

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
CÉLINE GRANDMONT

ÉTUDE COMPARATIVE DES CARACTÉRISTIQUES DE PERSONNALITÉ
CHEZ DES SUJETS CORONARIENS ET EN SANTÉ,
ÂGÉS DE 45 À 64 ANS.

MARS 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La présente recherche s'intéresse à la personnalité comme facteur de risque des maladies coronariennes. Beaucoup de scientifiques ont tenté de faire le lien entre la personnalité et la maladie. Plusieurs concepts ont été établis, puis critiqués et délaissés à cause des nombreux biais de recherche. Eysenck affirme avoir fait ce lien. Il a créé un Inventaire des réactions interpersonnelles au stress qui identifie les prédispositions de l'individu aux différentes maladies. L'objet de la présente recherche consiste à vérifier si l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990), établit le lien entre la personnalité des individus et les maladies coronariennes chez les Québécois de souche. Pour ce faire, des sujets en santé (n=67) sont comparés à des sujets souffrant de maladies coronariennes (n=54). Ces sujets sont recrutés au hasard. Les instruments de mesure utilisés sont un questionnaire de renseignements généraux et l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990). Les données sont soumises à des analyses de distribution de fréquences et à des analyses de variance. Les résultats indiquent que les coronariens ont un taux de facteurs de risque physiques

significativement plus élevé que les sujets en santé, et que leurs tendances de personnalité les prédisposent de façon significative aux maladies coronariennes. Ils indiquent aussi qu'une différence significative existe entre les scores des angineux et ceux des infarctisés, à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress. En somme, les sujets sains diffèrent des sujets coronariens sur les facteurs de risque physiques et psychosociaux et leurs caractéristiques de personnalité qui, selon Eysenck, réfère à la façon de réagir au stress. L'approche théorique avancée par Eysenck rejoint en certains points celle de Lazarus et servira de base à l'interprétation et à la discussion des données. Une conscientisation par rapport aux facteurs de risque pourrait permettre de modifier certaines habitudes nuisibles et prévenir la maladie. Ainsi, l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pourrait servir d'outil de prévention.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Remerciements.....	vii
Introduction	1
Chapitre 1: Contexte théorique	5
L'athérosclérose.....	6
L'angine de poitrine.....	8
L'infarctus du myocarde.....	8
L'évolution des concepts.....	9
Polémique au sujet du Type A.....	11
Comportements de Type A et maladies coronariennes...	13
Eysenck: Sa théorie.....	15
Description des six tendances.....	18
Le concept de prédisposition.....	21
Les facteurs de risque.....	33
Résumé.....	43
Hypothèses.....	45
Chapitre 2: Méthode	46
Sujets.....	49
Instruments de mesure.....	56
Déroulement.....	59
Chapitre 3: Résultats	61

Chapitre 4: Discussion	71
Conclusion	93
Références	98
Appendices	112
Appendice A : Formulaire de présentation de la recherche.....	113
Appendice B : Renseignements généraux.....	114
Appendice C :Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress.....	118

Liste des tableaux

Tableau

1	Distribution de la scolarisation pour les deux échantillons de recherche.....	51
2	Distribution du revenu annuel pour les couples des deux échantillons de recherche.....	52
3	Distribution des fréquences de l'occupation pour les deux échantillons de recherche.....	54
4	Moyennes et écarts-types à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pour les deux échantillons de recherche.....	66
5	Moyennes et écarts-types à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pour les hommes en santé et coronariens.....	67
6	Résultats des angineux et des infarctisés à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pour les Tendances II et IV.....	68

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa gratitude à monsieur Bertrand Roy, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, directeur de ce mémoire, pour son soutien et ses conseils judicieux donnés avec tact et diplomatie. Par son expertise et son écoute attentive, il a su apporter une assistance constante et éclairée tout au long de cette recherche faisant de celle-ci une expérience grandissante.

Introduction

Au Québec, les maladies cardio-vasculaires comptent pour 37% de tous les décès (Fondation des maladies du coeur, 1995). En 1993, l'infarctus du myocarde cause la mort de 16.4% des hommes et de 9.3% des femmes, dans la population âgée de 45 à 64 ans (Bureau de la statistique du Québec, 1995).

Prévenir ces maladies améliorerait grandement la qualité et la longévité de la vie. Pour y arriver, nous devons en connaître les causes et les façons de les supprimer.

Encore aujourd'hui, l'ensemble de la problématique demeure. On sait que les causes sont physiques et psychiques et qu'elles s'influencent mutuellement. Définir les causes somatiques et intervenir pour éliminer les symptômes est déjà réussi en partie. Par contre, le phénomène de l'athérosclérose qui semble fortement influencé par le psychique reste obscur.

L'athérosclérose est la cause première des maladies coronariennes. Mais, la question persiste: Comment peut-on prévenir ces maladies?

Les facteurs de risque biologiques associés aux maladies coronariennes sont déjà bien connus. Cependant, ils ne comptent que pour la moitié de l'explication, l'autre 50% étant expliqué par le comportement de l'individu et les facteurs sociaux. L'importance du psychisme dans le développement et l'avènement des maladies coronariennes ne fait plus de doute, malgré que le lien entre la personnalité et ces maladies demeure difficile à établir nettement. En 1959, Friedman et Rosenman élaborent un concept de comportement relié de près à ces maladies, le patron de comportement de Type A. Depuis, beaucoup de recherches nuancent, critiquent et contredisent leurs résultats. Puis, Eysenck et Grossarth-Maticek (1990) font le lien entre certaines tendances de personnalité et la prédisposition aux maladies coronariennes. La composante psychique qui influence ces maladies est bien définie et peut être identifiée à l'aide de leur Inventaire des réactions interpersonnelles au stress.

L'objectif de la présente recherche est de vérifier si l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990) mesure bien les tendances comportementales des Québécois, et renseigne de façon pertinente sur leurs prédispositions aux maladies.

Le premier chapitre expose des notions théoriques sur les maladies coronariennes et l'évolution des concepts

psychologiques qui leur sont associés. Il décrit la théorie avancée par Eysenck et en identifie les six tendances. Enfin, il présente les facteurs de risque potentiels de ces maladies, et énonce les hypothèses de recherche. Le chapitre 2 rapporte la méthode employée. Il décrit les sujets concernés et commente la procédure ainsi que les questionnaires utilisés pour la cueillette des données. Le chapitre 3 introduit les méthodes statistiques employées et les résultats. Le dernier chapitre discute les résultats obtenus. La conclusion dresse une critique objective de la présente recherche et suggère des pistes de recherche à exploiter.

Contexte théorique

Ce premier chapitre définit l'athérosclérose, l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde, présente l'évolution des concepts reliant la personnalité et les maladies coronariennes et énonce la théorie mise au point par Eysenck. Une section portant sur les facteurs de risque précède l'énoncé des hypothèses et le résumé.

La compréhension du phénomène de l'athérosclérose est à la base de la prévention des maladies coronariennes. L'athérosclérose est bien définie, c'est son processus de développement qui demeure indéterminé.

L'athérosclérose

La pathologie touchant les artères coronaires est l'athérosclérose. Elle consiste en un dépôt de matières grasses le long de la paroi interne des artères coronaires provoquant un rétrécissement de leur lumière. Si cette obstruction atteint un degré tel que l'apport sanguin devienne insuffisant par rapport aux besoins du myocarde, il en découle plusieurs manifestations cliniques pathogènes comme des douleurs angineuses, un infarctus du myocarde, de l'insuffisance coronarienne, ou une combinaison de toutes ces pathologies (Meltzer, Pinneo & Kitchell, 1970; Kennedy, Matthieu, Lambany, Dupuis, Perrault & David, 1988).

L'athérosclérose demeure un phénomène complexe difficilement intelligible pour les chercheurs. Booth-Kewly et Friedman (1987) soutiennent que l'athérosclérose peut survenir dans toutes les artères du corps et causer divers dommages. D'autres chercheurs affirment que les facteurs psychologiques affectent les artères du corps entier (Cottier, Adler, Vorkauf, Gerber, Hefer & Hurney, 1983; Stevens, Turner, Rhodewalt & Talbot, 1984). Les résultats d'études ayant évalué plusieurs traits de personnalité susceptibles de conduire à l'athérosclérose se contredisent (Dimsdale, Hackett, Hutter, Block & Catanzano, 1978; Cottier et al. 1983). Les chercheurs concluent que, parce que des processus complexes sont impliqués, les facteurs psychologiques pourraient avoir des impacts différents selon les pathologies en cause.

Ainsi, les chercheurs formulent plusieurs hypothèses. Celle concernant les mécanismes par lesquels les facteurs psychosociaux potentialisent le développement des lésions, établit qu'une excitation excessive et chronique du système nerveux sympathique et des réactions neuroendocrines aiguës au stress pourraient contribuer à l'athérosclérose (Dembroski & MacDougall, 1982; Manuck, Kaplan & Matthews, 1986). Langeluddecke et Tennant (1986) croient que le lien significatif entre le névrosisme, le trait anxieux, la tension, l'hostilité et les scores du Type A, suggère que le

Type A est associé à une hausse psychophysiologique. Ce dernier consiste en des comportements tels la compétitivité ou l'urgence du temps, qui augmentent la réactivité physiologique (pouls, tension artérielle, sécrétion de norépinéphrine). Ces résultats sont en accord avec quelques études dont celles de Smith (1984) et de Stevens et al. (1984).

L'angine de poitrine

L'angine de poitrine est souvent la manifestation initiale de l'athérosclérose. Elle consiste en une douleur constrictive causée par un manque d'oxygène au myocarde. Lors d'un travail excessif ou d'un exercice, la demande faite au muscle cardiaque augmente: le besoin en oxygène s'accroît. Les artères coronaires rétrécies ne réussissent plus à combler ce plus grand besoin. Le symptôme manifestant ce manque apparaît, c'est la douleur angineuse. L'ischémie cardiaque temporaire causée par la diminution de l'apport sanguin au myocarde est la cause de cette pathologie (Meltzer et al. 1970).

L'infarctus du myocarde

Si le manque d'oxygène au myocarde est important et prolongé et qu'il y a nécrose du tissu cardiaque, il est alors question d'un infarctus du myocarde (Meltzer et al. 1970). L'étendue et le site de l'infarctus jouent un rôle

primordial quant aux complications possibles qui peuvent aller de la simple arythmie à la mort du sujet.

Malgré le développement des connaissances concernant les maladies cardiovasculaires, une certaine confusion à propos de la nature et de la fiabilité des relations entre les facteurs psychologiques et ces maladies persiste.

L'évolution des concepts

À l'époque d'Hippocrate et de Galien, on prend pour acquis que les facteurs psychosociaux sont prépondérants dans l'avènement et le développement des maladies (LeShan, 1959; Rosch, 1979, 1980). Ces croyances sont soutenues uniquement à partir d'observations systématiques. En identifiant les causes spécifiques des maladies (streptocoque, staphylocoque) Pasteur donne naissance à une approche plus concrète.

En 1910, le père de la médecine anglaise, Sir William Osler, ajoute qu'il est souvent plus important de savoir qui contracte la maladie que de savoir de quelle maladie souffre la personne. Il note que les personnes sous l'emprise de la pression du temps sont prédisposées à souffrir d'angine. On peut dorénavant relier certains traits de personnalité aux maladies coronariennes en se basant sur l'observation clinique de ces malades (Eysenck, 1993). Menninger et Menninger, en 1936, rallient les maladies coronariennes à

une préoccupation compulsive de réussite, à une intense compétitivité et à de l'agressivité (Dembroski & MacDougall, 1982; Deary, Fowkes, Donnan & Housley, 1994).

Toutefois, ce n'est pas avant 1959, que Friedman et Rosenman regroupent quelques caractéristiques en un concept de comportement cohérent qu'ils désignent sous le nom de patron de comportement de Type A (Dembroski & MacDougall, 1982; Price, 1982). Afin de définir ce patron de comportement, ils créent une entrevue de diagnostic structurée dans laquelle les styles de voix, les particularités motrices et le contenu des réponses sont utilisés pour classer les sujets dans les Types A ou B (Rosenman, 1978; Rosenman, Swan & Carmelli, 1988). C'est dans la Western Collaborative Group Study, première étude prospective majeure désignée pour examiner le risque coronarien des sujets de Type A, qu'ils élaborent ce concept (Friedman & Rosenman, 1959; Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Kositchek, Hahn & Werthessen, 1964). Ce dernier est défini comme étant un complexe action-réaction impliquant 1) des dispositions comportementales : ambition, compétitivité, agressivité, impatience ; 2) des comportements spécifiques : tension musculaire, vigilance, allure accélérée pour toute activité ; 3) des réponses émotives : irritation, hostilité, colère (Rosenman et al. 1988). Les résultats de cette étude rapportent que les sujets classés dans le Type A, à l'aide

de l'Entrevue de diagnostic structurée, ont deux fois plus de risque de développer des maladies coronariennes que les sujets de Type B. Ces conclusions ont aiguisé la curiosité des scientifiques et ont suscité des recherches étudiant les diverses associations entre la maladie, les symptômes, les facteurs psychosociaux et les traits de personnalité. Parce que les résultats se contredisent souvent, une polémique s'installe.

Polémique au sujet du Type A

En 1983, Eysenck et Fulker démontrent que le concept du comportement de Type A n'est pas unidimensionnel. Quelques-uns des comportements qui lui sont associés ont une corrélation positive avec l'extraversion et le névrosisme, quoique ces deux aspects ne soient pas reliés entre eux (Eysenck & Fulker, 1983). Friedman et Booth-Kewly (1987) ainsi que Matthews (1988), portent une attention particulière à l'importance du comportement hostile et agressif dans les relations des maladies cardiaques. Les résultats des études varient selon les tests utilisés, la définition que l'on donne à l'hostilité et le contrôle de certains facteurs de risque cardiovasculaires (Friedman & Booth-Kewley, 1988; Leon, Murray, Finn & Bailey, 1988; Helmer, Ragland & Syme, 1991; Weekes & Waterhouse, 1991; Engebretson & Matthews, 1992; Smith, 1992). D'autres chercheurs établissent un lien entre les maladies

coronariennes, le névrosisme et l'anxiété (Smith, 1984; Byrne & Rosenman, 1986). Bien que certaines mesures du comportement de Type A semblent avoir une corrélation entre elles (extraversion, impulsivité), Chesney, Black, Chadwick & Rosenman (1981) ainsi que Langeluddecke et Tennant (1986) ont démontré que la corrélation entre les échelles de comportement définissant le Type A et l'Entrevue de diagnostic structurée est très faible (0.20 à 0.28). En effet, les sujets de Type A classifiés par l'Entrevue de diagnostic structurée, ne révèlent pas davantage d'état ou de trait d'anxiété, de symptômes névrotiques ou somatiques, ou de dépression que les sujets de Type B. Ceci nous amène à nous questionner sur la présence d'un lien véritable entre les maladies coronariennes et le patron de comportement de Type A.

Certaines constatations discréditent ce lien. Ce concept de patron de comportement a souvent été utilisé comme le synonyme de comportement de Type A évalué à partir de l'Entrevue de diagnostic structurée (Dembroski & MacDougall, 1982) ou d'un rapport personnel, l'Inventaire des activités de Jenkins (Jenkins, Rosenman & Friedman, 1967; Friedman & Booth-Kewley, 1988). Ceci a apporté beaucoup de confusion surtout que le concept du Type A semble avoir été employé différemment d'une étude à l'autre (Booth-Kewley & Friedman, 1987). En 1991, une méta-analyse de l'Association

américaine de psychiatrie conclut qu'il n'y a pas d'association significative entre le patron de comportement de Type A et les maladies coronariennes, même chez les sujets à haut risque (Goldstein & Niaura, 1992). Un nombre croissant d'études rapporte une faible validité de construit pour le Type A (Blumenthal, Williams, Kong, Schanberg & Thompson, 1978; Dimsdale et al. 1978; Manuck et al. 1986; Eysenck, 1991; Helmer et al. 1991; Myrtek, 1995). Il semble qu'il soit erroné de voir la personnalité de Type A comme un concept global, car certains traits du Type A ont une corrélation positive entre eux alors que pour d'autres, la corrélation est négative (Eysenck & Fulker, 1983). Face à cette controverse, les chercheurs orientent leurs études vers les comportements pouvant conduire aux maladies coronariennes.

Comportements de Type A et maladies coronariennes

Durant la dernière décennie, les chercheurs ont tenté d'identifier les patrons de comportements spécifiques de Type A contribuant au risque de maladies coronariennes (Manuck et al. 1986; Friedman & Booth-Kewly, 1987). Différents tests comme l'Inventaire de Buss-Durkee (1957) et l'Inventaire d'hostilité de Cook-Medley (1954) ont été utilisés dans le but d'établir la relation entre les rapports personnels à propos de traits comportementaux spécifiques et la maladie coronarienne (Cramer, 1991;

Robbins, Spence & Clark, 1991; Smith & Brown, 1991; Weekes & Waterhouse, 1991).

