

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
GILLES DESJARDINS

LA FORMATION ET LE MAINTIEN  
DE L'IDÉE DÉLIRANTE DE PERSÉCUTION :  
CINQ ÉTUDES DE CAS

DÉCEMBRE 2014

## Sommaire

Comment des gens peuvent-ils développer des idées délirantes et les maintenir fermement en dépit de preuves de leur fausseté? Le clinicien est souvent confronté à cette question. Connaître les facteurs sous-jacents au développement et au maintien de l'idée délirante pourrait l'aider dans sa pratique, tant en intervention qu'en évaluation. Afin de répondre à cette question, plusieurs recherches ont étudié les facteurs menant à la formation et au maintien de l'idée délirante, notamment de l'idée délirante de persécution (IDP). Divers facteurs ont été mis en évidence par de multiples recherches quantitatives et des modèles intégratifs ont été élaborés. Plusieurs pistes existent donc, cependant, actuellement, aucun facteur, ni aucun regroupement de facteurs ne peuvent être considérés comme nécessaires et suffisants pour expliquer la formation et le maintien de l'idée délirante de persécution. De plus, il est possible qu'il y ait non pas une, mais plusieurs routes menant à l'IDP. Le but du présent projet est de voir, à travers des études de cas, comment ces facteurs et ces modèles permettent d'expliquer la formation et le maintien de l'idée délirante de persécution. Pour des raisons méthodologiques, seules des personnes présentant un trouble délirant de persécution ont été recrutées parce que ce trouble se caractérise par la présence d'une IDP « pure » en l'absence d'autres symptômes. L'étude de cas est retenue comme méthode de recherche parce qu'elle permet d'étudier la personne dans sa singularité, son entièreté et sa complexité. Elle convient donc bien aux cliniciens qui cherchent à répondre aux questions soulevées par leur pratique. Les résultats obtenus suggèrent que les facteurs neuropsychologiques cognitifs et émotionnels proposés par les études quantitatives

n'auraient qu'un rôle secondaire auprès des cinq participants étudiés. Toutefois, les résultats obtenus permettent de postuler que les stressseurs et les expériences déroutantes toucheraient des zones sensibles inscrites dans la trame de vie de la personne et susciteraient alors des réactions émotionnelles négatives les plaçant en état d'alerte. De plus, ces stressseurs et ces expériences déroutantes, ne feraient pas que précéder la formation de l'idée délirante, mais ils continueraient à apparaître, notamment parce que l'interprétation paranoïde que fait la personne de ces événements, l'amènerait à émettre des comportements de sécurité qui aurait l'effet paradoxal d'exacerber la situation problématique, créant ainsi un cycle d'autoperpétuation des IDP.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières.....	iv
Liste des Tableaux.....	xv
Liste des Figures .....	xvi
Liste des abréviations.....	xviii
Remerciements.....	xix
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	5
La théorie de l'évolution et l'IDP.....	7
Les événements de vie.....	9
Les stressseurs distaux .....	9
Les stressseurs proximaux .....	10
L'expérience déroutante et la recherche de sens.....	10
Les facteurs neuropsychologiques.....	12
Le fonctionnement neuropsychologique général .....	12
Le raisonnement probabiliste .....	14
Les cognitions sociales.....	16
Les facteurs cognitifs.....	18

Les biais de raisonnement .....	18
La flexibilité .....	20
Les méta-inquiétudes.....	22
Le besoin de fermeture .....	23
Le style attributionnel.....	24
L'anticipation des événements négatifs et l'heuristique de disponibilité.....	25
Les schèmes cognitifs.....	27
Les facteurs émotionnels .....	29
Les facteurs comportementaux : les comportements de sécurité .....	33
Les modèles intégratifs.....	34
Résumé .....	35
Méthode.....	39
Question de recherche .....	40
Méthode.....	40
Participants .....	41
Déroulement .....	42
Analyse des données .....	43
Instruments d'évaluation et de mesure .....	44
Instruments reliés aux critères d'inclusion et à la symptomatologie .....	44

L'Échelle des syndromes positifs et négatifs .....	44
L'Échelle de cotation des symptômes psychotiques (ÉCSP), partie B .....	45
La WAIS IV .....	46
Instruments reliés aux facteurs neuropsychologiques .....	46
Le Test de catégorisation.....	46
Le Test de raisonnement probabiliste (TRP).....	47
Le Test des histoires combinées (THC) .....	47
Instruments reliés aux facteurs cognitifs .....	48
L'Échelle d'intuition cognitive de Beck (ÉICB).....	48
Le Questionnaire sur les métacognitions (QM) .....	49
L'Échelle du besoin de fermeture (ÉBF) .....	50
Questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles (QAIPS) .	50
Le Questionnaire d'anticipation de la menace (QAM) .....	51
L'Échelle d'évaluation de l'estime de soi, version brève (ÉÉES-VB) .....	52
Les Échelles brèves des schèmes fondamentaux, version A (ÉBSF-VA) .....	52
Instruments reliés aux facteurs émotionnels .....	53
L'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA) .....	53
L'Inventaire de dépression de Beck II (IDP II).....	54
L'Inventaire de colère-trait et de colère-état - 2 (ICTCE-2). .....	54

L'Échelle d'auto-évaluation de la propension aux inquiétudes et ruminations....	54
L'Échelle d'auto-évaluation du niveau d'activation émotionnelle. ....	55
L'entrevue semi-structurée .....	55
Résultats .....	59
Mode de présentation des résultats.....	60
Présentation des résultats quantitatifs pour les cinq participants .....	62
Les symptômes. ....	62
L'approche évolutionniste.....	65
Les événements de vie.....	65
Les stressseurs distaux .....	65
Les stressseurs proximaux et concomitants .....	66
Les expériences déroutantes.....	67
Les facteurs neuropsychologiques.....	68
L'estimation du QI .....	68
La flexibilité .....	68
Le saut aux conclusions et le raisonnement probabiliste .....	69
La mentalisation .....	70
Les facteurs cognitifs.....	70
Les biais cognitifs.....	70

