thérapie cognitive comportementale (TCC) au Service

de consultation de l'École. Il est chercheur à l'IUSMQ et au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval. M. Provencher avait auparavant occupé un poste de psychologue clinicien à la Clinique des troubles de l'humeur de l'IUSMQ ainsi qu'un poste de clinicien-chercheur à l'Unité de TCC de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Membre fondateur et président sortant de l'Association canadienne des TCC, M. Provencher s'intéresse au traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, en particulier le trouble bipolaire, la dépression et le trouble d'anxiété généralisée. Madame Mirabel-Sarron est praticienne à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris et ex-présidente de l'Association française de TCC. Psychiatre et docteure en psychologie clinique et pathologique, elle enseigne notamment à l'Université Paris Descartes. Candidate au doctorat sous la supervision de M. Provencher, madame Soucy Chartier travaille actuellement à Québec dans les centres de santé « TheraVie » dont elle est cofondatrice.

Martine Simard, Jessica Talon et Laurence Brunelle-Hamann sont les auteures du chapitre sur le diagnostic et le traitement de la maladie d'Alzheimer. Professeure à l'École de psychologie et chercheuse au Centre de recherche de l'IUSMQ depuis 2003, madame Simard avait auparavant été chercheuse postdoctorale au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto et au Baycrest Centre for Geriatric Care. Elle a aussi occupé un poste de professeure à l'École de psychologie de l'Université de Moncton au Nouveau-Brunswick et au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Madame Simard est spécialisée en neuropsychologie gériatrique et en neuropharmacologie. Ses activités de recherche, ses publications scientifiques et son enseignement portent sur le diagnostic précoce des démences telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, ainsi que sur le traitement de ces troubles neurodégénératifs. Jessica Talon et Laurence Brunelle-Hamann sont étudiantes au doctorat en psychologie, concentration neuropsychologie, sous la supervision de madame Simard.

Geneviève Belleville signe le chapitre sur l'état de stress post-traumatique. Elle est professeure à l'École de psychologie et chercheuse associée au Centre d'étude du trauma du Centre de recherche Fernand-Seguin. Ses intérêts de recherche et de clinique portent sur les troubles anxieux. Elle a publié une trentaine d'articles scientifiques à ce sujet et a fait plus d'une soixantaine de présentations de ses résultats de

recherche, tant au Québec qu'au niveau international. Elle est engagée activement dans la formation clinique des futurs psychologues de l'Université Laval en offrant de la supervision dans l'évaluation et le traitement des troubles anxieux. En 2014, elle a publié aux Presses de l'Université Laval (PUL) le livre intitulé *Assieds-toi et écris ta thèse! Trucs pratiques et motivationnels* destiné aux étudiants universitaires des cycles supérieurs qui rédigent ou auront à rédiger une thèse, un mémoire ou un essai.

Le chapitre sur la psychologie et la religion est rédigé par **Jean-Marie Boisvert**. Actuellement professeur associé et professeur à la retraite de l'École de psychologie où il a enseigné pendant 17 ans, monsieur Boisvert a fait des recherches sur les relations de couple et sur la prévention des conflits conjugaux chez les jeunes couples. Il a auparavant été professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et psychologue clinicien à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine. À cet hôpital, il a fondé le Module de thérapie cognitivo-comportementale (TCC); il a aussi été cofondateur de l'Association scientifique de modification du comportement. Il a fait partie d'une équipe de recherche portant sur le développement et la validation empirique d'interventions psychologiques. M. Boisvert, qui fait de la psychothérapie de couple et de la psychothérapie individuelle depuis plus de 30 ans, a formé et forme toujours des étudiants en psychologie, des psychologues et des psychiatres en psychothérapie individuelle et en psychothérapie de couple autant en Europe qu'au Québec.