Dans une méta-analyse, Booth-Kewley et Friedman (1987), concluent que les scores de Type A déterminés par l'Entrevue de diagnostic structurée et l'Inventaire des activités de Jenkins sont modérément reliés aux maladies coronariennes, la colère et l'hostilité étant les composantes les plus prédictives. Ils croient que la dépression et l'anxiété, indépendantes du Type A, sont aussi rattachées à ces maladies. Selon ces chercheurs, le Type A est un concept utile, mais il devrait être considéré uniquement comme étant une composante de la personnalité prédisposant aux maladies coronariennes. Ils se demandent également, si les différentes variables de personnalité sont liées de la même façon aux diverses pathologies cardiaques (angine, infarctus).

Quelques-uns des problèmes du comportement de type A comme concept sont probablement dus aux propriétés psychométriques des échelles utilisées (Booth-Kewley & Friedman, 1987). Comme Eysenck et Fulker (1983) le démontrent, le concept semble multidimensionnel. Il ressort maintenant que seulement certains éléments du concept du comportement de type A sont associés aux maladies coronariennes, notamment, la colère, l'hostilité et l'agressivité (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Eysenck,

1990). En accord avec cette conclusion, Eysenck élabore sa propre théorie.

Eysenck: Sa théorie

Eysenck formule une théorie plus globale qui établit essentiellement que le fait de développer une maladie dépend de la réaction de l'individu aux stress interpersonnels.

Le stress est un sujet complexe qui a été étudié selon diverses perspectives et il semble que la théorie avancée par Eysenck en englobe plusieurs. Ainsi, la perspective physiologique de Selye où le corps est en adaptation constante à l'environnement (réponses physiologiques; augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle, modification du système immunitaire...), est à la base des réactions de l'individu à son environnement. La perspective sociologique où le milieu et les conditions de vie sont considérés comme des stressseurs correspond à l'aspect interpersonnel cité par Eysenck. Enfin, son approche cognitive rejoint fortement celle de Lazarus pour qui la maladie devient un indicateur de stress. Le modèle de « coping » de Lazarus propose que le sujet évalue la situation à partir 1) du stimulus original, 2) de ses caractéristiques psychologiques (motivations, croyances, expériences, ressources) 3) et des normes culturelles. Les caractéristiques de la personne (âge, sexe, scolarité,

revenu, support social...) s'ajoutent en tant qu'aspect théorique du modèle. Elles ont une influence indirecte sur le stress (Lemyre, 1986).

Eysenck croit qu'une variable environnementale seule, ou une certaine caractéristique de personnalité seule, ne peuvent causer le stress; c'est l'évaluation particulière de l'environnement par l'individu qui est décisive dans le développement du stress. Ceci signifie que l'investigation de relations isolées entre la maladie et l'environnement et entre la maladie et la personnalité ne suffit pas, quand la maladie survient (Eysenck, 1988b). Eysenck (1985) insiste sur le fait qu'une description objective du stress ne peut se limiter à la situation seulement, mais doit être en relation avec la réaction de l'organisme à ce stress. Il fait une distinction entre le stress et la tension, le stress étant la situation objective qui affecte l'individu et la tension, la réaction produite chez l'individu par le stress extérieur imposé. La tension dépend du type spécifique de stress utilisé et de la personnalité de l'individu qui réagit. Cette distinction est absolument vitale pour comprendre l'impact du stress dans les maladies physiques. Malheureusement, elle est très négligée dans les écrits.

Par leurs études prospectives réalisées en Yougoslavie et en Allemagne à partir de 1965, Eysenck et Grossarth-

Maticsek confirment qu'il existe une certaine relation entre le stress et la maladie. Pour les besoins de ces études, ils mettent au point un inventaire divisant la personnalité en six tendances basées sur des caractéristiques rapportées par le sujet lui-même lors d'un stress interpersonnel (Grossarth-Maticsek, Eysenck & Vetter, 1988). Ces tendances sont: Tendance I: sous-stimulation (prédisposition au cancer); Tendance II: suractivation (prédisposition aux maladies coronariennes); Tendance III: ambivalence (moindre risque pour les maladies); Tendance IV: autonomie (personnes en santé); Tendance V: rationalisation (prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde); Tendance VI: psychopathie (dépendance possible aux drogues). En se rapportant aux recherches publiées, il demeure difficile de déterminer si ces tendances sont considérées comme des types de personnalité ou des patrons de comportement. La plupart des caractéristiques associées avec les réactions des sujets de Tendance II sont synonymes d'expressions utilisées comme traits de personnalité. Si les traits de personnalité sont stables (Heatherton & Weinberger, 1994) et que le concept de tendance tel qu'utilisé ici tend à changer (Grossarth-Maticsek & Eysenck, 1989), alors l'hypothèse logique est que ce sont des patrons de comportement (Espnes, 1995).

Description des six tendances

Tendance I : Sous-stimulation (prédisposition au cancer)

Le bien-être et le bonheur des personnes qui obtiennent un score élevé à cette échelle dépendent essentiellement de la présence d'un objet significatif. Ces individus n'arrivent pas à mettre une distance entre eux et l'objet; ils sont dépendants de lui. Comme ils ne peuvent atteindre cet objet et doivent en demeurer distanciés, un stress énorme en découle.

Tendance II : Suractivation (prédisposition aux maladies coronariennes).

Les personnes obtenant un score élevé à cette échelle, montrent une disposition permanente à considérer un objet significatif comme la plus importante cause de leur détresse et de leur malheur. Le rejet par cet objet s'il s'agit d'une personne, ou l'incapacité de l'atteindre dans le cas d'un succès occupationnel, par exemple, est vécu comme une expérience traumatisante. Incapables de se désengager de l'objet, elles demeurent en contact avec ces personnes et situations évaluées négativement et émotionnellement dérangeantes.

Où les personnes de Tendance I cherchent à se rapprocher de l'objet de leurs désirs et expérimentent l'incapacité à le faire en terme de désespoir et d'impuissance, les personnes de Tendance II sont incapables de se distancier de l'objet et vivent de la colère, de l'agression et une suractivation.

Tendance III: Ambivalence

Un score élevé à cette échelle, se caractérise par une alternance des réactions de la Tendance I à celles de la Tendance II et inversement. Ces personnes montrent une disposition permanente à considérer un objet significatif comme la plus importante condition, tantôt pour leur bien-être, tantôt pour leur tristesse. Les sentiments de désespoir et d'impuissance alternent avec ceux de colère et de suractivation.

Les réactions typiques des personnes de Tendances I, II et III indiquent une dépendance à un objet fortement évalué, et sont caractérisées par une constante contradiction entre leurs attentes et les conséquences de leurs actions.

Tendance IV: Autonomie personnelle (en santé)

Ce qui particularise les personnes qui obtiennent un score élevé à cette échelle est leur disposition à considérer leur autonomie et celle des personnes avec qui

elles veulent entrer en contact, comme la condition la plus importante pour leur bien-être et leur bonheur. Les personnes des Tendances I et II montrent une dépendance aux objets significatifs, ce qui engage leurs émotions, mais elles ne peuvent demeurer autonomes lorsque ces objets sont retirés ou laissés hors d'atteinte; c'est ce qui constitue le stress qui selon Eysenck et Grossarth-Maticek (1990), conduit au cancer et aux maladies coronariennes. Les personnes de la Tendance IV sont capables de composer avec cette situation grâce à leur habileté à préserver leur autonomie. Elles peuvent ainsi éviter la réaction au stress.

Tendance V : Rationalisation (prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde)

Les gens qui ont un score élevé à cette échelle se distinguent par le fait qu'ils tentent de composer avec le stress en faisant appel à la raison ainsi qu'à la logique et en supprimant leurs réactions émotionnelles. Ils montrent des tendances rationnelles et anti-émotives.

Tendance VI: Psychopathie (prédisposition à la consommation de drogues)

Les personnes psychopates et égocentriques obtiennent un score élevé à cette échelle. Elles sont antisociales, possiblement criminelles et dépendantes des drogues.

En d'autres termes, l'échec de la relation avec la personne importante ou les buts visés, est perçu comme étant inévitable par les personnes des Tendances I et II, alors que pour les personnes de la Tendance IV qui possèdent la capacité de composer avec la situation, le stress demeure évitable. Subir ce stress inévitable, est relié de près au développement de la maladie, tandis que le stress évitable ne l'est pas (Sklar & Anisman, 1979, 1981). Il est évident que les personnes de la Tendance IV sont moins susceptibles que les personnes des Tendances I, II et III de souffrir de cancer ou de maladies coronariennes. Et parce qu'elles alternent d'une réaction à une autre, les personnes de Tendance III sont aussi moins prédisposées à la maladie, c'est ce qu'affirme Grossarth-Maticek à partir de son concept de prédisposition.

Le concept de prédisposition

Le concept présenté par Grossarth-Maticek (Grossarth-Maticek et al. 1988) englobe pour une large part la théorie du renforcement de Miller (1959), touchant les mécanismes de rapprochement et d'évitement. En accord avec les théories traditionnelles et orthodoxes d'apprentissage de Hull et Spence, il existe une inclinaison au renforcement dans le sens que plus un but est rapproché, plus la force pour l'atteindre est grande. De la même façon, plus une expérience est répulsive, plus il y a de motivation pour

s'en éloigner. Miller décrit ces tendances comme les inclinaisons au rapprochement et à l'évitement. En ajoutant l'hypothèse que l'évitement est plus pressant que le rapprochement, Miller explique pourquoi un animal qui subit un choc électrique lorsqu'il reçoit de la nourriture, dans un endroit où il est habituellement nourri, hésitera par la suite entre se rapprocher ou s'éloigner de la nourriture. L'inclinaison à l'évitement a eu comme effet de diminuer l'inclinaison au rapprochement, égalisant ainsi les chances de comportement dans un sens ou dans l'autre.

En revenant à la description de Grossarth-Maticek (1988), la forte inclinaison au rapprochement des personnes de Tendance I rend difficile l'éloignement de l'objet significatif, parce qu'un rapprochement même minime, exacerbe la disposition au rapprochement. Inversement, l'individu de Tendance II a une inclinaison plus forte à l'évitement, mais il demeure incapable d'abolir son inclinaison au rapprochement. Parce qu'elles composent avec l'ambivalence essentielle (rapprochement-évitement) démontrée à l'endroit de l'objet significatif mais rejetant, les personnes de Tendance I sont considérées comme étant touchées par l'aspect positif de l'ambivalence, c'est-à-dire qu'elles idéalisent l'objet recherché. Les personnes de Tendance II expérimentent d'abord l'aspect négatif de l'ambivalence, en dévaluant l'objet et en cherchant à le

fuir. Les personnes de Tendance III oscillent entre les aspects positifs et les aspects négatifs de la situation et échouent à atteindre une sorte d'intégration, car elles idéalisent parfois l'objet et le dévalorisent en d'autres temps.

Grossarth-Maticek (1988) réfère aussi à la vulnérabilité spécifique de la personne. Il précise que les personnes de Tendance I sont surtout vulnérables à cause du rejet soudain ou graduel de l'objet idéalisé; ceci est particulièrement douloureux à cause de la proximité de ce dernier. Les personnes de Tendance II, avec leur inclinaison mitigée au rapprochement, sont capables de réagir avec colère et agressivité grâce à la distance établie entre elles et l'objet dérangeant. Les personnes de Tendance III réagissent à la présence continuelle de l'objet en alternant entre une froideur émotive et une sensibilité excessive.

Même si le concept élaboré par Grossarth-Maticek (1988) a des affinités avec celui de Miller (1959), des différences majeures existent. Une même situation interpersonnelle suscite le rapprochement et l'éloignement chez l'humain, alors que chez l'animal, le rapprochement et l'éloignement proviennent de deux sources différentes; la nourriture étant la source de l'inclinaison au rapprochement, et le choc électrique, la source de l'inclinaison à l'éloignement. De

plus, l'animal qui subit l'expérience ne peut s'échapper; il est pris dans un labyrinthe. Au contraire, les personnes de Tendance IV, faiblement enclines au rapprochement et à l'éloignement, peuvent choisir de demeurer dans cette situation tout en agissant de façon autonome. Aussi, l'animal a la possibilité de se rapprocher ou de s'éloigner du point de renforcement, alors que l'humain ne le peut pas, la représentation mentale de l'objet étant omniprésente. Outre cela, les obligations sociales peuvent influencer le choix de la distance. Prenons l'exemple d'une personne de Tendance II qui est en conflit avec son patron; l'évitement des contacts peut être difficile, voire même, impossible.

Les réactions émotives découlant de cette dynamique sont que les personnes de Tendance I sombrent dans un état de dépression et de désespoir, lorsqu'elles perdent l'objet idéalisé. Les personnes de Tendance II réagissent avec colère et suractivation, lorsqu'elles se sentent livrées à un objet hostile, et les personnes de Tendance III alternent entre l'anxiété et la peur d'attitudes agressives stimulées par un objet récalcitrant, pouvant être une personne ou un but qu'elles sont incapables d'atteindre.

D'après Grossarth-Maticek (1988), les réactions typiques des personnes sont largement modulées par les dynamiques spécifiques de leur vie familiale et leur développement précoce. Les personnes de Tendance I

expérimentent très tôt le rejet par leurs parents. Ce dernier est combiné à des demandes d'amour et d'idéalisation. Celles de Tendance II expérimentent un attachement positif à un parent, avec une demande de considérer l'autre parent comme hostile. Les personnes de Tendance III sont exposées à une alternance de rejet et d'attirance pour leurs parents. Une relation de cause à effet entre ces réactions et la dynamique familiale demeure difficile à démontrer; Grossarth-Maticek (1988) affirme qu'il est plus plausible de penser que les relations sont initiées par des facteurs génétiques.

Ce système élaboré par Eysenck et Grossarth-Maticek ne réclame pas un travail de validité puisqu'il est conçu pour prédire le cancer et les maladies coronariennes chez les gens expérimentant certains types de stress et réagissant de façons spécifiques à ces stress, mais il devrait être plus prédictif qu'une simple combinaison de tendances de personnalité. Il est spécialement articulé pour prédire le cancer et les maladies coronariennes chez les personnes qui expérimentent certains types de stress et réagissent d'une certaine façon à ces stress (Grossarth-Maticek et al. 1988). C'est à la suite de recherches longitudinales que ces chercheurs établissent les descriptions des six tendances de personnalité.

Grossarth-Maticek effectue quatre recherches qui se prolongent pendant environ vingt ans. La première débute en 1965 à Crvenka, alors que les trois autres débutent à Heidelberg dès 1972 et 1974. Plus de 1,000 sujets, hommes et femmes, âgés de 50 ans et plus forment les groupes. Un des groupes se caractérise par le haut niveau de stress de ses sujets (Eysenck, 1991; Eysenck, 1993). Les hypothèses à confirmer sont que le taux de mortalité sera plus élevé dans le groupe dit stressé que dans le groupe contrôle, et que les sujets de Tendance I auront une prédisposition plus marquée à développer le cancer alors que ceux de Tendance II seront davantage prédisposés aux maladies coronariennes.

Au début de l'étude, des données psychosociales et médicales (âge, sexe, poids, taille, usage de tabac, d'alcool, cholestérolémie...) sont recueillies par des interviewers formés spécifiquement pour ces recherches. De plus, chaque sujet doit compléter un inventaire de stress/personnalité le classant dans une des quatre tendances identifiées à cette époque (I; prédisposition au cancer; II; prédisposition aux maladies coronariennes; III; ambivalence; IV; autonomie). Ce questionnaire constitue un rapport personnel. Sans connaître l'état de santé ou de mortalité des sujets, huit différents facteurs de risque psychosociaux sont calculés d'après les réponses aux 109 questions portant sur: (1) divers événements de vie ou

situations conduisant à un sentiment prolongé de désespoir ou d'impuissance, (2) les événements conduisant à de la colère ou de l'hostilité. L'hostilité était hypothétiquement reliée de plus près aux maladies coronariennes qu'au cancer, comme démontré plus tard par Booth-Kewley et Friedman (1987); en effet, comme le fait remarquer Eysenck (1985), les personnalités qui ont une corrélation positive avec le cancer s'opposent en plusieurs points aux caractéristiques des maladies coronariennes, (3) la rationalité et l'anti-émotivité (les opposés de la névrose et de l'anxiété), (4) le besoin d'harmonie dans les relations interpersonnelles, (5) la méconnaissance des signes de maladie, (6) le manque de relation émotive positive, (7) l'absence de compte-rendu des symptômes psychopathologiques spécialement l'anxiété, (8) et finalement, l'acquiescement, c'est-à-dire, la propension à donner une réponse positive peu importe le contenu de la question (Grossarth-Maticek, Bastiaans & Kanazir, 1985; Eysenck, 1988a).

Après dix ans, avec l'autorisation des sujets, on consulte les dossiers médicaux pour vérifier l'état de santé et les causes de décès lorsque cela s'applique. Les hypothèses de départ sont confirmées; le taux de mortalité dû au cancer et aux maladies coronariennes est beaucoup plus élevé dans le groupe stressé (46% contre 11%) et il le

demeure après un suivi supplémentaire de trois ans. Ceci démontre encore une fois l'importance de la relation entre le stress et la tension dans la maladie et la mort. Aussi, la mortalité causée par le cancer se retrouve davantage chez les personnes de Tendance I (38.4%), celle reliée aux coronopathies chez les personnes de Tendance II (27.8%), tandis que les sujets des Tendances III et IV détiennent le plus faible taux de mortalité (respectivement, 7.3% et 2.7%).