La flexibilité de la pensée.....	71
Les métacognitions.....	72
La propension aux inquiétudes et aux ruminations.....	73
Le besoin de fermeture.....	74
Le style attributionnel.....	75
L'anticipation de la menace.....	77
L'estime de soi.....	78
Les schèmes cognitifs.....	79
Les facteurs émotionnels.....	81
L'anxiété.....	81
La dépression.....	83
La colère.....	83
Auto-évaluation du niveau d'activation émotionnelle.....	84
Les comportements de sécurité.....	87
Profil du participant 1.....	90
Situation clinique au moment des entretiens.....	90
Enfance et vie familiale.....	90
Fonctionnement scolaire.....	92
Fonctionnement professionnel.....	93

Réseau social et vie relationnelle .....	93
Perception de soi .....	94
Vie spirituelle .....	94
Consommation de substances psychoactives .....	95
Situation légale .....	95
Santé mentale .....	95
Symptomatologie.....	99
Stresseurs distaux .....	99
Stresseurs proximaux .....	99
Expériences déroutantes .....	100
Facteurs neuropsychologiques .....	100
Facteurs cognitifs .....	100
Facteurs émotionnels .....	101
Comportements de sécurité .....	101
Autres éléments pertinents .....	101
Résumé de la situation.....	102
Profil du participant 2.....	103
Situation clinique au moment des entretiens .....	103
Enfance et vie familiale .....	103

Fonctionnement scolaire.....	104
Fonctionnement professionnel .....	104
Vie relationnelle et amoureuse.....	104
Perception de soi .....	105
Consommation de substances psychoactives .....	105
Situation légale.....	105
Santé mentale .....	105
Symptomatologie.....	108
Stresseurs distaux .....	108
Stresseurs proximaux .....	108
Expériences déroutantes.....	109
Facteurs neuropsychologiques .....	109
Facteurs cognitifs .....	109
Facteurs émotionnels.....	110
Comportements de sécurité .....	110
Autres éléments pertinents .....	110
Résumé de la situation.....	111
Profil du participant 3.....	112
Situation clinique au moment des entretiens.....	112

Enfance et vie familiale .....	113
Fonctionnement scolaire.....	116
Vie relationnelle et amoureuse .....	117
Vie spirituelle .....	117
Perception de soi .....	118
Consommation de substances psychoactives .....	118
Situation légale .....	118
Santé mentale .....	119
Symptomatologie.....	121
Stresseurs distaux .....	122
Stresseurs proximaux .....	122
Expériences déroutantes .....	122
Facteurs neuropsychologiques .....	122
Facteurs cognitifs .....	123
Facteurs émotionnels .....	123
Comportements de sécurité .....	124
Autres éléments pertinents .....	124
Résumé de la situation.....	124
Profil du participant 4.....	125

Situation clinique au moment des entretiens .....	125
Enfance et vie familiale .....	126
Fonctionnement scolaire.....	128
Fonctionnement professionnel .....	129
Vie relationnelle et amoureuse .....	131
Perception de soi .....	131
Situation légale .....	132
Consommation de substances psychoactives .....	132
Santé mentale .....	133
Informations de sources collatérales .....	134
Symptomatologie.....	135
Stresseurs distaux .....	135
Stresseurs proximaux .....	136
Expériences déroutantes .....	136
Facteurs neuropsychologiques .....	136
Facteurs cognitifs .....	136
Facteurs émotionnels.....	137
Comportements de sécurité .....	138
Autres éléments pertinents .....	138

Résumé de la situation.....	139
Profil du participant 5.....	140
Situation clinique au moment des entretiens.....	140
Enfance et vie familiale.....	140
Fonctionnement scolaire.....	141
Fonctionnement professionnel.....	142
Vie relationnelle et amoureuse.....	142
Consommation de substances psychoactives.....	143
Perception de soi.....	144
Situation légale.....	144
Santé mentale.....	145
Symptomatologie.....	150
Stresseurs distaux.....	150
Stresseurs proximaux.....	150
Expériences déroutantes.....	151
Facteurs neuropsychologiques.....	151
Facteurs cognitifs.....	151
Facteurs émotionnels.....	152
Comportements de sécurité.....	152

Autres éléments pertinents .....	152
Résumé de la situation.....	153
Discussion.....	154
L'approche évolutionniste.....	155
Les événements de vie.....	155
Les facteurs neuropsychologiques.....	158
Les facteurs cognitifs.....	160
Les facteurs émotionnels .....	165
Les comportements de sécurité .....	168
Conclusion .....	173
Références.....	177
Appendices.....	190

## Liste des Tableaux

### *Tableau*

1	Tableau présentant les facteurs par catégories.....	36
2	Tableau résumant le déroulement de la collecte de données.....	43
3	Tableau synthèse présentant les liens entre instruments et facteurs .....	56
4	Scores bruts pour les dimensions de l'idée délirante de persécution de l'ÉCSP....	64
5	Tableau décrivant le type de persécuteur allégué .....	65
6	Événements de vie .....	158
7	Facteurs neuropsychologiques.....	160
8	Facteurs cognitifs.....	164
9	Facteurs émotionnels .....	167
10	Comportements de sécurité.....	168

## Liste des Figures

### Figure

1	Exemple illustrant la terminologie utilisée.....	61
2	Scores bruts à l'item <i>Idées délirantes</i> du PANSS .....	62
3	Scores bruts à l'item <i>Manque de jugement et d'insight</i> du PANSS .....	63
4	Scores totaux bruts à l'échelle de délire de l'ÉCSP .....	64
5	Scores pondérés aux sous-tests <i>Vocabulaire</i> et <i>Matrices</i> de la WAIS-IV .....	68
6	Scores pondérés au <i>Test de catégorisation</i> du D-KEFS.....	69
7	Scores bruts au <i>Test de raisonnement probabiliste (TRP)</i> .....	69
8	Scores bruts au THC de la BICS .....	70
9	Scores bruts à l'échelle de flexibilité de l'ÉICB.....	71
10	Scores bruts à l'échelle de certitude de l'ÉICB .....	72
11	Scores bruts à l'échelle de certitude de l'ÉICB .....	72
12	Scores bruts au QM .....	73
13	Auto-évaluation de la propension aux inquiétudes .....	74
14	Scores bruts à l'ÉBF .....	74
15	Scores bruts à l'échelle d'attribution externe personnalisée du QAIPS.....	75
16	Scores bruts à l'échelle d'attribution externe situationnelle du QAIPS .....	76
17	Scores bruts pour l'indice de biais d'externalisation du QAIPS .....	76
18	Scores bruts pour l'indice de biais de personnalisation du QAIPS .....	77
19	Scores bruts au QAM, forme alternative .....	77
20	Scores bruts à l'échelle d'estime de soi positive de l'ÉÉES-VB .....	78