Le chapitre sur la face cachée de Facebook est offert par **Isabelle Giroux, Annie Goulet et Christian Jacques**. Professeure à l'École de psychologie depuis 2007, madame Giroux possède plus de 15 années d'expertise en tant que chercheuse et clinicienne en psychologie des jeux de hasard et d'argent. Ses intérêts de recherche portent sur les dépendances comportementales. Membre du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire, elle est directrice du Groupe de recherche sur l'intervention et les fondements en jeu (GRIF-Jeu) et du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPT), qui, au fil des années, a acquis une renommée internationale par la qualité de ses recherches. Madame Giroux a également fondé en 2008 une unité de traitement des dépendances au Service de consultation de l'École de psychologie, unité qui s'intéresse entre autres aux nouvelles dépendances liées à Internet et aux

médias sociaux. Pour l'assister dans la rédaction de ce chapitre, madame Giroux a pu compter sur l'expertise d'Annie Goulet et Christian Jacques, professionnels de recherche et membres du CQEPTJ et du GRIF-Jeu.

L'ouvrage est sous la direction de **Simon Grondin**. Professeur à l'École de psychologie, M. Grondin est un spécialiste des mécanismes fondamentaux de la cognition, et plus précisément du temps psychologique. Il a notamment occupé des fonctions de rédacteur en chef adjoint pour *Psychologie canadienne*, de rédacteur en chef pour la *Revue canadienne de psychologie expérimentale* et est depuis 2006 rédacteur adjoint pour la revue *Attention, Perception and Psychophysics*. Il est l'auteur des livres *Psychologie de la perception* et *Le hockey vu du divan* parus aux PUL en 2013 et 2012, respectivement. Il a aussi dirigé la rédaction de *Psychology of time*, paru en 2008, de même que le premier volume de *La psychologie au quotidien* paru aux PUL en 2012.

Vous pouvez contacter le premier auteur de chacun des chapitres à l'adresse suivante :

École de psychologie
Pavillon Félix-Antoine-Savard
2325, rue des Bibliothèques
Université Laval
Québec (Québec)
G1V 0A6

Par téléphone : 418-656-2131

Par télécopieur : 418-656-3646

Par courriel : Celyne.Bastien@psy.ulaval.ca
Catherine.Begin@psy.ulaval.ca
Genevieve.Belleville@psy.ulaval.ca
Jean-Marie.Boisvert@psy.ulaval.ca
Louis.Diguer@psy.ulaval.ca
Isabelle.Giroux@psy.ulaval.ca
Simon.Grondin@psy.ulaval.ca
Martin.Provencher@psy.ulaval.ca
Martine.Simard@psy.ulaval.ca

Vous pouvez visiter la page Web de l'École de psychologie :
<http://www.psy.ulaval.ca/>

La psychologie au quotidien 2



Les thèmes abordés dans ce deuxième volume de « La psychologie au quotidien » sont différents de ceux abordés dans le premier. Cette fois-ci, des réponses sont apportées aux questions suivantes : Peut-on vraiment avoir du contrôle sur son poids ? Peut-on guérir d'un choc post-traumatique ? Qu'est-ce qu'une personnalité normale et une personnalité pathologique ? Les rêves sont-ils liés à la personnalité ? Comment peut-on reconnaître les symptômes dépressifs ? Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection de la maladie d'Alzheimer ? Comment intervient le facteur religieux dans le fonctionnement social et les contacts interpersonnels ? Quels sont les dérapages les plus fréquents liés à l'utilisation de Facebook ?

Comme dans le premier volume, les auteurs définissent des troubles psychologiques afin d'aider le lecteur à les identifier au quotidien. Ils donnent des pistes de solution concrètes pour aider à composer avec ces troubles et pour évaluer si une aide psychologique extérieure est nécessaire. On y indique aussi où aller chercher une telle aide.

Ce livre est le fruit de la collaboration de huit professeurs et un professeur retraité de l'École de psychologie de l'Université Laval. Chaque chapitre est pris en charge par un de ces professeurs. Dans quelques cas, ceux-ci ont été assistés par des collègues d'autres institutions universitaires ou des membres de leur laboratoire de recherche.

Les auteurs verseront à **Centraide** les redevances découlant de la vente du livre.



Disponible également
ISBN : 978-2-7637-9845-5

Illustration de couverture : iStockphoto

www.pulaval.com

ISBN 978-2-7637-2526-



9 782763 725260



Presses de
l'Université
Laval

Psychologie