Les recherches de Grossarth-Maticek montrent que les variables psychosociales, et les tendances de personnalité, sont des médiateurs importants entre l'individu et son état de santé lors des décès causés par le cancer et les maladies coronariennes; que les variables de personnalité ont une plus grande influence que les facteurs physiques comme le fait de fumer; que la personnalité et les facteurs physiques interagissent de façon synergique. Les résultats indiquent que le questionnaire original identifie adéquatement les tendances (I; prédisposition au cancer, II; prédisposition aux maladies coronariennes, III; ambivalence et IV; autonomie) soulignées par Eysenck et Grossarth-Maticek (Eysenck, 1988a).

Ces études se basent sur le fait que la personnalité, définie comme étant des patrons de comportements réguliers et organisés caractéristiques d'une personne, constitue un

facteur de risque pouvant prédisposer à la maladie. Toutefois, parce que la possibilité ne peut être démentie que les maladies coronariennes peuvent produire des changements dans la personnalité (Lebovits, Shekelle, Ostfeld & Paul, 1967; Dongier, 1973), et que les longues périodes de développement de ces maladies précédant le diagnostic peuvent avoir un effet dans cette relation, établir des relations de cause à effet demeure difficile. Une seule façon d'opposer la relation de cause à effet aux corrélations serait de procéder à une étude où il y aurait intervention sur une des variables. Deux études de ce genre ont été réalisées à Heidelberg. Cent sujets de Tendance I et 92 de Tendance II sont choisis au hasard et divisés en deux groupes: un groupe contrôle et un groupe thérapeutique. Une thérapie cognitive basée sur l'hypothèse qu'il existe une relation entre la personnalité et les maladies est offerte; son but est de changer les caractéristiques de comportement des Tendances I et II en caractéristiques de Tendance IV. En d'autres mots, une expression acceptable des émotions est encouragée, et on apprend aux personnes à mieux composer avec les expériences de stress. La thérapie est individuelle. Un suivi de 13 ans est effectué. Les résultats montrent que le taux de décès par cancer et par maladies coronariennes est très faible dans le groupe thérapeutique (cancer: 0, maladies coronariennes: 3) comparé à celui du groupe contrôle

(cancer: 12, maladies coronariennes: 14). Ceci semble démontrer que la relation entre le cancer, les maladies coronariennes et la personnalité en est une de cause à effet. Il est cependant utile de considérer la possibilité d'interactions d'agents supplémentaires (attitudes des proches, croyances...) Une intervention prophylactique est possible et fortement indiquée chez les individus de ces tendances (Grossarth-Maticek, Eysenck, Vetter & Frentzel-Beyme, 1986; Eysenck, 1987; Eysenck, 1988a).

Une question se pose cependant. Est-ce que cette échelle de classification établie par Eysenck et Grossarth-Maticek est reliée d'une quelconque façon aux typologies développées en Amérique du Nord utilisant des méthodes de recherche empiriques? Temoshok (1987) suggère des liens étroits entre les deux. Elle trouve une similarité entre le Type A et la Tendance II, alors que le Type B semble correspondre à la Tendance IV. Elle propose, à la lumière de son propre travail (Temoshok, 1985) et de la révision de recherches sur l'association des facteurs psychosociaux et du cancer, qu'il existe un Type C, différent et contrastant avec le Type A, et caractérisant la personnalité prédisposée au cancer. Ce Type C correspond de près à la Tendance I et les deux sont reliés, non seulement à la propension au cancer, mais aussi au développement de ce dernier une fois diagnostiqué. Selon elle, les similarités émergent de

plusieurs paradigmes de recherches, d'instruments de mesure multiples, dans différents pays, doivent être considérées comme encourageantes pour la reconnaissance des facteurs psychosociaux et de personnalité en tant qu'agents promoteurs de cancer.

Marmot (1983) rapporte des propos semblables en prétendant qu'une association entre le Type A et les maladies coronariennes est maintenant démontrée aussi bien chez les femmes que chez les hommes et ce, tant en Europe qu'aux États-Unis.

La quatrième étude de Grossarth-Maticek se déroule à Heidelberg en 1974. Son but est d'améliorer le questionnaire existant en rendant ses propriétés psychométriques comparables à celles des questionnaires américains, et de bonifier la méthode d'administration pour qu'elle devienne plus prédictive. Il ajoute alors les Tendances V (prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde) et VI (prédisposition à la consommation de drogues).

Cet inventaire rassemble 182 items, divisés en six groupes définissant les six tendances. Une version abrégée de 70 items possède les mêmes propriétés psychométriques. Dans cette version, les items sont en désordre alors qu'ils

sont classés par ordre de chaque tendance dans la version originale.

La population étudiée se compose de 16,000 hommes et 3,000 femmes, âgés d'environ 50 ans et choisis au hasard. Comme dans les études précédentes, des données psychosociales sont recueillies. Tous les sujets complètent le nouveau questionnaire. On choisit 108 hommes et 108 femmes, du même âge, d'après leurs réponses au questionnaire; l'objectif est de trouver un nombre égal de sujets de chaque tendance, caractérisé par un score parfait de dix pour cette tendance et n'ayant aucun score plus élevé que deux pour les autres tendances. Comme le nombre de sujets satisfaisant à ces critères est limité, les premiers qui y répondent sont sélectionnés. Ces sujets sont suivis pendant treize ans, comme dans les autres expériences. Les résultats démontrent, comme prévu, que 50% des sujets souffrant de cancer sont de Tendance I, et que 74% des sujets atteints de maladies coronariennes sont de Tendance II. Trente-trois pourcent (33%) des personnes ne souffrant d'aucune maladie appartiennent à la Tendance III et 92% à la Tendance IV, alors que 79% des personnes atteintes de dépression endogène et 69% souffrant d'arthrite rhumatoïde sont de Tendance V, pendant que 47% des personnes qui ont un haut score de dépendance aux drogues sont de Tendance VI. Il paraît évident que le questionnaire possède une bonne

validité, puisque les critères majeurs de diagnostic pour les différentes tendances s'accordent avec les prédictions découlant des recherches antérieures (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990).

Les facteurs de risque

Personnalité

Il y a longtemps que l'on soupçonne le stress comme un agent causal des maladies (Rosch, 1979, 1980; Orth-Gomer, Ahlbom & Theorell, 1980; Price, 1982; Booth-Kewly & Friedman, 1987). Eysenck (1975), affirme qu'une des raisons pour lesquelles les travaux répertoriés sont non concluants est la confusion qui existe à propos du stress et de la tension. Sa définition de la personnalité est en relation directe avec les nombreux moyens qu'utilise l'individu pour composer avec les stress interpersonnels. Les questionnaires qui ne réfèrent qu'aux événements, sans tenir compte des réactions des individus, peuvent produire des résultats plus ou moins valables puisqu'ils laissent de côté ces facteurs importants. La façon habituelle de discuter du stress dans la littérature psychiatrique néglige l'importance de la personnalité. Par exemple, la douleur physique impose moins de tension aux extravertis qu'aux introvertis, alors que la discrimination sensorielle impose moins de tension chez les introvertis que chez les

extravertis. De plus, Eysenck et Grossarth-Maticek ont prouvé que sur une période de treize ans, chez une population âgée de 50 ans et plus, les sujets stressés ont un taux de mortalité 40% plus élevé que les moins stressés (Eysenck, 1988).

Selon Eysenck (1991), la personnalité est six fois plus importante comme facteur de risque que ne le sont les autres variables (poids, tabagisme, hypercholestérolémie..). Dans leur étude, Rosenman, Jenkins, Brand, Friedman, Straus & Wurm, (1975) concluent que la forte incidence d'événements cardio-vasculaires chez les sujets de Type A, comparés aux sujets de Type B, n'est aucunement reliée aux différences d'âge et de poids et est statistiquement indépendante des facteurs de risque tels le tabagisme, l'hérédité, la tension artérielle et les indices variés du métabolisme lipidique. Denollet, Sys et Brutsaert (1995) concluent aussi que la personnalité est étroitement liée aux maladies coronariennes. Manuck & Krantz (1986), affirment que des facteurs de comportement jouent un rôle significatif dans les maladies cardio-vasculaires (angine, infarctus..).

Plusieurs auteurs maintiennent que l'interaction entre les facteurs de risque est synergique (Grossarth-Maticek et al., 1988; Perkins, 1989; Eysenck, Grossarth-Maticek & Everitt, 1991). Par contre, même si on s'entend sur la définition du terme, la façon de l'«opérationnaliser» semble

ambiguë; les résultats varient d'une façon de faire à une autre et en pratique, le choix dépend d'un raisonnement complexe. L'objet de la présente étude étant largement dépassé par ces considérations, nous nous en tiendrons au fait que les effets des facteurs de risque se multiplient.

Il y a une évidence que les facteurs psychosociaux (statut socio-économique, scolarité, statut au travail...) interagissent de façon synergique avec les facteurs physiques (Brand, 1978; Grossarth-Maticek et al., 1988; Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990,; Eysenck, 1991).

Plusieurs recherches ont été faites afin d'évaluer l'importance des facteurs de risque traditionnels tels le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, une histoire familiale de maladies coronariennes, la diète, l'exercice, et le contrôle du poids (Rosenman et al., 1975). Dans l'étude des maladies coronariennes et malgré les opinions multiples, ces facteurs semblent acceptés par la majorité des chercheurs. Cependant les facteurs de personnalité (type A/B) ou de comportements spécifiques (tendances I, II...) avec lesquels ils sont associés, semblent varier entre les études. Ainsi, Eysenck (1991, 1993) lie ces facteurs à la Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes) alors que Rosenman et al. (1975), les rattachent au patron de comportement de Type A.

Une question se pose donc: La personnalité ou les comportements particuliers ont-ils un impact sur les facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool, hypertension artérielle...)? Certains auteurs suggèrent que l'hostilité a pour conséquence un appauvrissement du style de vie. Ils rallient l'hostilité au tabagisme, à une consommation accrue d'alcool, à une baisse de l'activité physique, à une alimentation plus riche en gras et en calories, à un poids excessif et à une plus grande consommation de caféine (Leiker & Hailey, 1988; Koskenvuo et al., 1988; Siegler, Peterson, Barefoot & Williams, 1992). De même, Matthews (1989) ajoute que les conditions socio-démographiques influencent le développement de l'hostilité. Siegler (1994) affirme également que l'hostilité est inversement reliée aux indices de statut socio-économique élevé, c'est-à-dire, le revenu, l'instruction, le prestige et l'accomplissement au travail. Il y aurait donc un lien entre la personnalité et l'incidence des facteurs de risque.

Wright, Murcer, Adams & Welch, (1994), ont aussi établi ce lien. Ils ont divisé les sept facteurs de risque couramment étudiés en deux facteurs: le premier étant l'hérédité et les six autres (tabagisme, cholestérol, tension artérielle, diète, exercice et contrôle du poids) constituant le deuxième. Leurs résultats démontrent qu'un trait de personnalité prononcé, c'est-à-dire un manque de

contrôle personnel généralisé, pourrait être à la base d'une partie importante des risques de maladie coronarienne non associés à une histoire familiale de maladie cardiaque. Parce que ces six variables du deuxième facteur sont reconnus comme étant affectés par le style de vie, ce trait de personnalité est considéré acquis plutôt que génétique.

Facteurs socio-économiques

Nous avons vu antérieurement que Matthews (1989) et Siegler (1994) relient l'hostilité et les facteurs socio-économiques. Il est évident que les facteurs socio-économiques ont une influence prépondérante sur le style de vie; cependant, le processus par lequel ils affectent les facteurs de risque demeure ambigu parce que les recherches qui s'y rapportent étudient des variables différentes. En effet, les auteurs sont unanimes à affirmer qu'un faible statut socio-économique influence la santé et la survie des individus (Syme & Berkman, 1976; Kasl, 1979; Matthews, 1989; Brenner, 1991; Ruberman, 1995). Les personnes socialement défavorisées auraient tendance à fumer davantage, à consommer plus d'alcool, à être plus obèses et à expérimenter plus de changements de vie. Jacobsen et Thelle, (1988) émettent l'opinion que la différence dans les niveaux des facteurs de risque et de style de vie pourrait être partiellement familiale. Ainsi, les familles ayant un niveau d'instruction plus élevé, appartenant par conséquent

à une classe sociale plus favorisée puisque l'instruction constitue un indicateur de classe sociale, inculqueraient un style de vie plus sain à leurs membres. Ils ajoutent que la relation entre le niveau d'instruction et les habitudes de vie est significative pour les variables telles le tabagisme, la consommation de café, la préférence pour le lait à faible teneur en gras, la fréquence d'ingestion de fruits et de légumes, suggérant que les personnes plus instruites ont des habitudes de vie moins à risque pour les maladies coronariennes. D'autres auteurs insistent sur les conséquences du support social déficient dans les classes sociales pauvres (Kasl, 1979; Syme, 1987). Certains autres étudient plus particulièrement les effets des conditions de travail comme la mobilité, la satisfaction au travail, le contrôle, la capacité de réponse aux fortes demandes (Syme & Berkman, 1976; Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom & Theorell, 1981), tandis que certains expliquent le rôle joué par l'industrialisation (Jenkins & Zizanski, 1980; Rose & Marmot, 1981; Jacobsen & Thelle, 1988; Matthews, 1989), ou par la socialisation (Waldron, 1978). Pour sa part, Brenner, (1991) établit un plan d'ensemble des mécanismes raccordant la santé et les facteurs socio-économiques. Ainsi, les facteurs socio-économiques influencent en partie les facteurs de risque, mais le ou les processus de cette influence demeurent encore indéterminés.

Sexe

Le sexe semble influencer le développement des maladies coronariennes, puisque les hommes en souffrent davantage. Les recherches de Siegler (1994) et de Engebretson et Matthews (1992) démontrent que les femmes obtiennent des scores plus faibles que les hommes à l'Inventaire d'hostilité de Cook-Medley. Ces résultats sont conciliables avec les risques plus élevés de maladies coronariennes associés avec le sexe masculin. Ils suggèrent que les différences dans le degré d'hostilité jouent un rôle causal à l'égard des risques cardio-vasculaires. Waldron (1977, 1978), base sa théorie sur le fait qu'une socialisation différente pour les garçons et les filles influence les types de comportements développés (le patron de comportement de type A étant plus fréquent et valorisé chez les garçons), pendant que Matthews (1989) réfère aux réponses psychophysiologiques différentes chez les hommes et les femmes, lors de stress comportementaux. De plus, elle étudie les effets des hormones reproductrices et affirme que ces dernières jouent un rôle préventif important en déterminant la magnitude des réponses au stress.

Hérédité

L'hérédité est un facteur de risque accepté et supporté par les chercheurs dans la littérature où elle est corrélée

positivement avec le développement des maladies cardiovasculaires (Stringer, 1991). Eysenck et Fulker (1983), affirment que les facteurs génétiques jouent un rôle important dans la genèse du comportement du Type A dans tous ses aspects. Dans leur étude des deux facteurs, Wright et al. (1994), ont considéré l'hérédité comme un facteur aussi important que les six autres réunis. Des études sur les réactions au stress ont identifié qu'une réactivité cardiovasculaire accrue était génétiquement déterminée chez les hypertendus (Weipert, Shapiro & Suter, 1987).

Tabagisme

L'usage du tabac joue un rôle proéminent comme facteur de risque pour les maladies coronariennes (Eysenck, 1988a, 1991; Eysenck et al., 1991). Dans leurs études, Eysenck et Grossarth-Maticek, évaluent les risques de maladies coronariennes reliés au tabagisme. Ils comparent des fumeurs et des non-fumeurs tout en les classant par catégories de stress. Les résultats démontrent que les fumeurs stressés sont plus à risque de développer des maladies coronariennes. Le pourcentage de ces maladies dans chaque groupe se lit comme suit: fumeurs stressés: 17.5%; fumeurs non stressés: 3.0%; non-fumeurs stressés: 5.3%; non-fumeurs non stressés: 1.1% (Grossarth-Maticek et al., 1988; Eysenck et al., 1991). Stringer (1991), rapporte les résultats d'une étude longitudinale de douze ans, où elle

constate que les personnes vivant avec des fumeurs ont un taux plus élevé de mortalité cardio-vasculaire que celles vivant avec des non-fumeurs.

Alcool

L'association entre la consommation excessive et chronique d'alcool et les maladies cardiaques est documentée depuis fort longtemps. Les recherches ont prouvé que l'alcool à forte dose induit une toxicité du myocarde manifestée par une diminution de sa contractilité, une diminution du débit cardiaque et des arythmies. De plus, la consommation chronique d'alcool est reliée de près à l'hypertension. Ainsi, chaque dix millilitres d'alcool consommé quotidiennement occasionne une hausse de un millimètre de mercure de tension systolique (Mann, 1986). Le point litigieux demeure l'effet d'une faible ingestion d'alcool. Certains s'entendent pour affirmer qu'en faible quantité (une à deux consommations par jour), l'alcool a des effets bénéfiques sur le myocarde et les vaisseaux, mais les recherches à ce sujet comportent des biais et la preuve reste encore à faire (Zakhari, 1991; Stringer, 1991; Arria & Van Thiel, 1992).