21	Scores bruts à l'échelle d'estime de soi négative de l'ÉÉES-VB .....	78
22	Scores bruts à l'échelle de vision positive de soi du QSF .....	79
23	Scores bruts à l'échelle de vision négative de soi du QSF .....	80
24	Scores bruts à l'échelle de vision positive de l'autre du QSF .....	80
25	Scores bruts à l'échelle de vision négative de l'autre du QSF .....	81
26	Résultats à l'échelle d'anxiété-état de l'IASTA .....	82
27	Résultats à l'échelle d'anxiété-trait de l'IASTA .....	82
28	Scores bruts à l'Échelle de dépression de Beck-II .....	83
29	Niveau de colère au STAXI-2 .....	84
30	Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P1 .....	85
31	Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P2 .....	85
32	Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P3 .....	86
33	Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P4 .....	85
34	Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P5 .....	86

## Liste des abréviations

ABS	Aberrant Salience Inventory
BICS	Batterie intégrée de cognitions sociales
BCIS	Beck Cognitive Insight Scale
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
CC	Conscience Cognitive
CNG	Croyances négatives généralisées
CPI	Croyances positives à propos des inquiétudes
D-KEFS	Delis-Kaplan Execution Functions System
ÉBF	Échelle du besoin de fermeture
ÉBSF	Échelle brève des schèmes fondamentaux
ÉCSP	Échelle de cotation des symptômes psychotiques
ÉÉES-VB	Échelle d'évaluation de l'estime de soi, version brève
ÉICB	Échelle d'intuition cognitive de Beck
FNI	Faible confiance cognitive
HPA	Hypothalamic-pituitary-adrenal axis
IASTA	Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété
ICTCE-2	Inventaire de colère-trait et de colère-état – 2
IDB-II	Inventaire de dépression de Beck – II
IDP	Idée délirante de persécution
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
IPSAQ	Internal Personal and Situational Attributions Questionnaires
MCQ	Meta-cognitions Questionnaires
NFCS	Need for Closure Scale
P1, P2, P3...	Participant 1, Participant 2, Participant 3...
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
QAIPS	Questionnaire d'attribution interne, personnelle et situationnelle
QAM	Questionnaire d'anticipation de la menace
QCS	Questionnaire sur les comportements de sécurité
QDE	Questionnaire d'événements
QI	Quotient intellectuel
QM	Questionnaire sur les métacognitions
SERS	Self Esteem Rating Scale
SREF	Self Regulatory Executive Functions
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
STAXI-2	State-Trait Anger Expression Inventory – 2
TAQ	Threat Anticipation Questionnaire
THC	Test des histoires combinées
ToM	Theory of Mind
TRP	Test de raisonnement probabilité
WAIS-IV	Wechsler Adult Intelligence Scale – fourth edition

## Remerciements

Je tiens d'abord à remercier le Dr Gilles Côté, psychologue, mon directeur de thèse. Le Dr Côté, chercheur émérite, est professeur titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières, directeur du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et directeur de la recherche à l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Je remercie notamment M. Côté de m'avoir accompagné patiemment au fil de ces longues années et d'avoir permis au clinicien que je suis de m'écarter des sentiers habituellement empruntés par les chercheurs de sa trempe.

Je remercie la Dre Jeannette Leblanc, psychologue, professeure titulaire à l'Université de Sherbrooke, directrice du département de psychologie et coordonnatrice du programme de doctorat pour psychologues en exercice. La Dre Leblanc a eu la gentillesse et la générosité de m'accorder plusieurs entretiens afin de s'assurer que je demeurais dans les sentiers que le département me permettait d'emprunter et de m'offrir par le fait même la paix d'esprit nécessaire à la poursuite de mes travaux.

Je remercie Mme Sonya Audy, consultante en éthique et présidente du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, qui a toujours agi avec une extrême diligence et de manière à faciliter les démarches à faire auprès du comité tout en demeurant d'une grande rigueur.

Je remercie la Dre Rosalie Ouellet, psychologue à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pour toute l'aide qu'elle m'a apportée lors de la préparation de mon projet de thèse.

Je remercie les docteurs Kim Bédard-Charrette, Anne-Marie Bouchard, Jean-Luc Dubreucq, Michel Filion, Frédéric Millaud, France Proulx et Jacques Talbot, psychiatres à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pour leur précieuse collaboration lors du recrutement des participants.

Je remercie les cinq participants qui m'ont généreusement offert leur temps et leur très précieuse collaboration.

Je remercie Mme Andrée Auger, bachelière en études littéraires et professionnelle du traitement de texte, pour son excellent travail de correction et de mise en page ainsi que pour sa grande disponibilité.

Enfin, je remercie ma conjointe, Chantal, pour son soutien indéfectible et bienveillant tout au long des années nécessaires à la réalisation de ce projet.

## **Introduction**

La présente thèse est le travail d'un clinicien travaillant auprès de personnes souffrant de psychose qui cherche à comprendre la nature des symptômes qu'elles présentent, telle que l'idée délirante. Même si la nature de l'idée délirante n'est pas aussi claire qu'on pourrait le croire (David, 1999; Munro, 1999), dans une forte proportion des cas rencontrés en clinique, il est facile d'identifier une idée délirante, du moins lorsqu'une définition telle que celle qui est proposée dans les dernières versions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est utilisée (APA, 2003; APA, 2013) (voir Appendice A). Néanmoins, le clinicien demeure toujours perplexe devant de telles idées. En effet, il est difficile de comprendre comment de telles idées se forment et se maintiennent alors que, le plus souvent, les membres de l'entourage de la personne tenant ces idées et les professionnels qui l'évaluent, partagent la conviction que cette idée est erronée et qu'elle défie les règles de la pensée logique.

De plus, par-delà ce questionnement, la connaissance des facteurs en jeu dans la formation et le maintien de ces idées pourrait soutenir l'établissement d'un diagnostic dans les cas complexes pour lesquels des évaluations psychologiques sont souvent demandées. Par ailleurs, notamment dans le milieu de la psychiatrie légale où cette recherche a été réalisée, la connaissance de ces facteurs aide au dépistage d'une idée délirante chez ceux qui tentent de la dissimuler ou, au contraire, à son exclusion chez ceux qui tentent de la simuler. Une meilleure connaissance de ces facteurs pourrait aussi permettre l'amélioration des méthodes d'intervention actuelles en étant plus près de la

réalité vécue par les personnes présentant des IDP. De manière plus globale, elle pourrait soutenir le clinicien dans sa recherche d'une compréhension multifactorielle de la formation et du maintien de l'IDP. Enfin, sur un plan plus théorique, elle pourrait favoriser une meilleure compréhension des divers facteurs explicatifs et de leurs interactions.

La présente thèse se limite toutefois à l'étude des idées délirantes de persécution (IDP), d'une part parce qu'il s'agit de la forme la plus courante de l'idée délirante (Freeman, 2007), parce que c'est la forme qui a été le plus étudiée, et, enfin, parce qu'il se pourrait que les facteurs en jeu avec d'autres formes d'idées délirantes, telles que les idées délirantes religieuses, de jalousie, l'idée délirante somatique ou les idées délirantes dites bizarres, ne soient pas les mêmes. Elle se limite aussi à l'étude de l'IDP dans le trouble délirant parce que ce trouble ne comporte techniquement qu'un seul symptôme, l'idée délirante, ce qui fait en sorte qu'on la retrouve à l'état pur, tel que décrit par Bömmer et Brüne (2006). En effet, d'autres troubles psychotiques, tels que la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif, comportent plusieurs types de symptômes, si bien qu'il peut devenir difficile de faire un lien entre un facteur et un symptôme spécifique. Enfin, cette thèse se limite à l'étude des facteurs psychologiques, ce qui ne se veut aucunement une négation des facteurs d'ordre physiologique. Des définitions du délire et du délire de persécution tirées du DSM-5 se trouvent dans l'Appendice A. Quant aux types de délire et aux troubles mentaux énumérés ici, leur définition est celle qu'on trouve dans les deux dernières éditions du DSM.

Plusieurs facteurs ont été mis en évidence dans la recherche quantitative, cependant, aucun facteur ni aucun regroupement de facteurs ne peuvent être considérés comme nécessaires et suffisants pour expliquer la formation et le maintien de l'idée délirante de persécution. De plus, certains auteurs évoquent la possibilité qu'il y ait non pas une, mais plusieurs routes menant à l'IDP (Bebbington, Fowler, Garety, Freeman, & Kuipers, 2008; Gracie et al., 2007), ce qui expliquerait cette difficulté à identifier des variables nécessaires et suffisantes.

Le but de la présente recherche est donc de tenter de voir comment les facteurs mis en évidence par la recherche quantitative peuvent expliquer la formation et le maintien de l'IDP, du moins chez un individu rencontré dans un contexte clinique. L'étude de cas est retenue comme méthode de recherche parce qu'elle permet d'étudier la personne dans sa singularité, son entièreté et sa complexité. Il s'agit donc d'une recherche qualitative, descriptive et exploratoire.

## **Contexte théorique**

Comme l'illustre la présente recension des écrits scientifiques portant sur l'IDP, beaucoup d'études portent sur l'IDP, mais peu concernent spécifiquement l'IDP dans le trouble délirant. Souvent, il est question de l'idée délirante sans que ce soit spécifiquement de l'IDP. Souvent aussi, il est question de l'idée délirante dans la schizophrénie ou dans le trouble schizo-affectif et, dans bien des cas, les études adoptent une perspective transdiagnostique, c'est-à-dire que les participants peuvent présenter n'importe quel type de psychose pourvu qu'ils présentent une idée délirante. Enfin, d'autres études portent sur des gens considérés comme présentant une prédisposition à la psychose. Dans la recension des écrits qui suit, les variations dans les termes utilisés ne sont pas aléatoires. Au contraire, elles tentent de résumer avec justesse les écrits recensés et de préciser le type de population clinique auprès desquelles les études ont été menées. De plus, le fait que ces écrits portent sur les IDP dans différents troubles permet aussi d'entrevoir la question de la formation et du maintien de l'IDP de manière plus globale.

Les facteurs mis en évidence par les écrits scientifiques se trouvent regroupés ici en six catégories: a) la théorie de l'évolution, b) les événements de vie, c) les facteurs neuropsychologiques, d) les facteurs cognitifs, e) les facteurs émotionnels et f) les comportements de sécurité. Ce mode de regroupement a été choisi, d'une part parce qu'il n'existe pas de modèle de classification établi, et d'autre part parce que la présente thèse comporte plus de facteurs que la plupart des études, lesquelles se concentrent sur de

petits groupes de variables. Il fallait donc trouver une solution pour classifier ces facteurs, et le mode de classification adopté ici se base sur des catégories avec lesquelles les cliniciens sont généralement familiers.

### **La théorie de l'évolution et l'IDP**

Walston, David et Charlton (1998) avancent que des facteurs sociaux ont été en jeu dans la sélection naturelle chez l'animal social qu'est l'humain, modifiant de manière importante l'architecture de la psychologie humaine, ce qui se reflète dans la nature des troubles mentaux, notamment dans l'IDP pure et encapsulée. Ils émettent l'hypothèse que pour faire face à la compétition entre congénères d'une même espèce, les hommes ont tendance à utiliser l'intimidation de même que la violence. Ils craindraient les menaces provenant de mâles étrangers alors que les femmes utiliseraient des stratégies non verbales, telles que l'exclusion sociale ainsi que l'agression verbale. Elles craindraient les menaces provenant de femelles familières. Dans le but de soutenir cette hypothèse, ils ont analysé 24 cas. Ils ont constaté que 73 % des femmes identifiaient une personne familière comme leur persécuteur alors que 85 % des hommes identifiaient un étranger comme leur persécuteur. Zolotova et Brüne (2006) ont réalisé une étude similaire auprès de 64 cas. Ils ont obtenu des résultats semblables favorables à cette hypothèse voulant que l'IDP reflète des peurs ancestrales et que le contenu des croyances délirantes puisse être interprété comme des variantes pathologiques de mécanismes d'adaptation découlant de la sélection naturelle.