Hypercholestérolémie

Le taux de cholestérol élevé compte aussi parmi les facteurs de risque discutés. Parce qu'on ne connaît pas

encore précisément le processus de formation de l'athérosclérose, on se questionne sur l'effet du cholestérol sanguin dans son avènement. Les chercheurs prennent pour acquis que le cholestérol joue un rôle primordial, mais sa formation provient-elle de l'ingestion de gras ou de l'effet du stress sur le système endocrinien? La diète et le taux de cholestérol font donc partie des facteurs de risque inclus dans la plupart des recherches (Stevens et al., 1984; Manuck et al., 1986; Clarkson, Manuck & Kaplan, 1986; Doornen & Blokland, 1987; Stringer, 1991).

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est également considérée comme un facteur de risque des maladies coronariennes (Rosenman et al., 1975; Manuck & Krantz, 1986). L'Organisation mondiale de la santé classe les tensions inférieures à 140/90 comme étant les normales de tensions artérielles (Mann, 1986).

Manque d'exercice physique

Dans la Western Collaborative Group Study, Rosenman et al. (1975), démontrent que les hommes qui pratiquent une activité physique régulièrement ont un taux de maladie coronarienne plus bas que ceux qui ne s'y adonnent qu'occasionnellement et que le poids de ces derniers est plus élevé que la moyenne. Les conclusions de l'étude de

Framingham (1980) soutiennent ces résultats et ajoutent que l'exercice diminue les risques de maladie coronarienne, en augmentant le HDL (lipoprotéine à haute densité) et en diminuant le poids du corps (Stringer, 1991).

Poids

Il n'existe pas un poids idéal pour une personne donnée, mais une « fourchette » de poids-santé. Ce poids-santé est un éventail de poids à l'intérieur duquel l'individu est moins susceptible d'avoir des problèmes de santé. Il est calculé à partir de la grandeur de la personne et selon son sexe.

Résumé

Encore de nos jours, le lien entre les maladies coronariennes et leurs causes demeure ambigu en dépit des efforts ininterrompus des chercheurs. Les diverses hypothèses et les nombreux tests utilisés conduisent à des résultats qui se contredisent souvent.

Les recherches ont permis l'identification de facteurs de risque physiques et sociaux acceptés par les scientifiques, même si certains points restent en litige. C'est la personnalité perçue comme facteur de risque qui pose problème. A preuve, suite aux conclusions de l'étude de Friedman et Rosenman (1959) établissant un lien entre la

personnalité de type A et les maladies coronariennes, les recherches se multiplient apportant des éléments de réponse, mais la problématique demeure.

Le lien entre la personnalité et la prédisposition aux maladies coronariennes semble pourtant être la pierre angulaire du problème. En effet, si on pouvait cibler les caractéristiques prédisposant aux maladies coronariennes, une prévention deviendrait envisageable. On pourrait maîtriser les caractéristiques de personnalité tout comme on peut contrôler les autres facteurs de risque. Pour cela, il faudrait d'abord s'entendre sur ces caractéristiques prédisposantes et créer ensuite un test qui les mesure adéquatement.

Eysenck et Grossarth-Maticek présentent un concept qui identifie ces caractéristiques et affirment avoir créé un questionnaire adéquat mesurant le lien entre la personnalité et les maladies coronariennes, pour des individus de nationalités allemande et yougoslave. Une question demeure: Est-ce que ce questionnaire, mesurera bien les mêmes caractéristiques chez les Québécois de souche?

C'est ce que la présente recherche tentera de définir en comparant les résultats de deux échantillons d'individus québécois de langue française, sur les tendances II et IV de l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress; le

premier groupe étant atteint de maladies coronariennes et le second étant en santé. La présente recherche se limite à l'étude des tendances II (prédisposition aux maladies coronariennes) et IV (autonomie), car l'auteur ne possède aucune indication pouvant faire croire que les scores de ces deux échantillons peuvent varier sur les autres tendances.

La Tendance II de cet inventaire mesure la prédisposition des sujets à développer des maladies coronariennes, alors que les scores élevés sur la Tendance IV identifient les sujets disposés à un état de santé. Les scores des sujets coronariens devraient donc être à l'opposé de ceux des sujets en santé sur ces deux tendances. Les deux hypothèses suivantes énoncent cette supposition.

Hypothèses

- H.1 Les scores des sujets souffrant d'angine et d'infarctus devraient être significativement plus élevés que ceux des sujets sains dans la catégorie de suractivation (Tendance II).
- H.2 Les scores des sujets sains devraient être significativement plus élevés que ceux des sujets coronariens dans la catégorie d'autonomie (Tendance IV)

Méthode

Le présent chapitre expose les caractéristiques des sujets participant à la recherche; il rapporte la démarche de leur recrutement, décrit les instruments de mesure utilisés et établit la procédure d'expérimentation.

Dans un premier temps, il semble approprié de souligner toutes les démarches entreprises pour le recrutement des sujets et de préciser que cette approche utilise une méthode aléatoire. Une première tentative de recrutement s'effectue par la demande de collaboration de spécialistes de la santé. Les médecins ont de nombreux contacts avec des clients dont ils connaissent l'état de santé. Ils peuvent donc solliciter directement la participation des sujets qui correspondent aux normes de la présente étude: les sujets (hommes ou femmes) devraient être âgés entre 45 et 64 ans, être en santé, c'est-à-dire, ne souffrir d'aucune maladie connue, ou être coronariens atteints d'angine ou d'infarctus et être diagnostiqués depuis au moins six mois. Le peu de collaboration reçue impose une seconde démarche. La coopération de l'infirmière du bureau de santé d'une compagnie de la région est excellente, mais aucun candidat n'accepte de répondre aux questionnaires. Parallèlement, l'Association des cardiaques de la Mauricie refuse de soumettre ses membres à une recherche supplémentaire pour le

moment, puisque leur collaboration à une étude récente a été très faible. Un dernier recours consiste à faire appel au public. C'est par l'intermédiaire de personnes connues; compagnes ou compagnons de travail (infirmières, personnel para-médical), collègues d'étude, parents, amis, ou d'organismes de la région; moniteurs de centres sportifs, Club de marche de Trois-Rivières-Ouest, que cette sollicitation s'est effectuée. L'aide et le support de toutes ces personnes a permis de recruter un nombre suffisant de sujets pour réaliser la présente recherche.

Le choix de recruter les sujets par le hasard sous-entend la possibilité de différences significatives entre les deux échantillons. Des écarts au niveau des variables et du nombre de sujets demeurent probables. Il devient alors plus délicat de démontrer si les tendances de personnalité se distinguent chez les deux échantillons. Et parce que le code d'éthique sur la recherche nous suggère fortement d'inclure tous les participants, nos variables ne peuvent être ajustées par le retrait de certains sujets. Une solution demeure: appairer les sujets des deux échantillons. Mais elle est rejetée vu la grande difficulté à recruter des participants. Ainsi, les deux échantillons étudiés présentent des différences significatives sur plusieurs variables, et pour cause! Des statistiques supplémentaires seront requises pour l'étude des hypothèses.

Sujets

L'échantillon-cible comprend 54 sujets coronariens. Seize d'entre eux souffrent d'angine (13 hommes et 3 femmes) et 38 (33 hommes et 5 femmes) ont subi un, deux ou trois infarctus. L'échantillon contrôle compte 67 sujets (36 hommes et 31 femmes) non atteints de maladie coronarienne et ne souffrant d'aucune autre maladie connue. Ces hommes et ces femmes sont âgés entre 45 et 64 ans. La différence est significative ($t(119) = 2.63$, $p = .01$) entre les moyennes d'âge des sujets coronariens ($M = 54.2$) et celle des sujets en santé ($M = 51.8$).

Les sujets coronariens ont tous reçu leur diagnostic depuis au moins six mois. Ceci pour éviter un biais dans les réponses au questionnaire. En effet, plusieurs études démontrent que des réactions psychologiques telles l'anxiété, les sentiments de désespoir, la perte d'estime de soi, la conviction d'être à jamais invalide... sont à leur apogée dans les premières semaines suivant l'accident cardio-vasculaire (Strougo & Coulaud, 1986; Scherwitz, 1988). De plus, certains auteurs affirment que l'avènement de la maladie peut modifier certaines caractéristiques de personnalité (Dongier, 1973; Stone & Costa, 1990). Une question se pose, à savoir si cette modification est temporaire ou permanente? En questionnant les sujets après

six mois, les effets temporaires causés par l'avènement de la maladie devraient être dissipés.

Les caractéristiques socio-démographiques des deux échantillons étudiés indiquent qu'il n'y a pas de différence significative quant au statut marital et au nombre d'enfants. Par contre, les variables scolarité, revenu et occupation révèlent une différence significative. Ainsi, le niveau de scolarisation des sujets est réparti comme suit: dans le groupe de sujets en santé, un individu (1,5%) a terminé ses études après le primaire, 29,8% ont obtenu un diplôme d'études secondaires, 29,8% sont diplômés du collégial et 38,8% ont complété leurs études universitaires. Dans le groupe de sujets coronariens, 18,5% des sujets ont quitté l'école après leur primaire, 33,3% ont terminé leur études secondaires, 27,7% ont obtenu leur diplôme collégial et 20,4% ont complété un cours universitaire. Les niveaux de scolarité des deux groupes sont significativement différents ($\chi^2(3, N = 121) = 13.02, p < .01$). Le tableau 1 (page suivante) nous illustre ces résultats.

Tableau 1

Distribution de la scolarisation pour
les deux échantillons de recherche

Niveau de scolarité	Echantillons	
	En santé (n = 67)	Coronariens (n = 54) *
Primaire	1.5 % (n = 1)	18.5 % (n = 10)
Secondaire	29.8 % (n = 20)	33.3 % (n = 18)
Collégial	29.8 % (n = 20)	27.7 % (n = 15)
Universitaire	38.8 % (n = 26)	20.4 % (n = 11)

* $p < .01$

Pour ce qui est du revenu annuel du couple, 3% des sujets en santé et 7,5% des sujets coronariens reçoivent moins de 15 000 \$, 15,4% des individus du groupe contrôle et 20,8% du groupe expérimental obtiennent entre 15 000 \$ et 30 000 \$, 35,4% des participants en santé et 54,7% des

coronariens ont un revenu annuel entre 30 000 \$ et 60 000 \$, alors que 46,2% des personnes en santé comparé à 17% des personnes coronariennes gagnent plus de 60 000 \$. La différence entre les revenus annuels des deux échantillons étudiés est significative ($\chi^2(3, N = 118) = 11.61, p < .01$). Le tableau 2 nous présente ces données.

Tableau 2

Distribution du revenu annuel pour les couples des deux échantillons de recherche

Revenu annuel du couple	Echantillons	
	En santé (n = 65)	Coronariens (n = 53)*
0 à 14 999	3 % (n = 2)	7.5 % (n = 4)
15 000 à 30 000	15.4 % (n = 10)	20.8 % (n = 11)
30 000 à 60 000	35.4 % (n = 23)	54.7 % (n = 29)
60 000 et plus	46.2 % (n = 30)	17 % (n = 9)

* $p < .01$

La situation de travail se présente ainsi : les sujets coronariens sont moins nombreux à travailler à temps complet (44% comparé à 58% dans le groupe contrôle) et 30% des personnes de ce groupe sont à la retraite comparé à 9% dans l'autre échantillon. Soixante-neuf pourcent (69%) des personnes du groupe contrôle travaillent, alors que 50% du groupe expérimental le font. Vingt-deux pourcent (22%) des participants en santé ne travaillent pas alors que cette situation prévaut pour 20,8% des coronariens. Quant à l'emploi, la différence entre les deux échantillons est significative ($\chi^2(7, N = 121) = 15.84, p < .05$). Pour simplifier les données, les sous-catégories d'emploi (temps complet, temps partiel, temps occasionnel, à la maison, en chômage, en repos, à la retraite.) ont été regroupées en trois catégories (travaillent, ne travaillent pas, retraite). Le Tableau 3 nous expose cette distribution.

Tableau 3

Distribution des fréquences de l'occupation
pour les deux échantillons de recherche

Occupation	Echantillons	
	En santé (n = 67)	Coronariens (n = 54)*
Travaillent	69 % (n = 46)	50 % (n = 27)
Ne travaillent pas	22 % (n = 15)	20 % (n = 11)
Retraite	9% (n = 6)	30% (n = 16)

* $p < .05$.

Les trois maladies coronariennes sont l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde et l'insuffisance coronarienne. L'insuffisance cardiaque peut aussi être reliée à d'autres causes, non coronariennes. La présente recherche porte essentiellement sur les malades coronariens. Pour éviter que des sujets non coronariens soient introduits par erreur, les personnes recrutées devront être atteintes d'angine et d'infarctus uniquement.

La consigne de l'âge semble avoir été mal comprise par certains recruteurs et des individus âgés de plus de 64 ans ont répondu aux questionnaires. Malheureusement, ils n'ont pu être considérés.

Les personnes sollicitées (collègues d'étude et de travail, amis...) demandent la participation des sujets potentiels (correspondant aux normes décrites antérieurement) pour cette étude. Elles requièrent aussi leur collaboration pour aider à recruter d'autres sujets. C'est ainsi qu'il y a constamment un ou plusieurs intermédiaires entre le chercheur et le sujet recruté; cette façon de procéder permet de varier les milieux d'où proviennent les personnes participantes. De plus, le fait que ce soit une personne connue qui les enjointe à collaborer, les incite à accepter et joue un rôle important dans les réponses données au questionnaire. En effet, quelques auteurs suggèrent que l'établissement d'un lien de confiance augmente la probabilité d'obtenir de meilleurs résultats lors de recherches étudiant l'influence de la personnalité et du stress sur les maladies telles les maladies coronariennes (Grossarth-Maticek, Eysenck & Barrett, 1993; Eysenck, 1994; Grossarth-Maticek, Eysenck & Boyle, 1995).

Instruments de mesure

Deux questionnaires sont utilisés pour la présente recherche. Le questionnaire de renseignements généraux sert à assembler des informations sur l'état de santé des sujets, les facteurs de risque qui les affectent, ainsi que des renseignements d'ordre socio-démographiques. Ceci, pour permettre d'identifier les caractéristiques de l'échantillon étudié. L'Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress, quant à lui, nous informe sur les tendances comportementales des individus et permet de vérifier si ce questionnaire, une fois traduit en français, conserve une validité prédictive quant aux allégations que les coronariens ont des scores significativement plus élevés sur la Tendance II alors que les personnes en santé ont des scores significativement plus élevés sur la Tendance IV. Les données obtenues par ces deux questionnaires, une fois traitées statistiquement, permettent de comparer les caractéristiques de chaque groupe et sous-groupe.

Questionnaire de renseignements généraux

Le questionnaire de renseignements généraux nous fournit de l'information sur l'âge, le sexe, le poids, la taille, les statuts marital, familial et socio-économique, le niveau d'instruction, le diagnostic établi, la date de ce dernier, le nombre d'infarctus survenus et les sept facteurs

de risque suivants: hérédité, tension artérielle, taux de cholestérol sanguin, diète, tabagisme, consommation d'alcool et pratique d'activités physiques (Appendice B).

L'Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress.

Les tendances de personnalité sont mesurées à l'aide de l'Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990) (Appendice C). Selon les auteurs, cet inventaire abrégé est suffisant pour presque toutes les recherches, c'est-à-dire que malgré son nombre restreint d'items, ses propriétés sont identiques à celles de l'inventaire initial, et il identifie adéquatement la tendance de personnalité à laquelle appartient chaque sujet (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990). Cet inventaire peut être administré par un interviewer ou être complété sous forme de rapport personnel (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990), avec des différences de résultats possibles (Grossarth-Maticek et al., 1993). Il est composé de 70 items auxquels le sujet répond par oui ou par non. Dix items définissent chaque tendance, sauf la quatrième pour laquelle deux ensembles de questions (une affirmative et une négative) prévalent, évitant ainsi les réponses automatiques. Une réponse positive vaut un point. L'addition des points permet d'attribuer un score à chacun des sujets pour toutes les tendances. Ce questionnaire

possède une bonne validité de construit (.80) ainsi qu'une validité prédictive élevée en ce qui a trait au développement des maladies coronariennes (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990; Espnes, 1995).

Pour les besoins de la présente recherche, le questionnaire a été traduit en français (traduction traditionnelle), à partir de la version anglaise de Grossarth-Maticek et Eysenck (1990). Des tests de consistance interne (KR 21) ont été effectués afin d'en vérifier la fidélité interne. Voici ces résultats accompagnés d'un item du questionnaire pour chacune des tendances. Tendance I (prédisposition au cancer), alpha =.71 (Je trouve très difficile d'imposer mon opinion); Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes), alpha =.81 (Je me plains depuis des années de situations désagréables, mais je suis incapable de les changer); Tendance III (ambivalence) alpha =.59 (Mon propre bien-être est ce qui me préoccupe le plus); Tendance IV (en santé) alpha =.57 (Je suis habituellement heureux(se) et satisfait(e) de mes activités journalières); Tendance V (prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde) alpha =.49 (Je peux exprimer mes sentiments seulement lorsque je considère qu'il y a de bonnes raisons de le faire); Tendance VI (prédisposition à la consommation de drogues) alpha =.66.(Je ne crois pas aux règles sociales et

je ne prête pas beaucoup attention aux attentes des autres ou aux obligations que je peux avoir envers eux).