Green et Phillips (2004) avancent que la détection rapide de la menace dans l'environnement social est critique pour la survie de l'espèce. Dans leur article, elles

révisent les études sur les processus cognitifs et neuropsychologiques impliqués dans le balayage visuel de visages exprimant de la peur ou de la colère chez des personnes considérées comme présentant une vulnérabilité à la psychose ou présentant des IDP apparaissant dans le cadre de troubles psychotiques. Elles concluent qu'il y a un corpus croissant d'études montrant que l'humain perçoit les signes de menaces détectables par l'expression faciale plus facilement qu'il ne perçoit les signes exprimant d'autres états émotionnels. De plus, les personnes présentant une vulnérabilité à la psychose, et les personnes avec IDP, présentent une sensibilité accrue à ces signaux. Celles-ci présenteraient un biais attentionnel face à ce type de stimuli. Elles tendraient, dans le traitement de l'information, à passer par une phase de vigilance qui pourrait amener une perception erronée des stimuli, puis par une phase d'évitement active, visant à réduire l'anxiété associée à la perception d'une menace. Les auteures interprètent ces résultats comme supportant l'hypothèse évolutionniste voulant qu'une perception efficiente de la menace soit importante pour la survie, mais ajoutent que des variations normales dans ces capacités adaptatives pourraient contribuer à l'apparition d'IDP.

Enfin, dans un article théorique, Gilbert (2001) explique comment les mécanismes de défense représentent des comportements adaptatifs issus d'un processus de sélection naturelle permettant à différentes espèces de se prémunir contre les pertes ou les menaces. Toutefois, poursuit-il, ces mécanismes de défense peuvent devenir pathologiques quand ils sont trop facilement stimulés, quand ils sont activés de manière prolongée ou quand ils sont sollicités, mais bloqués. Dans cette optique, la paranoïa est décrite comme une dysrégulation du système de détection de la menace. Fait intéressant,

il inclut dans sa théorie des facteurs mis en relief par des études quantitatives, facteurs qui seront décrits plus loin : problèmes d'attachement au cours du développement, stress et activation de l'axe HPA<sup>1</sup>; anxiété, ruminations, difficultés sur le plan métacognitif, saut aux conclusions, inférences erronées à propos de l'état mental d'autrui. Enfin, il arriverait qu'une fois enclenché, ce processus complexe s'auto-entretienne, ne s'arrête plus et devienne alors pathologique.

### **Les événements de vie**

**Les stressseurs distaux.** Il y a consensus en ce sens que des stressseurs distaux peuvent créer une prédisposition à la psychose, laquelle peut comporter plusieurs symptômes, mais inclut généralement une idée délirante. Bentall (2003), de même que Morgan, McKenzie & Fearon (2008), décrivent l'importance de ces facteurs longtemps ignorés. Parmi les principaux facteurs en cause, on retrouve l'adversité au cours de l'enfance (Fisher & Craig, 2008), un environnement familial dysfonctionnel (Tienari & Wahlberg, 2008), les sévices sexuels et physiques (Mueser et al., 1998; Mueser et al., 2004; Mueser, Rosenberg, Goodman, & Trumbetta, 2002), la migration et le fait d'appartenir à une minorité ethnique (McKenzie, Fearon, & Hutchison, 2008), la résidence en milieu urbain et la mobilité de résidence (Boydell & McKenzie, 2008).

Le rôle causal de ces facteurs s'expliquerait par leurs effets psychologiques et physiologiques. L'adversité vécue par la personne amènerait la formation de schémas cognitifs caractérisés par une perception négative de soi-même et d'autrui. Elle

---

<sup>1</sup> De l'anglais : *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis*. En français : l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

amènerait également des anomalies neurodéveloppementales qui entraîneraient une augmentation de la libération de glucocorticoïdes et des dommages permanents dans les mécanismes de régulation du stress dans l'axe HPA. En fin de compte, ces dommages affecteraient le système dopaminergique et accroîtraient la vulnérabilité à la psychose (Broome et al., 2005; Fischer & Craig, 2008; Myin-Germeys & van Os, 2008; Rutten, van Os, Dominguez, & Krabbendam, 2008).

**Les stressseurs proximaux.** Il est connu depuis longtemps que les stressseurs proximaux jouent un rôle significatif pour précipiter un premier épisode psychotique ou un nouvel épisode (Bebbington, Fowler, Garety, Freeman, & Kuipers, 2008; Lukoff, Snyder, Ventura, & Nuechterlein, 1984; Myin-Germeys & van Os, 2008; Nuechterlein, Dawson, Ventura, & Gittin, 1994). Le rôle de ces facteurs précipitants pourrait s'expliquer par un mécanisme de sensibilisation au stress qui créerait une vulnérabilité chez les gens préalablement exposés à des stressseurs importants, et ce tant sur les plans psychologique que physiologique (Myin-Germeys & van Os, 2008).

**L'expérience déroutante et la recherche de sens.** Tel qu'énoncé par Maher dès 1974, une expérience anormale ou déroutante<sup>2</sup> peut amener l'émergence d'idées qui paraissent anormales pour des observateurs, mais sans l'être autant qu'elles le paraissent (Maher, 1974, 2003a; 2003b, 2005; Maher & Spitzer, 1993). Cette expérience peut être de différentes natures. Il peut s'agir, par exemple, de l'effet d'une substance psychoactive, d'un problème auditif, d'une altération des perceptions, d'un malaise physique et même d'autres symptômes psychotiques, tels qu'hallucinations ou insertion

---

<sup>2</sup> L'expression anglaise *anomalous experience* sera traduite ici par l'expression « expérience déroutante ».

de pensées. Comme l'écrit Maher, « l'idée délirante n'est pas tenue face à des preuves suffisantes pour la détruire », mais elle est tenue, « parce qu'il y a des preuves suffisamment puissantes pour la soutenir<sup>3</sup> ». La seconde preuve à laquelle Maher fait référence est l'expérience subjective de la personne, qui a plus de poids pour elle que tout argument rationnel. Ainsi, ayant vécu une expérience déroutante, la personne demeure intimement convaincue de la réalité de cette expérience. Cherchant à s'expliquer cette expérience étrange, elle développe une idée étrange qui peut être délirante. Fait à souligner, dans la conception mahérienne, l'interprétation que fait la personne de cette expérience anormale ne découle pas d'atteintes cognitives ou d'une défaillance des processus de raisonnement. Ce sont plutôt des interprétations découlant d'une pensée rationnelle confrontée à une expérience déroutante. Cette quête de sens menée par la personne est colorée par ses expériences passées, ses biais et ses schémas. Par exemple, une personne de nature méfiante qui commence à éprouver des problèmes auditifs pourrait interpréter le fait qu'elle voit les autres se parler sans les entendre clairement, comme indiquant qu'on lui cache des choses avec une intention malveillante.

Cette idée d'expérience déroutante a été reprise par de nombreux auteurs; elle fait partie intégrante de modèles explicatifs contemporains, (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, 2001; Bentall, 2003; Freeman, 2007). Même des modèles principalement centrés sur des facteurs physiologiques, comme le modèle bien connu d'assignation

---

<sup>3</sup> Traduction libre.

aberrante<sup>4</sup> de la saillance, y ont recours (Howes et Kapur, 2009, 2014; Kapur, 2003; Kapur, Mizhari, & Li, 2005).

### **Les facteurs neuropsychologiques**

**Le fonctionnement neuropsychologique général.** Les études sur le rôle des déficits neuropsychologiques dans la psychose ont porté principalement sur la schizophrénie, soit un trouble dans lequel on retrouve de nombreux symptômes de diverses natures, et il y a consensus en ce qui concerne les liens entre déficits neuropsychologiques et schizophrénie (Gold & Green, 2012; Green, 2006; Keefe & Eesley, 2006; Savla, Moore, & Palmer, 2008; Stip, 2005). Des déficits peuvent atteindre deux ou trois écarts-types sous la normale sur des échelles évaluant l'apprentissage verbal, le fonctionnement exécutif, la vigilance, la vitesse motrice et la fluidité verbale. Par contre, l'ampleur de ces déficits varie selon les phases de la maladie et certaines personnes peuvent ne jamais présenter de déficits. De plus, jusqu'ici, ces déficits ont surtout été associés aux symptômes négatifs, aux symptômes de désorganisation et à la qualité du fonctionnement social, et non pas aux symptômes positifs, dont le délire. Il n'y a donc pas de lien clairement établi entre ces déficits et les symptômes positifs comme le délire et les hallucinations. Il est donc improbable que les déficits cognitifs, bien que souvent présents chez les personnes délirantes, jouent un rôle important dans la formation et le maintien de l'idée délirante. Par ailleurs, la recension des écrits faite par Ibanez-Casas et

---

<sup>4</sup> Selon ce modèle reliant biologie et psychologie, à cause d'une anomalie dans le système dopaminergique striatal, des stimuli externes ou internes sont marqués de manière aberrante et deviennent aversifs ou attirants. La personne tente de s'expliquer l'expérience subjective étrange alors vécue, et ce faisant, développe une idée délirante.

Cervilla (2012) résumée ci-après, montre elle aussi qu'il existe peu de liens entre déficit cognitif et délire. Il est toutefois possible que de tels déficits soient présents chez certaines personnes présentant des IDP, et qu'ils jouent alors un rôle dans l'interprétation biaisée des événements qui entraîne des croyances délirantes.

En ce qui concerne l'état des fonctions neuropsychologiques dans le trouble délirant, Ibanez-Casas et Cervilla (2012) révisent dix études. Ils concluent que l'attention, l'apprentissage, la mémoire, la perception, la planification et la pensée logique doivent être considérés comme intacts dans l'état actuel de nos connaissances bien qu'il pourrait exister de légères altérations qui n'auraient pas été mesurées. Le seul résultat qui se répète à travers les études suggère la présence d'une légère inflexibilité cognitive.

Braun et Suffren (2010) résument la littérature scientifique portant sur les liens entre les atteintes neuropsychologiques et l'IDP chez des personnes présentant des troubles neurologiques. Ils procèdent également à la révision de 37 études de cas de personnes présentant des idées délirantes après avoir subi des lésions cérébrales. Ils arrivent à la conclusion qu'une atteinte du fonctionnement de l'hémisphère droit amènerait un relâchement du contrôle de la fonction inférentielle localisée dans l'hémisphère gauche, mais contrôlé par l'hémisphère droit, et que ce relâchement amènerait une frénésie inférentielle d'où découlerait la formation d'idées délirantes.

Il s'agit d'une théorie intéressante et qui présente des points communs avec les nombreuses études portant sur le saut aux conclusions, études qui seront décrites plus loin. Cependant, la théorie de ces auteurs est basée sur l'étude de personnes présentant des problèmes neurologiques, alors que, dans la majorité des cas, les personnes

présentant des IDP ne présentent pas ces problèmes. De plus, il s'agit d'une conception théorique et il n'existe pas d'outils pour dépister cette frénésie inférentielle.

**Le raisonnement probabiliste.** La notion de saut aux conclusions<sup>5</sup> a d'abord été utilisée dans le cadre de l'étude du conservatisme dans le raisonnement probabiliste (Philips & Edwards, 1966) avant d'être introduite dans l'étude de la psychose (Huq, Garetey, & Hemsley, 1988; Garety, Hemsley, & Wesseley, 1991). Le saut aux conclusions consiste à arriver à une conclusion de manière hâtive mais non impulsive, avec un haut niveau de certitude, sans avoir accumulé auparavant toute l'information souhaitable. Ce biais conduirait la personne à adhérer rapidement à une croyance, même lorsqu'il y a peu d'information la soutenant (Bentall et al. 2001).