Déroulement

Le recruteur identifie un sujet potentiel qui pourrait participer à cette étude. Il sollicite sa collaboration et lui explique succinctement le but de la recherche et l'implication requise. Le temps pour répondre aux deux questionnaires est d'environ vingt minutes. Il suffit de compléter la première partie en encerclant la réponse qui convient à sa situation personnelle, et à répondre par oui ou par non aux questions de la deuxième partie. L'anonymat est assuré puisqu'il n'a pas à inscrire son nom et qu'il doit cacheter son enveloppe avant de la remettre. Au fur et à mesure qu'une personne sollicitée accepte de participer à la recherche, et après avoir vérifié si elle satisfait aux critères de recrutement (être âgée entre 45 et 64 ans, ne souffrir d'aucune maladie pour les sujets sains, d'avoir une maladie coronarienne telles l'angine et l'infarctus diagnostiquée depuis au moins six mois pour les sujets du groupe expérimental), le recruteur remet une enveloppe contenant les deux questionnaires en insistant sur l'importance de répondre à toutes les questions. Le sujet est prié de rapporter son enveloppe cachetée selon l'entente prise (poste ou autre). Le recruteur est connu du sujet et lui remet les questionnaires en main propre et de façon

individuelle. Le choix de cette façon de procéder est soutenu par le fait que la méthode d'administration influence les résultats de la recherche (Grossarth-Maticek et al., 1993; Eysenck, 1994; Grossarth-Maticek et al., 1995).

Cette étude se veut descriptive et exploratrice. Elle compare des sujets en santé à des sujets souffrant de maladies coronariennes. Le prochain chapitre nous présente l'ensemble des résultats obtenus pour la vérification des hypothèses et la comparaison des caractéristiques de ces deux échantillons de recherche.

Résultats

ce chapitre a pour objectif de présenter les résultats obtenus à partir des analyses effectuées sur les données recueillies lors de l'expérimentation. Les différences de moyennes indiquent où se situe chaque groupe et sous-groupe quant aux facteurs de risque et aux six tendances mesurées à partir de l'Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress. L'analyse de régression nous permet de constater le lien entre les facteurs de risque et les tendances II et IV. Puisque les différences de moyennes montrent que les deux échantillons étudiés diffèrent sur plusieurs variables (âge, sexe, scolarité, et revenu), une analyse multivariée identifiant clairement le facteur qui différencie significativement les deux échantillons a été faite.

Les facteurs de risque

À l'intérieur de la présente recherche, les facteurs de risque sont classifiés de la façon la plus sévère qui soit, c'est-à-dire qu'aussitôt qu'un risque existe, il est comptabilisé. Les scores sont de «zéro» pour le risque nul et de «un» pour tout risque présent, si minime soit-il. Le point de coupure est arbitraire. Les points alloués sont additionnés, tout simplement, puisque le but est uniquement

d'en tenir compte. Comme les facteurs sont évalués de la même façon pour le groupe expérimental et le groupe contrôle, cette façon de comptabiliser simplifie la pondération des facteurs de risque.

Pour le facteur hérédité, dès qu'un membre de la famille proche ou éloignée a souffert de maladie cardiaque, le score établi est de «un». La tension artérielle plus élevée que 140/90 est cotée «un». Le taux élevé de cholestérol donne un point. Les questions se rapportant items «tension artérielle» et «cholestérol» offrent un élément de réponse supplémentaire; « je ne le sais pas». Cette option de réponse ne pouvait être évitée sans risquer d'apporter des biais. Cependant, ce choix de réponse est considéré comme manquant et n'est pas comptabilisé, malgré le fait que les personnes faisant de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie le savent généralement. Ces facteurs sont très surveillés en médecine de nos jours. La diète composée de beaucoup de fibres et de peu d'aliments riches en gras est la seule ayant un score de «zéro». Toute autre combinaison de diète vaut un point. L'usage du tabac est noté très sévèrement. Seuls les sujets qui affirment ne pas fumer obtiennent un score de «zéro». Pour la consommation d'alcool, moins de trois consommations par semaine assure un score de «zéro». La pratique d'une activité physique régulière représente un moins grand

risque. Un score de «un» est donc attribué aux sujets pratiquant une activité physique moins de trois fois par semaine.

Les différences de moyennes pour les facteurs de risque sont significatives pour les deux échantillons et pour les sous-groupes des hommes de ces populations. Ainsi, la moyenne de l'échantillon en santé ($M = 2.2$, $ÉT = 1.3$) est significativement différente de celle de l'échantillon de coronariens ($M = 3.5$, $ÉT = 1.5$) ($t(119) = 5.02$, $p < .001$). Et, la moyenne des hommes en santé ($M = 2.5$, $ÉT = 1.2$) diffère significativement ($t(80) = 3.70$, $p < .001$) de celle des hommes coronariens ($M = 3.6$, $ÉT = 1.6$).

Les différences de moyennes des facteurs de risque entre les angineux et les infarctisés ne sont pas significatives, ni pour l'échantillon global ($t(52) = .14$, n.s.), ni pour le sous-groupe des hommes ($t(44) = .42$, n.s.). La différence de moyenne des hommes en santé comparé à celle des femmes de cette catégorie n'est pas significative ($t(65) = 1.64$, n.s.). L'échantillon de femmes coronariennes ($n = 8$) de cette recherche est trop faible pour être subdivisée.

Réactions interpersonnelles au stress

Les scores des six tendances seront présentés à titre d'informations supplémentaires pouvant servir pour des recherches ultérieures.

À l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress, les moyennes des sujets en santé sont significativement différentes de celles des sujets coronariens pour les Tendances I (prédisposition au cancer) ($t(119) = 3.1, p < .01$), II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($t(82.5) = 5.4, p < .001$), III (ambivalence) ($t(84.2) = 2.9, p < .01$), IV (autonomie) ($t(92.9) = 3.4, p < .01$) et VI (prédisposition à la consommation de drogues) ($t(78.8) = 3.6, p < .01$). Le tableau 4 illustre les moyennes et écarts-types à chacune des échelles (page suivante).

Les hypothèses sont confirmées. La première énonce que la moyenne des sujets coronariens devrait être significativement plus élevée que celle des sujets en santé pour la Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($t(82.5) = 5.4, p < .001$) et la seconde, que la moyenne des sujets sains pour la Tendance IV (autonomie) ($t(92.9) = 3.4, p < .01$) devrait être significativement plus élevée que celle des coronariens.

Tableau 4

Moyennes et écarts-types à l'Inventaire des réactions
interpersonnelles au stress pour les deux
échantillons de recherche

Tendances	Echantillons			
	En santé (n = 67)		Coronariens (n = 54)	
	M	ÉT	M	ÉT
I	2.6	2.2	3.8	2.3 *
II	1.6	1.7	3.9	2.8 **
III	2.0	1.2	2.8	1.9 *
IV	8.2	1.0	7.4	1.4 *
V	5.3	1.9	5.5	1.7 n.s.
VI	1.2	1.2	2.4	2.2 *

* $p < .01$, ** $p < .001$

De plus, les résultats des hommes en santé et coronariens sont significativement différents pour les tendances I, II, III, IV et VI. Ces résultats se présentent ainsi; Tendance I (prédisposition au cancer) ($t(80) = 2.3$, $p < .05$), II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($t(74.5) = 5.4$, $p < .001$), III (ambivalence) ($t(74.9) = 3.0$, $p < .005$), IV (autonomie) ($t(80) = 2.8$, $p < .01$) et VI

(prédisposition à la consommation de drogues) ($t(70.5) = 4.1, p < .001$). Le tableau 5 nous montre les moyennes et écarts-types obtenus par les hommes des deux échantillons.

Tableau 5

Moyennes et écarts-types à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pour les hommes en santé et coronariens

Hommes	Echantillons			
	En santé		Coronariens	
	(n = 36)		(n = 46)	
Tendances	M	ÉT	M	ÉT
I	2.9	2.3	4.1	2.3 *
II	1.4	1.7	4.2	2.9 ***
III	1.8	1.1	2.8	1.9 **
IV	8.1	1.2	7.2	1.4 **
V	5.6	1.9	5.6	1.8 n.s.
VI	5.6	1.9	5.6	1.8 ***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Les deux hypothèses se trouvent confirmées. Cependant, les scores des angineux diffèrent significativement de ceux des infarctisés pour la Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($t(52) = 2.6, p < .05$) et la

Tendance IV (autonomie) ($t(52) = 2.4, p < .05$). C'est ce que nous montre le tableau 6.

Tableau 6

Résultats des angineux et des infarctisés à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pour les Tendances II et IV

Tendances	Sous-groupes			
	Angineux (n = 16)		Infarctisés (n = 38)	
	M	ÉT	M	ÉT
II	2.5	2.2	8.1	1.1 *
IV	4.6	2.9	7.1	1.4 *

* $p < .05$

Pour les six tendances, les moyennes des femmes en santé et coronariennes ne présentent aucune différence significative entre elles. De plus, la moyenne des scores des femmes coronariennes ($M = 2.6, \text{ÉT} = 1.8$) pour la Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes) est beaucoup plus faible que celle des hommes coronariens ($M = 4.2, \text{ÉT} = 2.9$), alors qu'elle est plus élevée pour la

Tendance IV (autonomie) (Femmes coronariennes; $M = 8.3$, $\text{ÉT} = .9$. Hommes coronariens; $M = 7.2$, $\text{ÉT} = 1.4$).

Si on ne considère que le sous-groupe des hommes, une différence significative apparaît uniquement pour les moyennes de la Tendance II ($t(26.4) = 3.2$, $p < .01$).

Une analyse de régression faite pour mesurer l'influence des facteurs de risque sur les tendances de personnalité démontre que 21% de la variance est expliquée par les facteurs de risque quant à la Tendance II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($F(8, 88) = 2.96$, $p < .01$) et 20% pour la Tendance IV (autonomie) ($F(8, 88) = 2.82$, $p < .05$).

Comme les deux échantillons de recherche sont significativement différents ($F(6, 107) = 3.8$, $p < .01$) sur les variables âge, scolarité, revenu et occupation, une analyse multivariée a été effectuée pour établir la différence qui existe entre les deux échantillons et les six tendances de personnalité. Cette différence est significative ($F(1, 112) = 6.74$, $p < .05$) pour la tendance VI (prédisposition à la consommation de drogues); mais la variable scolarité semble influencer également puisqu'une différence significative entre cette variable et la Tendance VI existe aussi ($p < .01$). Il apparaît donc difficile de déterminer clairement le lien entre le groupe et cette

sixième tendance. Cependant, le lien entre le groupe et les tendances est significatif pour les tendances I (prédisposition au cancer) ($F(1, 112) = 9.92, p < .01$), II (prédisposition aux maladies coronariennes) ($F(1, 112) = 21.44, p < .001$), III (ambivalence) ($F(1, 112) = 5.05, p < .05$), et IV (autonomie) ($F(1, 112) = 6.29, p < .05$). Il ne l'est pas pour la tendance V (prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde); ($F(1, 112) = .03, n.s.$).

En résumé, les différences entre les tendances de personnalité II (prédisposition aux maladies coronariennes) et IV (autonomie) pour les deux échantillons étudiés sont vraiment significatives puisque les résultats sont peu affectés par les autres facteurs. Les résultats à l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress sont donc considérés comme des résultats tangibles de ce lien.

Le chapitre suivant discute en détail les résultats présentés dans cette section.

Discussion

Les deux hypothèses sont confirmées. Les scores des deux échantillons étudiés diffèrent significativement sur les Tendances II et IV, les coronariens ayant des scores plus élevés sur la Tendance II et plus faibles sur la Tendance IV. La présente recherche a été effectuée auprès d'une population francophone, possiblement différente des populations européennes étudiées par Eysenck et Grossarth-Maticek; les résultats sont semblables, c'est-à-dire que les coronariens obtiennent des scores plus élevés sur la Tendance II alors que les sujets en santé ont des scores plus élevés sur la Tendance IV tout comme dans les études de Grossarth-Maticek et Eysenck. La traduction de l'Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles au stress se révélait essentielle pour réaliser cette étude et ne semble pas avoir été préjudiciable.

Le nombre de tests psychologiques de langue française est limité. Une solution s'offre aux chercheurs; elle consiste à valider en français des instruments anglais déjà existants, et à les utiliser avec une population francophone. Aussi, il est fréquent que les chercheurs préparent eux-mêmes une traduction française de l'instrument qu'ils veulent utiliser. C'est alors que certains biais linguistiques, psychologiques et de compréhension peuvent se

glisser et mener à certaines divergences entre la version originale et celle obtenue en français. Pour éviter ces biais, Vallerand (1989) suggère la méthode de traduction inversée. Selon l'avis de plusieurs chercheurs en psychologie transculturelle cités par Vallerand (Brislin, 1986; Brislin et al., 1973) cette technique semble idéale pour établir une version préliminaire de l'instrument psychologique. La traduction de l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress présenté dans cette étude a été faite de façon traditionnelle. Les alpha de Cronbach, bien que faibles sur certaines tendances (IV; autonomie =.57, V; prédisposition à la dépression et à l'arthrite rhumatoïde =.49) sont significatifs. Une traduction inversée aurait sans doute permis une validation transculturelle plus adéquate.

Les deux échantillons étudiés diffèrent sur plusieurs variables: âge, scolarité, revenu, occupation, sexe, statut socio-économique et facteurs de risque.

Pour vérifier le degré d'influence des variables âge, scolarité, revenu et occupation sur les six tendances de personnalité, une analyse multivariée a été effectuée. Cette analyse statistique révèle que seule la scolarité sur la Tendance VI a une influence significative. Les Tendances II et IV sont les seules concernées par la présente recherche. Les différences dans ces variables n'en

affectent donc pas les résultats. Une étude faite avec des sujets choisis au hasard comporte le risque de présenter des différences significatives dans les variables indépendantes. L'utilisation d'échantillons appariés aurait éliminé ce risque. Mais la difficulté à recruter suffisamment de sujets aurait été majeure, voire même impossible dans une région comme celle de Trois-Rivières.

Autre point important, l'échantillon de coronariens représenté ici, compte davantage d'hommes que de femmes. Les statistiques révèlent que les hommes sont plus nombreux à être atteints de maladies coronariennes. En 1993 au Québec, 16.4% d'hommes ont subi un infarctus du myocarde comparé à 9.3% de femmes dans la population âgée entre 45 et 64 ans (Bureau de la statistique du Québec, 1995). Le pourcentage de femmes coronariennes ayant participé à cette étude est plus faible que celui rapporté par les statistiques. Une échantillon féminin plus important est donc nécessaire pour considérer leurs résultats comme sous-groupe.

Plusieurs recherches ont été faites avec des sujets masculins uniquement. La différence existant entre les sexes dans l'avènement des maladies coronariennes a tout de même intrigué quelques chercheurs. Waldron (1977, 1978) explique cette différence par le fait que les filles reçoivent une socialisation différente de celle des garçons.

L'aspect du rôle traditionnel de l'homme dans la société semble associé au développement du comportement de Type A et donc lié à l'avènement des maladies coronariennes. Ce patron de comportement existe aussi chez les femmes. Elles sont alors plus susceptibles de travailler à l'extérieur du foyer où les pressions reliées à l'emploi peuvent stimuler ce comportement. Les différences quant à l'agressivité et à l'encouragement à la compétition profitent au succès dans le rôle traditionnel de l'homme mais pas dans celui de la femme.

Doornen et Blokland (1987) ainsi que Matthews (1989), proposent comme explication le fait que les hommes et les femmes se distinguent dans leurs réponses au stress comportemental. Et, parce que les réponses psychophysiologiques au stress comportemental prédisent les maladies coronariennes, les différences entre les sexes peuvent contribuer aux écarts quant à la mortalité et la morbidité. Les expériences de Matthews et al. rapportées par Matthews (1989), démontrent une différence de tension artérielle et de lipides chez les hommes et les femmes lors d'un stress expérimental. Fait intéressant, la différence dans la pression systolique semble apparaître autour de l'adolescence, évoquant que les hormones reproductrices jouent un rôle dans la réponse au stress. D'autres évidences suggèrent un effet interactif des hormones de

reproduction et de réponse au stress. Par exemple, lors d'un stress expérimental, les femmes en pré-ménopause ont une hausse d'épinéphrine, une pression systolique plus élevée et un pouls plus rapide que les femmes en post-ménopause du même âge.

Les femmes ménopausées chirurgicalement à un jeune âge sont très à risque pour les maladies coronariennes. Selon Stringer (1991), des études portant sur la prise d'oestrogène en post-ménopause concluent qu'un supplément oestrogénique à cette période constitue une prophylaxie contre ces maladies.