Bentall et al. (2001) révisent douze études portant sur le rôle du saut aux conclusions. Ils concluent que, globalement, elles supportent l'hypothèse d'un lien entre saut aux conclusions et idée délirante, bien qu'on ne sache pas clairement quels sont les mécanismes sous-jacents. Freeman (2007) révisé quinze études. Dans les dix études où des patients délirants sont comparés à des participants constituant un groupe témoin, entre la moitié et les deux tiers des patients délirants prennent des décisions hâtives. Dudley et Over (2003) révisent également 21 études et concluent que l'association entre saut aux conclusions et idée délirante est un résultat robuste.

Par ailleurs, les résultats obtenus par Dudley et ses collaborateurs (Dudly, John, Young, & Over, 1997a, 1997b), avec différentes variantes de la tâche expérimentale originale, les amènent à conclure que les participants présentant une idée délirante

---

<sup>5</sup> L'expression anglaise est *Jumping to conclusion* (JTC).

requièrent moins d'information avant de prendre une décision que les participants déprimés ou sans diagnostic. Par contre, les auteurs excluent de nombreuses pistes d'explication, telles que les problèmes de mémoire de travail, d'impulsivité ou de raisonnement logique. Ils font plutôt appel aux notions de raisonnement confirmatoire face à une proposition conditionnelle suggérant la présence d'un danger, et de raisonnement *disconfirmatoire* face à une proposition conditionnelle suggérant la présence d'une situation sécuritaire, ce qui est adaptatif. Par exemple, devant l'énoncé : « S'il y a de la fumée, alors il y a du feu », un style de raisonnement confirmatoire est utilisé parce que le coût associé au fait de réagir à la fumée alors qu'il n'y a pas de feu est moins élevé que celui de ne pas réagir à la fumée alors qu'il y a du feu. Ce style de raisonnement confirmatoire est adaptatif. Les auteurs proposent donc que, si les personnes non délirantes ont une tendance normale à confirmer des propositions relatives à un danger, les personnes présentant des idées délirantes perçoivent un danger là où les autres n'en voient pas et, conséquemment, utilisent ce style de raisonnement dans des situations non menaçantes. Elles n'ont pas recours à des stratégies *disconfirmatoires* qui pourraient les amener à corriger leurs conclusions.

Le lien entre saut aux conclusions et IDP est donc souvent observé, mais il n'est cependant pas systématique, et malgré l'hypothèse fort intéressante de Dudley et de ses collaborateurs (Dudley, John, Young, & Over, 1997a, 1997b), les mécanismes sous-jacents reliant saut aux conclusions et IDP ne sont pas élucidés. Il est possible d'en déduire que, si le saut aux conclusions joue un rôle dans le développement et le maintien de l'IDP, ce n'est pas de manière systématique, mais plutôt en association avec d'autres

facteurs. Enfin, s'il existe de nombreuses versions des tâches expérimentales de raisonnement probabiliste, il n'existe aucune tâche standardisée et normalisée destinée à la clinique.

**Les cognitions sociales.** La théorie de l'esprit<sup>6</sup> désigne l'habileté à percevoir, à inférer et à comprendre les états mentaux d'autrui, tels que les croyances, les désirs, les sentiments et les intentions. De plus, on substitue parfois « mentalisation » à « théorie de l'esprit » bien que les deux ne soient pas des équivalents absolus. En effet, la notion de mentalisation réfère plus spécifiquement au processus cognitif qui permet de se représenter mentalement l'état mental de l'autre et d'attribuer des états mentaux aux autres ainsi qu'à soi-même. La mentalisation est donc une habileté complexe qui requiert un traitement cognitif de haut niveau (Sarfati, 2000; Combs & Penn, 2008; Ouellet, 2011).

La notion de théorie de l'esprit découle des travaux de Premack et Woodruff (1978) portant sur l'aptitude des primates à comprendre des comportements de congénères en utilisant l'inférence d'états mentaux. Les auteurs disaient des primates capables d'inférer la présence d'un état mental chez un congénère, qu'ils possédaient une théorie de l'esprit. C'est de là que vient cette curieuse appellation. En psychologie humaine, l'intérêt pour la notion de théorie de l'esprit a pris de l'ampleur avec des travaux mettant en relief des déficits dans ce domaine chez les enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985), puis avec des travaux mettant en

---

<sup>6</sup> L'expression anglaise est *Theory of Mind* (ToM).

relief ce même type de déficit chez les personnes souffrant de schizophrénie (Frith, 1996; Frith & Corcoran, 1996).

Le modèle de Frith comporte différents volets expliquant différents types de symptômes. En ce qui concerne les idées délirantes de persécution, le modèle postule qu'elles surviennent lorsqu'il y a un trouble dans la perception et dans l'interprétation des croyances et des intentions d'autrui. Ainsi, les personnes présentant une IDP sauraient toujours que les autres sont guidés par leurs états mentaux, mais comme elles n'arriveraient plus à inférer avec justesse quelles sont les croyances et les intentions d'autrui, elles en déduiraient que les autres leur cachent leurs intentions et que celles-ci sont malveillantes (Bentall et al., 2001; Combs & Penn, 2008; Frith, 1996; Frith & Corcoran, 1996; Roy, Roy, & Grondin, 2008; Sarfati, 2000).

Bentall et al. (2001) révisent douze études portant sur le rôle des problèmes de mentalisation dans le développement et le maintien de l'idée délirante de persécution. Freeman (2007) révisé 21 études portant sur la même question. Les conclusions de ces auteurs convergent vers l'idée que les individus présentant de façon prédominante des symptômes paranoïdes présentent des déficits en théorie de l'esprit, tels que mesurés par diverses tâches de perception et de compréhension d'états mentaux. Cependant, comme la théorie de l'esprit a surtout été étudiée dans la schizophrénie, soit chez des gens qui présentent diverses constellations de symptômes plutôt qu'une IDP pure, il est possible que les déficits mesurés soient plutôt associés à d'autres symptômes qu'aux IDP elles-mêmes.