Dans la recherche d'Engerbretson et Matthews (1992), les hommes obtiennent un score d'hostilité plus élevé que les femmes à l'Inventaire d'hostilité de Cook-Medley. Ces résultats s'accordent avec des rapports précédents affirmant que les hommes sont plus cyniques et ont des attitudes plus hostiles que les femmes sur cette échelle. Parmi les hommes, ceux qui obtiennent des scores élevés sur l'échelle d'hostilité tendent à montrer une hausse dans leurs réactions cardio-vasculaires durant des stress psychologiques, suggérant que la mesure d'hostilité est utile pour toiser les tendances comportementales associées avec les risques cardio-vasculaires. Les raisons de l'absence de cette association entre la réactivité et l'hostilité chez les femmes sont inconnues. L'hostilité

peut avoir différentes fonctions chez les deux sexes et ainsi être liée différemment aux risques cardio-vasculaires.

Les résultats de cette même étude démontrent que les femmes expriment moins leur hostilité que les hommes. Chez ces derniers, l'hostilité est associée à une tendance à la compétition, à travailler dur et à une pression du temps. Chez les femmes, elle est liée à une retenue de l'expression du senti agressif. Cette différence dans la manifestation de la colère entre les sexes soulève la possibilité que l'expression de l'hostilité telle que mesurée par l'Entrevue de diagnostic structurée ait une fonction différente pour les hommes et les femmes. Les auteurs postulent que chez l'homme, cette manière hostile de se comporter contribue à être plus compétitif et travailleur, alors que chez la femme, les comportements interpersonnels hostiles sont une conséquence du mécanisme de refoulement de la colère.

Une autre différence significative entre les deux échantillons étudiés est leur statut socio-économique (emploi, revenu). L'impact des conditions de vie sur l'individu questionne toujours les chercheurs. Les facteurs de risque biologiques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabagisme...) constituent seulement la moitié de l'explication des maladies coronariennes. L'autre moitié peut être expliquée par le comportement de l'individu et les facteurs sociaux.

Or, la relation entre les facteurs socio-économiques et les maladies coronariennes s'est modifiée pendant la période industrielle (Jenkins & Zizanski, 1980). Au cours des années '50 dans le sud rural des États-Unis, les hommes ayant un statut socio-économique élevé étaient les plus à risque. Waldron (1978) explique ce phénomène de la façon suivante: la grande mobilité ascendante des gens ayant un patron de comportement de Type A, le renforcement de ce patron de comportement de Type A chez les personnes ayant des statuts éducationnels et de travail élevés, et la tendance des parents de statut social favorisé de former des enfants avec ce patron de comportement font en sorte que ces personnes sont plus à risque de développer des maladies coronariennes.

Plus tard, lors de l'industrialisation, le niveau social le plus à risque s'est inversé. Les personnes à faible statut socio-économique devancent leurs voisins quant au risque de maladies coronariennes. Ces dernières sont devenues une épidémie dans les niveaux d'emploi plus faibles, chez les gens moins instruits et chez ceux vivant dans les milieux pauvres. Il semble qu'il en fût de même en Angleterre et dans le pays de Galles.

Les personnes ayant un faible niveau d'instruction ne sont pas préparées pour maintenir un emploi «sécure» à un niveau occupationnel pouvant combler leurs besoins. Elles

peuvent être limitées pour interpréter la réalité sociale et résoudre des problèmes potentiels avant que ces derniers n'atteignent des proportions stressantes (Jenkins & Zizanski, 1980).

Par ailleurs, Hinkle, Whitney, Lehman, Dunn, Benjamin, King, Plakun & Flehinger (1968) ont démontré que les hommes ayant un niveau d'études collégiales au moment de leur embauche chez Bell, avaient des habitudes de vie différentes de celles des hommes moins instruits. Ces différences s'expliquent par les influences familiales durant l'enfance et non par le degré d'instruction. Un niveau d'instruction plus élevé est à cette époque un indicateur de classe sociale favorisée permettant un style de vie plus sain. La relation entre le niveau d'instruction et les habitudes de vie est significative pour les variables telles le tabagisme, la consommation de café, la préférence pour le lait à faible teneur en gras, la fréquence de consommation de fruits et de légumes, suggérant que les individus plus instruits ont des habitudes associées à de faibles risques de maladie coronarienne. Les résultats en regard de l'activité physique, de l'usage du tabac et du poids sont en accord avec cette étude (Jacobsen & Thelle, 1988). Kasl (1979) ajoute que pour les moins instruits, la situation au travail demande plus d'habileté que l'individu n'en a acquis par son instruction et que cela lui crée de la pression.

Les résultats de Hinkle et al. (1968) indiquent que les hommes qui atteignent les hauts niveaux de direction, comme groupe, n'ont pas un taux plus élevé de risque de maladies coronariennes que ceux demeurant à un niveau inférieur. Ils ne démontrent pas que ceux qui ont davantage de responsabilités, ou qui ont été promus plus rapidement, fréquemment ou récemment, ont un risque accru de maladie coronarienne. Par contre, ceux qui arrivent à l'entreprise avec un diplôme d'études collégiales ont un taux plus faible d'attaques, de décès et d'incapacité relié aux maladies coronariennes et ce, à tous les âges, dans chaque partie du pays, et dans chacun des départements de l'organisation.

Différents auteurs soutiennent que les gens des classes économiques supérieures auraient un style de vie moins à risque.

Ainsi, chez les individus de faible statut socio-économique, la fréquence du tabagisme, de l'hypertension artérielle, des maladies coronariennes, de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité est accrue (Syme & Berkman, 1976; Kasl, 1979; Kraus, Borhani & Franti 1980; Rose & Marmot, 1981 Ruberman, 1995). Plusieurs études ont démontré que les plus faibles niveaux d'éducation, le faible statut socio-économique, le manque de support social et le deuil sont associés avec toutes les causes de mortalité, particulièrement la mortalité cardiaque. Le haut niveau de

stress et l'isolation sociale prévalent chez les moins instruits (Ruberman, 1995).

Matthews (1989) mentionne que des investigations épidémiologiques reconnues ont rapporté des associations entre des indices de faible statut socio-économique et les facteurs de risque majeurs pour les maladies coronariennes incluant la condition de fumeur, l'hypertension artérielle, et l'hypercholestérolémie, particulièrement chez les blancs. Toutefois, ces études ont démontré que la distribution des facteurs de risque majeurs explique partiellement le risque de mortalité dû aux maladies coronariennes associées au statut socio-économique. Ce fait suggère que d'autres variables importantes, incluant les variables psychologiques, varient dans leur distribution socio-économique et influencent le risque pour la morbidité et la mortalité causées par les maladies coronariennes. Pour soutenir son approche, Matthews rapporte les résultats de Ruberman, Goldberg & Chaudhary (1984) qui démontrent que chez les hommes survivant à un infarctus du myocarde, la mortalité subséquente est associée à un faible niveau d'éducation, qui à son tour est associé à un haut niveau de stress et d'isolation sociale.

Plusieurs auteurs relient le besoin de support social au risque de maladie coronarienne (Kasl, 1979; Marmot, 1983; Syme, 1987). Syme (1987) réfère à la conclusion de

Matsumoto (1970) que les Japonais vivant selon les normes américaines et ayant moins de support social ont un risque de 2.5 à 5 fois plus élevé de développer des maladies coronariennes. Il ajoute que parce que le comportement des gens s'insère dans un contexte social et culturel, il est difficile de modifier les comportements à risque.

Mais, quels facteurs affectent la susceptibilité de maladie dans les classes sociales défavorisées?

Un de ces facteurs semble être le changement de vie associé à la mobilité sociale et culturelle. Les gens ayant vécu cette mobilité semblent présenter un plus haut taux de maladie coronarienne. Un autre facteur peut être le stress de certains événements de vie et la façon d'y faire face. Le tabagisme, l'obésité, les nombreux changements de vie, et le patron de comportement de Type A sont des exemples de façons de composer avec le stress des gens des classes sociales défavorisées. L'environnement de ces classes sociales conduit donc à un pauvre état de santé et à un risque accru pour les maladies coronariennes (Syme & Berkman, 1976).

Carroll (1992) nous rapporte les propos de Byrne (1981), pour qui la conception du comportement du Type A est une interaction personne-environnement. Les personnes caractérisées par un fort comportement de Type A

expérimentent davantage d'événements stressants. Il est possible qu'elles aient organisé leur vie de façon à augmenter la probabilité d'avoir à faire face à plus de situations stressantes. Comme le stress est un important facteur de médiation, ce n'est pas que la personne de Type A y réagit plus fortement, c'est qu'elle en expérimente davantage et que la fréquence de contact avec celui-ci peut lui faire développer la maladie.

Ainsi, les personnes ayant un statut socio-économique faible et expérimentant davantage de stress seraient plus à risque de développer des maladies coronariennes. Leur statut occupationnel avec toutes ses exigences pourrait être un facteur supplémentaire de stress. Deux caractéristiques du monde du travail reliées aux maladies coronariennes sont les fortes demandes et le peu de contrôle de l'individu pour y répondre. Karasek et al. (1981) concluent leur étude en disant que la faible latitude de décision ou les contraintes sur l'habileté du travailleur à décider comment il doit répondre aux demandes du milieu, apparaît comme un facteur de risque indépendant. Kasl (1979) souligne que les hommes ayant un niveau de décision élevé ont un taux plus faible de maladie coronarienne. L'avantage d'une grande latitude de décision se présente plus fréquemment dans les statuts élevés de travail. C'est la contrainte de la prise de décision, non la décision elle-même, qui semble poser un

nouveau facteur de risque pour la tension psychologique et les maladies coronariennes. Ces contraintes affectent les professionnels, mais elles sont plus courantes dans les statuts occupationnels bas.

En 1977, Jenkins, Zizanski, Ryan, Flessas & Tannenbaum déduisent que les gens ayant un taux d'athérosclérose élevé se caractérisent par un niveau d'achèvement accru, un style de vie pressurant, peu de sociabilité, de l'insécurité sociale, de la dépression et de la tension. La conclusion de Nowack & Sassenrath (1980) explique une partie de cette pression et de cette anxiété. Elle démontre que le niveau d'anxiété tel que mesuré par l'échelle de Bortner est significativement plus élevé chez les individus de Type A ayant un locus de contrôle externe.

Brenner (1991) décrit les deux ensembles de mécanismes sous-jacents à la relation entre le statut socio-économique, le pauvre état de santé et la survivance. Les mécanismes directs comprennent le faible niveau de contrôle sur l'environnement humain et matériel, la connaissance, la richesse matérielle, l'affiliation et la santé mentale. Le deuxième ensemble de mécanismes est indirect et s'articule comme suit. À cause du faible niveau de contrôle, les groupes socio-économiques défavorisés sont plus à risque d'avoir à faire face à des impacts externes, spécialement ceux impliquant l'économie, c'est-à-dire, la récession et

les autres sources d'instabilité économique. En même temps, possédant peu de ressources, il est plus difficile pour ces gens d'éviter ces impacts. Aussi, ils vivent ces chocs d'une manière plus sévère. La grande fréquence de chocs économiques combinée à sa sévérité accrue (due au peu de ressources atténuantes), conduisent à des réactions de stress plus fréquentes et rigoureuses. De telles réactions incluent des dommages au réseau social (divorce, séparation, émigration), des réponses émotionnelles (agression, dépression, déni) et, en interaction avec le faible niveau de connaissances, des problèmes avec l'alcool, le tabac, les drogues et l'obésité.

Dans la présente recherche, les facteurs de risque biologiques mesurés ne comptent que pour 21% de la variance sur la Tendance II et 20% sur la Tendance IV. Le fait qu'ils soient additionnés plutôt que multipliés pourrait sans doute expliquer ce résultat. Cette méthode a été choisie parce que les chercheurs ne s'entendent pas sur la façon de calculer les facteurs de risque et que l'objet de la présente recherche était simplement d'en tenir compte et de comparer les deux échantillons étudiés sur ceux-ci.

Les résultats de la présente étude démontrent qu'une différence significative existe pour les tendances II et IV, entre les coronariens souffrant d'angine et ceux ayant subi un infarctus. L'idée que les scores des angineux et des

infarcisés devraient être semblables pour ces deux échelles est infirmée. En quoi ces personnes diffèrent-elles?

En 1964, Ostfeld, Lebovits, Shekelle et Paul évaluent les malades coronariens à l'aide du MMPI et du 16 PF de Cattell. Les angineux obtiennent des scores plus élevés sur les échelles d'hypochondrie et d'hystérie et un score plus bas sur le facteur C. A partir de ces résultats, ces chercheurs affirment que les hommes souffrant d'angine, comparés à ceux ayant fait un infarctus ou étant non-coronariens, ont une tendance plus grande, précédant l'évidence de maladie, à se plaindre de symptômes de toutes sortes et à être préoccupés de l'état de leur santé même en l'absence de résultats objectifs. Les infarcisés eux, se plaignent moins que les non-coronariens.

Autre inférence, les angineux sont caractérisés par une plus grande labilité dans certains aspects de la fonction cardio-vasculaire. Ils pourraient être plus en mesure d'expérimenter les sensations reliées à l'ischémie myocardique parce que leur système cardio-vasculaire répond de façon plus marquée aux sensations physiques et aux expériences de la vie quotidienne. Cette inférence est aussi expliquée par le facteur C que Cattell interprète comme mesurant la capacité d'intégration immédiate et le contrôle des réactions physiques et des impulsions émotives.

Lebovits, Shekelle, Ostfeld et Paul (1967) démontrent que les survivants à un infarctus du myocarde obtiennent des scores plus élevés après l'avènement de la maladie sur trois sous-échelles du MMPI (HsK, D, Hy) alors que les non-coronariens n'obtiennent aucun changement sur ces échelles durant toute l'étude. Il semble logique que ces scores soient augmentés lors de toute maladie puisqu'ils accroissent la vigilance en ce qui concerne les symptômes physiques. Selon Dongier (1973) des changements dans la personnalité ont lieu après un infarctus du myocarde. Stone et Costa (1990) conçoivent eux aussi, que des changements de personnalité se produisent suite à la maladie.

Personne ne croit en un profil de personnalité unique aux maladies coronariennes. Même si des mécanismes de défense, des traits de caractère et des patrons de réaction névrotiques semblent être présents chez des patients coronariens, ils le sont aussi dans d'autres catégories diagnostiques.

Dongier (1973) relève plusieurs différenciations psychodynamiques entre l'angine de poitrine et l'infarctus. Il déduit que l'individu prédisposé aux maladies coronariennes se caractérise par de l'anxiété, de la dépression et des défenses obsessionnelles. Alors que les sujets prédisposés à l'angine sont caractérisés par de l'anxiété, une labilité émotionnelle et des traits

hypocondriaques, les individus prédisposés à l'infarctus se distinguent par des traits obsessifs-compulsifs, une répression des affects, de l'anxiété, et des fixations anales plus fréquentes.

Un consensus croissant soutient qu'une taxonomie compréhensive de la personnalité inclut les cinq facteurs suivants: le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, l'amabilité et la conscientisation. Le névrosisme comprend les traits spécifiques d'anxiété, d'hostilité, de dépression, de conscience de soi, d'impulsivité et de vulnérabilité. L'extraversion inclut la chaleur, la sociabilité, l'assurance, l'activité, la recherche de l'excitation et les émotions positives. Le névrosisme évalue la stabilité émotionnelle et l'ajustement par rapport à la détresse psychologique. Ainsi Booth-Kewly et Friedman qui ont étudié la colère, la dépression et l'anxiété, ont plutôt étudié des facettes du névrosisme (Stone & Costa, 1990). Alors que pour Eysenck (1975), l'extraversion et le névrosisme sont les deux dimensions majeures et indépendantes de la personnalité reliées à l'éveil de l'émotion. Il a identifié des différences de comportement dans les dimensions introversion et extraversion avec divers niveaux d'éveil cortical. Ainsi, les introvertis tendent vers un haut niveau d'éveil et une amplification de la situation, alors que le contraire est

vrai pour les extravertis. Le névrosisme, quant à lui, est premièrement concerné par la sensibilité ou l'excitation (Eysenck & Eysenck, 1969).

En 1985, Eysenck cite l'hypothèse de Floredus (1974) attestant que l'angine et l'hypertension artérielle corrélient avec le névrosisme et l'introversión, alors que l'infarctus et l'hyperlipémie (élévation pathologique du taux de lipides dans le sang) corrélient avec le névrosisme et l'extraversión.

Plusieurs types de stimuli, expériences et rencontres causent davantage de tension chez les personnes instables émotivement. Ainsi, la douleur physique crée moins de tension chez l'extraverti alors que la discrimination sensorielle impose moins de tension chez l'introverti (Eysenck, 1988a). D'après Duckitt et Broll (1982), les extravertis sont significativement plus tolérants lors de changements de vie récents que les introvertis. L'extraversión semble être un modérateur de stress. Ces auteurs rapportent les conclusions de Johnson et Sarason (1978) et de Tyson (1981), postulant que le locus de contrôle a une grande influence sur le processus d'évaluation cognitive.

Les résultats démontrant que les introvertis qui sont exposés à un haut niveau de changements de vie récents

rapportent un score élevé sur l'index de symptômes de Langner alors que les extravertis ne le font pas, suggèrent que les introvertis sont plus vulnérables à l'impact des changements de vie récents en terme de tension. Eysenck propose l'explication que les introvertis sont plus prédisposés à une symptomatologie reliée à l'anxiété alors que les extravertis sont davantage enclins à des désordres de passage à l'acte comme des comportements anti-sociaux et de l'hystérie.

En 1992, Schmitz établit que: le névrosisme est corrélé significativement avec les tendances I, II III et VI (de l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress), quoique de façon moins marquée pour les tendances III et IV, alors que l'extraversion est corrélée avec les tendances I et II. La tendance II se caractérise par sa corrélation avec le psychotisme. Schmitz confirme donc Eysenck (1985), qui soutient que la personne à risque pour les maladies coronariennes a des scores hypothétiquement élevés sur les facteurs de névrosisme et de psychotisme.

L'extraversion et le névrosisme élevés sont liés au syndrome des plaignants et il ne semble pas que ce soit une caractéristique de ceux qui développent les maladies coronariennes. Pour Denney et Frisch (1981) le névrosisme est relié à l'occurrence de la maladie aussi fortement qu'aux stress de la vie, mais il n'agit pas comme variable

modératrice: ainsi, l'interaction en terme d'analyse de variance n'est pas significative. Stone et Costa (1990) croient que rapporter de la douleur est subjectif (angine) alors que l'infarctus est prouvé de façon objective. Ceux qui se plaignent et n'ont pas de signe d'athérosclérose ont peut-être un plus grand niveau de névrosisme. Le névrosisme amplifie ou cause des plaintes somatiques. Il est associé à l'angine et non aux véritables maladies coronariennes, comme l'infarctus du myocarde et la mort par maladie coronarienne.

L'angine n'est pas spécifique à l'athérosclérose telle que démontrée par les examens angiographiques. Dans une étude sur des gens référés en angiographie pour une douleur de poitrine, ceux qui n'avaient cliniquement pas de maladie ont obtenu des scores plus élevés sur les mesures de névrosisme que ceux ayant une maladie coronarienne (Shekelle, Sally, Vernon & Ostfeld, 1991).

Par leur étude, Shekelle et al. (1991) confirment que la tendance à se plaindre ou à expérimenter des émotions négatives et de détresse est associée à des conditions non athérosclérotiques semblables à l'angine plutôt qu'à des maladies coronariennes. Par contre, les plaintes somatiques et les scores élevés sur les échelles d'hypocondrie et d'hystérie du MMPI, sont associés au risque de mort coronarienne chez les hommes ayant survécu à un infarctus du myocarde. Ce résultat peut indiquer que la tendance à

rapporter des plaintes somatiques est liée à la susceptibilité d'augmenter les stressseurs émotionnels qui pourraient à leur tour augmenter les arythmies dans un myocarde ischémique.

Conclusion

La présente étude démontre que les individus atteints de maladies coronariennes diffèrent significativement des individus en santé sur les tendances II (prédisposition aux maladies coronariennes) et IV (autonomie) de l'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress établi Grossarth-Maticek et Eysenck (1990). Elle appuie aussi les résultats de plusieurs recherches voulant que ces deux populations diffèrent quant à leur statut socio-économique et leurs facteurs de risque. Elle illustre que les scores des angineux et des infarctisés sont significativement différents, même s'ils appartiennent à la même tendance (II). Cependant, nous ne pouvons généraliser ces résultats puisque le nombre de sujets participants restreint est limité à un groupe d'âge particulier (45 à 64 ans) et à une région définie (Trois-Rivières).

Aucune hypothèse n'a été formulée au sujet des femmes coronariennes, puisqu'au départ nous n'avions aucune raison de croire qu'une différence existait entre les hommes et les femmes. En effet, plusieurs recherches ont été réalisées avec des hommes seulement. Les raisons motivant ce fait demeurent inconnues et suscitent quelques questions. Les femmes coronariennes sont-elles plus difficiles à répertorier? Sont-elles moins disponibles pour participer

aux recherches? Est-ce que l'augmentation du pourcentage de coronopathies chez les femmes est récent? Serait-il occasionné par le rythme de vie effréné et l'envahissement du marché du travail par ces dernières?

Seulement huit sujets féminins coronariens ont participé à la présente recherche. Ceci a pour conséquence qu'une comparaison des résultats des femmes coronariennes avec ceux des hommes coronariens soulève un problème de validité..

Les recherches conduites par Eysenck et Grossarth-Maticek conduisant à l'élaboration de cet inventaire étaient prospectives. Les sujets n'étaient pas encore atteints de maladies. Les scores de chaque individu étaient compilés un à un pour chaque tendance et c'est avec ces résultats qu'une prédisposition était définie. Dans la présente recherche, les sujets participants sont déjà atteints de maladies coronariennes, et les scores sont analysés en tant que moyennes pour les groupes et non pour chaque individu. C'est peut-être ce qui explique le peu de différence entre les scores des diverses tendances et qui empêche d'assigner d'emblée une tendance particulière à une maladie. L'Inventaire des réactions interpersonnelles au stress pourrait se révéler un meilleur instrument de prédiction lorsqu'il est utilisé pour chaque personne individuellement.

Plusieurs pistes de recherche découlent de la présente étude. Ainsi, une reprise de ce thème avec un nombre plus consistant de sujets féminins permettrait de comparer les résultats de cette population moins étudiée avec ceux obtenus jusqu'à maintenant par les hommes. Autre point important, une vérification du niveau d'athérosclérose chez les participants permettrait de connaître vraiment les différences apportées par cette variable. Une question se pose suite aux résultats concernant la tendance V (prédisposition à la dépression); puisque le lien entre la Tendance V et le groupe étudié n'est pas significatif, est-ce possible que les deux populations en santé et coronarienne soient également caractérisées par la suppression de leurs émotions? Un fait supplémentaire à noter, est que les scores obtenus pour cette tendance, sont plus élevés (scores de 5 environ) que ceux des autres tendances, et ils sont semblables à ceux enregistrés par Espnes (1995). Une étude plus approfondie de cette tendance est nécessaire.

Autre point important, les êtres humains sont uniques et en changement. Il est difficile, voire impossible d'identifier spécifiquement une seule cause de maladie. Il semble que des facteurs multiples interagissent, et ces facteurs varient en intensité d'un individu à un autre. Par exemple, l'individu coronarien se situe sur un continuum

d'introversion-extraversion et de névrosisme et sa façon de composer avec les stress est influencée par sa position sur ce continuum, tout comme sa position est influencée par ce stress. Cela rejoint la théorie de stress et de tension développée par Eysenck. Ce dernier confirme, à l'aide de certaines études, qu'il est possible de modifier ses tendances comportementales. Pour ce faire, l'individu doit acquérir une bonne connaissance de lui-même et de ses tendances comportementales et apprendre à composer adéquatement avec le stress. Ce « coping » plus approprié (pour reprendre le terme de Lazarus) devient prophylactique et parfois même thérapeutique puisqu'il permet d'améliorer sa santé physique et mentale.

Références

- Arria, A. M., & Van Thiel, D. H. (1992). The epidemiology of alcohol-related chronic disease. *Alcohol Health & Research World*, 16(3), 209-216.
- Blumenthal, J. A., Williams, R. B. Jr., Kong, Y., Schanberg, S. M., & Thompson, L. W. (1978). Type A behavior pattern and coronary atherosclerosis. *Circulation*, 58, 634-639.
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological Predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362
- Brand, R. J. (1978). Coronary-prone behavior as an independent risk factor for coronary heart disease. In T. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes, & M. Feinleib (Éds), *Coronary-Prone Behavior* (p.11-24). New-York: Springer-Verlag.
- Brenner, M. H. (1991). Health, productivity, and the economic environment: Dynamic role of socioeconomic status. In G. W. Green, & F. Baker (Éds), *Work, Health and Productivity* (pp.241-255). New-York: Oxford University Press.
- Bureau de la statistique du Québec (1995). *La situation démographique au Québec*. Edition Québec: bureau de la statistique, (pp.29-44).
- Burns, B., & Bluen, S. D. (1992). Assessing a multidimensional type A behaviour scale. *Personality and Individual Differences*, 13, 977-986.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.

- Byrne, D. G., & Rosenman, R. H. (1986). Type A behavior and the experience of affective discomfort. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 663-672.
- Carroll, D. (1992). *Health psychology: Stress, behaviour and disease*. London: Falmer Press/Taylor & Francis Inc.
- Chesney, M. A., Black, G. W., Chadwick, J. H., & Rosenman, R. H. (1981). Psychological correlates of the Type A behavior pattern. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 217-229.
- Clarkson, T. B., Manuck, S. B., & Kaplan, J. R. (1986). Potential role of cardiovascular reactivity in atherogenesis. In K. A. Matthews, S. M. Weiss, T. Detre, T. M. Dembroski, B. Falkner, S. B. Manuck, & R. B. Williams Jr (Éds), *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease* (p. 35-46). New-York: John Wiley & Sons Inc.
- Cook, W., & Medly, D. (1954). Proposed hostility and pharasic-virtue scales of the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 34, 414-418.
- Cottier, C., Adler, R., Vorkauf, H., Gerber, R., Hefer, T., & Hürny, C. F. (1983). Pressured pattern or Type A behavior in patients with peripheral arteriovascular disease: Controlled retrospective exploratory study. *Psychosomatic Medicine*, 45, 187-193.
- Cramer, D. (1991). Type A behaviour pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 73-83.
- Deary, I. J., Fowkes, F. G. R., Donnan, P. T., & Housley, E. (1994). Hostile personality and risks of peripheral arterial disease in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 56, 197-202.
- Dembroski, T. M., & MacDougall, J. M. (1982). Coronary-prone behavior, social psychophysiology, and coronary heart disease. In R. Eiser (Éd), *Social Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 39-62). New-York: Wiley.

- Denney, D. R., & Frisch, M. B. (1981). The role of neuroticism in relation to life stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research, 25*, 303-307.
- Denollet, J., Sys, S. U., & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 57*, 582-591.
- Dimsdale, J. E., Hackett, T. P., Hutter, A. M., Block, P. C., & Catanzano, D. (1978). Type A personality and extent of coronary atherosclerosis. *The American Journal of Cardiology, 42*, 583-586.
- Dongier, M. (1974). Psychosomatic aspects in myocardial infarction in comparison with angina pectoris. *Psychotherapy and Psychosomatics, 23*(1-6), 123-131.
- Doornen, V. L. J. P., & Blokland, R. V. (1987). Serum-cholesterol: Sex specific psychological correlates during rest and stress. *Journal of Psychosomatic Research, 31*(2), 239-249.
- Duckitt, J., & Broll, T. (1982). Personality factors as moderators of the psychological impact of life stress. *South African Journal of psychology, 12*, 76-80.
- Engbretson, T. O., & Matthews, K. A. (1992). Dimensions of hostility in men, women, and boys: Relationships to personality and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine, 54*, 311-323.
- Espnes, G. A. (1995). The Type 2 construct and its relation to coronary heart disease. *Psychological Reports, 76*, 3-13.
- Eysenck, H. J. (1975). The measurement of emotion: Psychological parameters and methods. In L. Levi (Éd), *Emotions-Their parameters and measurement* (pp.439-467). New-York: Raven Press.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individual Differences, 6*(5), 535-557.

- Eysenck, H. J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease, and the application of behaviour therapy in prophylaxis. *European Journal of Psychiatry*, 1(1), 29-41.
- Eysenck, H. J. (1988a). Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.
- Eysenck, H. J. (1988b). The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for genesis of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9(2), 453-464.
- Eysenck, H. J. (1990). Type A behaviour and coronary heart disease: The third stage. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(1), 25-44.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality as a risk factor in coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 5, 81-92.
- Eysenck, H. J. (1993). Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: Results of a 15 year follow-up study. *Psychological Reports*, 72, 499-516.
- Eysenck, H. J. (1994). Personality and coronary heart disease. *British Journal of Hospital Medicine*, 52 (2,3), 120.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1969). *Personality, structure and measurement*. San Diego: Robert R. Knapp publisher.
- Eysenck, H. J., & Fulker, D. (1983). The components of Type A behaviour and its genetic determinants. *Personality and Individual Differences*, 4(5), 499-505.
- Eysenck, H. J., Grossarth-Maticek, R., & Everitt, B. (1991). Personality, stress, smoking, and genetic predisposition as synergistic risk factors for cancer and coronary heart disease. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 26(4), 309-322.

- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewly, S. (1988). Validity of the Type A construct: A reprise. *Psychological Bulletin*, 104, 381-384.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286-1296.
- Goldstein, M. O., & Niaura, R. (1992). Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review. Part I: Coronary artery disease and sudden death. *Psychosomatics*, 33(2), 134-145.
- Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. J. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary hearth disease: Part 1: Description of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29(1), 1-16.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., & Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(2) 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1993). Prediction of cancer and coronary heart disease as a function of method of questionnaire administration. *Psychological Reports*, 73, 943-959.

- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., & Boyle, G. J. (1995). Method of test administration as a factor in test validity: The use of a personality questionnaire in the prediction of cancer and coronary heart disease. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 705-710.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9(2), 479-495.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Vetter, H., & Frentzel-Beyme, R. (1986). The Heidelberg prospective psychosomatic intervention study. In J. Eysenck, A. M. Depoorter, & N. V. Larebeke (Éds), *Primary prevention of cancer* (pp.199-212). New-York: Raven Press.
- Heatherton, T. F., & Weinberger, J. L. (1994). *Can personality change?* Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Helmer, D. C., Ragland, D. R., & Syme, L. (1991). Hostility and coronary artery disease. *American Journal of Epidemiology*, 133(2), 112-122.
- Hinkle, L. E. jr., Whitney, L. H., Lehman, E. W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., Plakun, A., & Flehinger, B. (1968). Occupation, education, and coronary heart disease. *Science*, 161, 238-246.
- Jacobsen, B. K., & Thelle, D. S. (1988). Risk factors for coronary heart disease and level of education: The Tromso heart study. *American Journal of Epidemiology*, 127(5), 923-932.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H., & Friedman, M. (1967). Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Diseases*, 20, 371-379
- Jenkins, C. D., & Zizanski, S. J. (1980). Behavioral risk factors and coronary heart disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 149-177.

- Jenkins, C. D., Zizanski, S. J., Ryan, T. J., Flessas, A., & Tannenbaum, S. I. (1977). Social insecurity and coronary-prone Type A responses as identifiers of severe atherosclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(6), 1060-1067.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health, 71*(7), 694-704.
- Kasl, S. V. (1979). Epidemiological contributions to the study of work stress. In G. L. Cooper, & R. Payne (Éds), *Stress at work* (pp. 3-50). New-York: John Wiley & Sons.
- Kennedy, E., Matthieu, M., Lambany, M. C., Dupuis, G., Perrault, J., & David, P. (1988). Psychologie et pathologies cardiaques. *Revue Québécoise de Psychologie, 9*(3), 81-112.
- Koskenvuo, M., Kaprio, J., Rose, R.J., Kesaniemi, A., Sarna, S., Heikkila, K., & Langinvainio, H. (1988). Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men. *Psychosomatic Medicine, 50*, 330-340.
- Kraus, J .F., Borhani, N. O., & Franti, C. E. (1980). Socioeconomic status, ethnicity, and risk of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology, 111*(4), 407-414.
- Langeluddecke, P. M., & Tennant, C. C. (1986). Psychological correlates of the Type A behaviour pattern in coronary angiography patients. *British Journal of Medical Psychology, 59*, 141-148.
- Lebovits, B. Z., Shekelle, R. B., Ostfeld, A. M., & Paul, O. (1967). Prospective and retrospective psychological studies of coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine, 29*(3), 265-272.

- Leiker, M., & Hailey, B. J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral Medicine, 3*, 129-133.
- Lemyre, L. (1986). *Stress psychologique et appréhension cognitive*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Leon, G., Murray, D., Finn, S. E., & Bailey, J. M. (1988). Inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to Type A Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 597-600.
- LeShan, L. (1959). Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *Journal of the National Cancer Institute, 22*(1), 1-18.
- Mann, A. H. (1986). Invited review. The psychological aspects of essential hypertension. *Journal of Psychosomatic Research, 30*(5), 527-541.
- Manuck, S. B., & Krantz, D. S. (1986). Psychophysiologic reactivity in coronary heart disease and essential hypertension. In K. A. Matthews, S. M. Weiss, T. Detre, T. M. Dembroski, B. Falkner, S. B. Manuck & R. B. Jr. Williams (Éds), *Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease: Status and prospects* (pp.11-34). New-York: John Wiley & sons inc.
- Manuck, S. B., Kaplan, J. R., & Matthews, K. A. (1986). Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Atherosclerosis, 6*, 2-14.
- Marmot, M. G. (1983). Stress, social and cultural variations in heart disease. *Journal of Psychosomatic research, 27*(5), 377-384.
- Matthews, K. A. (1988). Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewly and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin, 104*, 373-380.

- Matthews, K. A. (1989). Are sociodemographic variables markers for psychological determinants of health? *Health Psychology, 8*(6), 641-648.
- Meltzer, L. E., Pinneo, R., & Kitchell, J. R. (1973). *Soins intensifs coronariens: Guide à l'usage des étudiants, des réanimateurs et des infirmières spécialisées (p.1-6)*. Paris: Librairie Maloine.
- Miller, N. E. (1959). Liberalization of basic S-R concepts: Extensions to conflict behavior, motivation, and social learning. In S. Koch (Éd), *Psychology: A study of a science* (vol.2), (pp. 196-292). New-York: McGraw-Hill.
- Myrtek, M. (1995). Type A Behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update. *Personality and Individual Differences, 18*(4), 491-502.
- Nowack, K. M., & Sassenrath, J. M. (1980). Coronary-prone behavior, locus of control, and anxiety. *Psychological Reports, 47*, 359-364.
- Orth-Gomér, K., & Ahlbom, A. (1980). Impact of psychological stress on ischemic heart disease when controlling for conventional risk indicators. *Journal of Human Stress, 6*, 7-15.
- Ostfeld, A. M., Lebovits, B. Z., Shekelle, R. B., & Paul, O. (1964). A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. *Journal of Chronic Disease, 17*, 265-276.
- Perkins, K. A. (1989). Interactions among coronary heart disease risk factors. *Annals of Behavioral Medicine, 11*, 3-11.
- Price, V. A. (1982). *Type A behavior pattern: A model for research and practice*. New-York: Academic Press.

- Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 755-765.
- Rosch, P. J. (1979). Stress and cancer: A disease of adaptation? In J. Tache, H. Selye, & S. B. Day (Éds), *Cancer, stress and death* (p.187-212). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Rosch, P. J. (1980). Some thoughts on the endemiology of cancer. In S. B. Day, E. V. Sugarbaker, P. J. Rosch, & B. A. Warren (Éds), *Readings in oncology* (p. 1-6). New-York: The Intermediate Foundation for Biosocial Development and Human Health.
- Rose, G., & Marmot, M. G. (1981). Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal*, 45, 13-19.
- Rosenman, R. H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In T. M. Dembroski, s. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes & M. Feinleib (Éds), *Coronary-prone Behavior*, (p. 55-70). New- York: Springer-Verlag.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, D., Friedman, M., Strauss, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western collaborative group study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233(8), 872-877.
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Hahn, W., & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. *Journal of the American Medical Association*, 189(1), 15-22.

- Rosenman, R. H., Swan, G. E., & Carmelli, D. (1988). Definition, assessment, and evolution of the Type A behavior pattern. In B. K. Houston & C. R. Snyder (Éds), *Type A behavior pattern: Research, theory and intervention* (PP.8-31). New-York: John Wiley & sons.
- Ruberman, W. (1995). We need to know the pathways by wich mind-body interactions could link socioeconomic status and health. *Advances*, 11(3), 21-24.
- Scherwitz, L. (1988). Interviewer behaviors in the Western collaborative group study and the multiple risk factor intervention trial structured interviews. In B. K. Houston, & C. R. Snyder(Éds), *Type A behavior pattern: Research, theory, and intervention* (pp.32-50). New-York: John Wiley and sons.
- Schmitz, P. G. (1992). Personality, stress-reactions and disease. *Personality and individual differences*, 13(6), 683-691.
- Shekelle, R. B., Vernon, S. W., & Ostfeld, A. M. (1991). Personality and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 53, 176-184.
- Siegler, I. C. (1994). Hostility and risk: Demographic and lifestyle variables. In A. W. Siegman, & T. W. Smith (Éds), *Anger, hostility and the heart* (p.199-214). Hillsdale: Erlbaum associates inc.
- Siegler, I. C., Peterson, B. L., Barefoot, J. C., & Williams, R. B. (1992). Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life. *American Journal of Epidemiology*, 136(2), 146-154.
- Sklar, L. S., & Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205, 513-515.
- Sklar, L. S., & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89(3), 369-406.

- Smith, T. W. (1984). Type A behaviour, anger and neuroticism: The discriminant validity of self-reports in a patient sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 147-148.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11(3), 139-150.
- Smith, T. W., & Brown, P. C. (1991). Cynical hostility, attempts to exert social control, and cardiovascular reactivity in married couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(6), 581-592.
- Statistiques Canada (1995). Causes de décès 1993. Dans *Fondation des maladies du coeur*, (1995, septembre) p.4.
- Stevens, J. H., Turner, C. W., Rhodewalt, F., & Talbot, S. (1984). The Type A behavior pattern and carotid artery atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 46(2), 105-113.
- Stone, S. V., & Costa, P. T. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. In H. S. Friedman (Éd), *Personality and disease* (pp.178-200). New-York: John Wiley and sons.
- Stringer, K. A. (1991, Juin). Update on risk factors for coronary heart disease. *The Journal of Practical Nursing*, 43-49.
- Strougo, Z., & Coulaud, H. (1986). Les premières réactions psychologiques des patients atteints d'infarctus. *Psychologie Médicale*, 18(1), 59-61.
- Syme, S. L. (1987). Coronary artery disease: A sociocultural perspective. *Circulation*, 76 (suppl.1), 112-116.
- Syme, S. L., & Berkman, L. F. (1976). Social class, susceptibility, and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104(1), 1-8.

- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies in cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Social Science and Medicine*, 20(8), 833-840.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion, and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Waldron, I. (1977). Sex differences in coronary heart disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 119-121.
- Waldron, I. (1978). The coronary-prone behavior pattern, blood pressure, employment and socio-economic status in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 79-87.
- Weekes, B. S., & Waterhouse, I. K. (1991). Hostile attitudes and coronary prone personality. *Australian Psychologist*, 26(1), 33-36.
- Weipert, D., Shapiro, D., & Suter, T. (1987). Family history of hypertension and cardiovascular responses to orthostatic stress. *Psychophysiology*, 24(3), 251-257.
- Wright, L., Murcer, S., Adams, K., & Welch, S. (1994). The factor analytic structure of seven physical CHD risk factors: A replication study. *Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 216-219.
- Zakhari, S. (1991). Vulnerability to cardiac disease. In M. Galanter (Éd.), *Recent developments in alcoholism, Vol 9: Children of Alcoholics* (pp. 225-261). New-York: Plenum Press.

Appendices

Appendice A

Recherche sur la gestion du stress

Bonjour,

Mon nom est Céline Grandmont. A titre d'étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, j'aimerais obtenir votre appui pour réaliser une recherche me permettant de compléter les exigences de ma formation. Le but de cette étude est de mieux comprendre la gestion du stress et son influence sur les personnes.

Il y a deux questionnaires à compléter. Le premier consiste en des renseignements généraux tandis que l'autre porte sur les attitudes propres aux gens. Le temps requis est d'environ une vingtaine de minutes. L'anonymat est de rigueur.

Les renseignements que vous donnerez demeureront strictement confidentiels. La recherche ne porte que sur les renseignements concernant un individu en particulier mais sur l'ensemble des informations recueillies. C'est donc en terme de moyennes de groupe que les informations seront finalisées. Pour que les résultats soient représentatifs, il est très important d'obtenir votre collaboration personnelle.

Merci beaucoup

Céline Grandmont

Appendice BQuestionnaire de renseignements généraux

Âge:..... Sexe: (M ou F)

Poids:..... Taille:.....

Encerclez la réponse adéquate**Statuts conjugal et familial**Vous êtes:

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1. Célibataire | 2. Marié(e) |
| 3. Veuf(ve) | 4. Divorcé(e), séparé(e) |

Vous avez des enfants:

- | | | |
|--------|-----------|--------------|
| 1. Non | 2. 1 ou 2 | 3. 3 ou plus |
|--------|-----------|--------------|

ScolaritéEncerclez votre plus haut niveau de scolarité atteint:

- | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Primaire : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Secondaire: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Collégial: | 1 | 2 | 3 | | | | |
| Universitaire: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Revenu du coupleEncerclez votre revenu annuel habituel:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 1 - 14 999 | 2. 15 000 - 29 999 |
| 3. 30 000 - 59 999 | 4. 60 000 et plus |

Occupation

Présentement travaillez-vous? 1. Oui 2. Non

Si oui:

1. Temps plein 2. Temps partiel 3. Occasionnellement

Si non, vous êtes:

1. En repos 2. En chômage 3. Autre.....

État de santé:

1. Dans votre famille, y a-t-il quelqu'un qui souffre ou a souffert de maladies cardiaques:

Si oui, qui?

Combien?

Grand-parents:..... 1 2 3 4

Parents: 1 2

Oncles ou tantes: 1 2 3 et plus

Frères ou soeurs: 1 2 3 et plus

2. Votre tension (pression) artérielle est:

1. Normale

2. Je ne le sais pas

3. Plus élevée que 140/90 Combien?.....

4. Basse

7. Vous pratiquez une activité physique:

1. Non ou très rarement
2. Moins de 3 fois par semaine
3. Habituellement 3 à 6 fois par semaine
4. À tous les jours

8. Si vous souffrez de maladie cardiaque:

Depuis quand?

1. Vous faites de l'angine: date de la dernière:.....
2. Vous avez fait un infarctus; date:.....
3. Vous avez fait plus d'un infarctus; combien:.....
Date du dernier:.....

Appendice c

Inventaire abrégé des réactions interpersonnelles selon H.J. Eysenck

Les prochaines questions se rapportent à vos attitudes et émotions lorsque vous êtes en relation avec des personnes qui sont importantes pour vous. Il suffit de répondre «oui» ou «non» à chaque question en vous fiant à votre première impression. Il est important de répondre à toutes les questions, sinon le questionnaire devient invalide.

Répondez par oui (O) ou non (N) sur le pointillé à la fin de chaque question.

1. Je trouve très difficile d'imposer mon opinion ...
2. Je me plains depuis des années de situations désagréables, mais je suis incapable de les changer ...
3. Mon propre bien-être est ce qui me préoccupe le plus ...
4. Je suis habituellement heureux(se) et satisfait(e) de mes activités journalières ...
5. Je peux exprimer mes sentiments seulement lorsque je considère qu'il y a de bonnes raisons de le faire ...
6. Je ne crois pas aux règles sociales et je ne prête pas beaucoup attention aux attentes des autres ou aux obligations que je peux avoir envers eux ...
7. Je ne peux vivre heureux(se) et de manière satisfaisante que ce soit avec quelqu'un ou non ...
8. Je préfère approuver les autres plutôt que de faire valoir mon point de vue ...
9. Certaines personnes sont les causes les plus importantes de mes malheurs ...
10. Mon évaluation des gens et des situations alterne constamment du positif au négatif ...
11. Je me détache facilement des personnes émotionnellement importantes pour moi s'il est impossible d'avoir une relation étroite avec elles ...
12. J'ai de la difficulté à extérioriser mes émotions parce que pour chaque émotion positive il existe une émotion négative ...

13. Mon comportement envers les autres alterne entre être très amical et avoir bon caractère et être très hostile et agressif ...
14. Je ne peux vivre heureux(se) et de manière satisfaisante en présence ni en l'absence de certains états ou conditions; exemple: j'ai besoin de mon travail, mais je ne suis pas heureux(se) en l'accomplissant ...
15. J'ai tendance à agir davantage pour satisfaire les attentes de mes proches plutôt que de satisfaire mes propres besoins ...
16. Certaines conditions ou situations sont les causes les plus importantes de mes malheurs ...
17. Avec les personnes que j'aime, j'alterne entre les étouffer par une dépendance exagérée ou les maintenir à une distance excessive et vice-versa ...
18. Je peux habituellement arranger les choses de façon à ce que les personnes qui sont émotionnellement importantes pour moi soient aussi près ou aussi distantes de moi que je le désire ...
19. C'est ma raison qui guide mon comportement et non mes émotions ...
20. Je m'attends souvent à ce que les autres respectent les ententes d'une façon très stricte mais je ne me sens pas obligé d'en faire autant ...
21. J'ai souvent des pensées qui me terrorisent et me rendent malheureux(se) ...
22. Pour conserver l'harmonie avec les autres, j'ai tendance à abdiquer et à abandonner mes propres buts ...
23. Je me sens désemparé(e) face aux gens ou aux conditions qui me rendent malheureux(se) parce que je ne peux pas les changer ...

24. Quand je me trouve dans une situation que je perçois menaçante, j'essaie immédiatement d'obtenir du soutien et de l'aide des autres ...
25. Lorsque je n'arrive pas à atteindre mes objectifs, je peux facilement changer de tactique ...
26. Lorsque les gens me font des demandes à caractère émotif, j'ai l'habitude de réagir rationnellement seulement, jamais émotivement ...
27. J'agis habituellement d'une façon spontanée en suivant mes sentiments immédiats sans considérer les véritables conséquences ...
28. Les relations avec certaines personnes sont assez insatisfaisantes, mais il n'y a rien que je puisse faire pour les changer ...
29. Je suis incapable d'exprimer ouvertement mes sentiments et mes besoins aux autres ...
30. Je semble toujours être confronté(e) aux aspects indésirables des personnes et des situations ...
31. Lorsqu'une personne qui m'est émotivement importante me blesse, ne serait-ce que très légèrement, je me sépare immédiatement de cette personne ...
32. Je peux arriver à vivre relativement heureux(se) avec ou sans attache émotive ...
33. Je suis totalement incapable de me laisser guider par des considérations émotives ...
34. J'ai souvent envie d'attaquer les autres et de les humilier ...
35. Certaines situations ou conditions (exemple: mon milieu de travail) ont tendance à me rendre malheureux(se) mais il n'y a rien que je puisse faire pour changer les choses ...

36. J'ai tendance à accepter des conditions qui vont à l'encontre de mes intérêts personnels sans être capable de protester ...
37. Certaines personnes interfèrent continuellement dans mon développement personnel ...
38. Je m'attends à ce que les autres vivent selon des standards moraux très élevés, mais je ne sens pas que ces standards s'appliquent à moi ...
39. Je suis habituellement capable de changer mon comportement pour m'ajuster aux situations ...
40. Mes actions ne sont jamais influencées par les émotions au point qu'elles puissent sembler irrationnelles ...
41. Lorsque mon partenaire me démontre de l'amour, il m'arrive de devenir particulièrement agressif(ve) ...
42. Certaines conditions physiques (exemple: l'obésité) me rendent malheureux(se), mais je me sens incapable de faire quoi que ce soit pour changer la situation ...
43. Je me sens souvent intimidé(e) lorsque vient le temps d'exprimer ouvertement des sentiments négatifs tels que la haine, l'agressivité ou la colère ...
44. Certaines conditions interfèrent continuellement avec mon développement personnel ...
45. Je recherche la satisfaction de mes propres besoins et désirs en premier lieu, sans me soucier des besoins et des droits des autres ...
46. Je suis habituellement capable de trouver de nouveaux points de vue et des solutions adéquates et parfois surprenantes aux problèmes posés ...
47. J'essaie toujours de faire ce qui est rationnel et logique ...

48. Lorsque j'ai envie d'attaquer quelqu'un physiquement, je n'ai aucune inhibition à le faire ...
49. Il est très rare que je sois capable de relaxer physiquement et mentalement; la plupart du temps je suis très tendu(e) ...
50. J'ai tendance à ne pas être démonstratif(ve) lorsque je suis perturbé(e) par des chocs émotionnels ...
51. Je n'ai aucun contrôle sur la surexcitation ou le stress dans ma vie parce qu'ils dépendent des actions des autres ...
52. Lorsque je fais des demandes émotionnelles à une autre personne, j'exige satisfaction immédiate ...
53. Je suis indépendant(e) dans ce que je fais, et lorsque cela tourne à mon désavantage, je ne dépends pas des autres ...
54. J'essaie toujours d'exprimer mes besoins et mes désirs de façon rationnelle et raisonnable ...
55. Rien ne m'empêche de me blesser physiquement lorsque j'en ai envie ...
56. J'ai beaucoup de difficulté à établir des relations heureuses et satisfaisantes avec d'autres personnes ...
57. Lorsque je me sens délaissé(e), je deviens paralysé(e) et inhibé(e) ...
58. Je ne peux contrôler la surexcitation ou le stress dans ma vie parce qu'ils dépendent de conditions qui sont hors de mon contrôle ...
59. Je ressens habituellement de la satisfaction dans les situations quotidiennes qui ne sont pas sujettes aux règles, contrôle et attentes ordinaires ...

60. Lorsque les choses ne réussissent pas, ceci ne me fait pas abandonner mais plutôt changer ma façon de faire ...
61. J'essaie de solutionner mes problèmes à partir de considérations pertinentes et rationnelles ...
62. Je refuse toutes les obligations morales parce qu'elles me gênent et m'inhibent ...
63. Je suis impuissant(e) lorsque je suis confronté(e) à des chocs émotifs, à de la dépression ou à de l'anxiété ...
64. Lorsque quelque chose de terrible m'arrive, comme la mort d'un être cher, je suis complètement incapable d'exprimer mes émotions et mes désirs ...
65. Je peux exprimer mes buts et mes désirs clairement mais je sens qu'il est impossible de les atteindre ...
66. Dès que quelqu'un devient émotivement important pour moi, j'ai tendance à lui faire des demandes contradictoires telles que; «Ne me quitte jamais» ou «Éloigne-toi de moi» ...
67. Lorsque les choses m'apportent des résultats nuisibles, je n'ai aucune difficulté à changer mon comportement pour atteindre le succès ...
68. Je crois seulement aux choses qui peuvent être prouvées scientifiquement et logiquement ...
69. Lorsque cela m'avantage, je n'hésite pas à faire semblant et à mentir ...
70. Je suis rarement capable de ressentir de l'enthousiasme pour quoi que ce soit ...