Deux études se sont intéressées à des participants présentant des IDP pures. Ainsi, chez quatre participants étudiés par Walston, Blennerhasset et Charlton (2000) ne présentant que des IDP, aucun signe de déficit en théorie de l'esprit n'est observé. Bömmer et Brüne (2006) ont comparé 21 participants avec trouble délirant, dont 18 présentaient des IDP, à 22 personnes formant un groupe témoin. En tenant compte de la covariation avec les fonctions exécutives, les personnes avec trouble délirant ne présentaient pas de différence avec le groupe témoin. Par contre, ils présentaient de moins bonnes performances dans un test de compréhension de proverbes, ce qui, selon ces auteurs, pourrait suggérer des déficits mineurs sur le plan des capacités de mentalisation.

Dans l'état actuel des choses, tout indique qu'il y ait un lien entre schizophrénie et problème de mentalisation, mais les liens entre l'IDP pure et le problème de mentalisation ne sont pas démontrés. Il n'est toutefois pas impossible que certains individus présentant une IDP pure présentent également des problèmes de mentalisation.

### **Les facteurs cognitifs**

**Les biais de raisonnement.** Tout lecteur peut aisément saisir que les règles du raisonnement logique pur (Noveck, Mercier, Rossi, van der Henst, 2007; Politzer, 2007) sont si complexes qu'aucun humain ne peut les maîtriser, du moins dans le feu roulant de la vie quotidienne. D'autre part, des auteurs ont montré que le raisonnement humain est caractérisé par la présence de biais divers dans des situations comportant un degré d'incertitude (Kanneman, 2001; Tversy & Kahneman, 1984). Le raisonnement humain tel que pratiqué dans la vie quotidienne est donc loin du raisonnement logique pur.

Évidemment, les personnes présentant une IDP n'y échappent pas et il est possible que de tels biais contribuent au développement et au maintien de ces idées. D'ailleurs, la notion de biais est fréquemment invoquée dans la littérature sur l'IDP et des notions telles que le saut aux conclusions, les problèmes de mentalisation, les problèmes d'attribution et l'anticipation de la menace sont souvent classés au chapitre des biais. Toutefois, en ce qui concerne les idées délirantes de persécution, les études réalisées ont principalement mis en évidence les biais amenant la personne à percevoir préférentiellement les événements négatifs et les dangers.

Bentall (2003) résume des études portant sur différents types de biais associés à l'IDP. Deux études ont montré que les participants présentant des IDP différencient mieux que les participants d'un groupe contrôle les expressions émotionnelles feintes des expressions émotionnelles authentiquement vécues.

Dans deux études mesurant les mouvements oculaires de participants présentant des IDP et de participants présentant d'autres pathologies, les premiers regardaient moins longtemps les parties menaçantes des visages représentés sur des photos, ce qui suggère la présence d'un biais attentionnel face à ce type de stimulus. Ce résultat a été interprété comme une réaction de vigilance amenant les personnes avec IDP à rechercher rapidement d'autres signes de danger. Il a également été interprété comme une réaction d'évitement suivant la perception d'une menace.

Deux autres études ont montré que les personnes présentant des IDP se distinguaient des participants déprimés ou normaux dans une tâche de Stroop présentant des listes de mots neutres, des associés à la dépression et associés à la menace. En effet, la vitesse de

dénomination des mots colorés évoquant la menace diminuait pour les participants avec IDP, ce qui signalait un biais d'attention sélective.

Deux autres études ont montré que les personnes présentant des IDP soumises à des tâches d'apprentissage se rappelaient préférentiellement des histoires ou des mots associées à l'idée de menace lorsque comparés à des participants déprimés ou normaux, ce qui signalerait également un biais d'attention sélective.

Dans une étude portant sur la fréquence d'événements positifs, neutres ou négatifs, survenus dans le passé ou risquant de survenir dans le futur, les participants présentant des IDP fournissaient des estimations de fréquence plus élevées que les participants déprimés ou sans pathologie. Une autre étude publiée subséquemment arrivait à des conclusions similaires (Bentall et al., 2008). Bentall, de même que les auteurs respectifs de ces deux études, expliquent ces résultats par l'utilisation du jugement heuristique et du biais de disponibilité de l'information (Tversky & Kahneman, 1974), c'est-à-dire que les participants avaient tendance à prédire la fréquence des événements futurs allant les affecter d'après les estimations qu'ils faisaient de l'incidence des événements passés les ayant affectés et qu'ils gardaient en mémoire. Or, comme les études révèlent que les personnes présentant des IDP ont souvent vécu des événements négatifs et traumatisants, c'est ce qu'ils gardent en mémoire.

**La flexibilité.** La notion de flexibilité comme fonction exécutive a déjà été abordée. Toutefois, la flexibilité est également une caractéristique du fonctionnement cognitif qui peut présenter des faiblesses même chez des gens ne présentant pas de difficulté sur le plan du fonctionnement exécutif. Plusieurs définitions ont été proposées.

Woodward, Moritz, Menon et Klinge (2008) décrivent l'inflexibilité comme un biais réduisant l'utilisation d'informations *disconfirmatoires*. Dans leur étude, ils comparent des participants avec schizophrénie, avec trouble obsessionnel et sans pathologie. Leurs résultats montrent que l'inflexibilité est plus présente chez les participants avec schizophrénie, même avec du matériel sans lien avec les idées délirantes.

Pour Colbert, Peters et Garety (2010), la flexibilité désigne l'habileté métacognitive permettant de réfléchir à propos de ses propres croyances. Les résultats qu'ils obtiennent montrent que les croyances idiosyncrasiques ou délirantes sont soutenues avec le même niveau d'inflexibilité par les participants avec idées délirantes, avec idées délirantes en rémission et sans idées délirantes. Par contre, face à une croyance dite neutre, les participants des deux groupes cliniques se montraient moins flexibles que ceux du groupe témoin. Les auteurs considèrent que leurs résultats appuient l'hypothèse d'une moins grande flexibilité des croyances chez les personnes présentant ou ayant présenté des idées délirantes.

D'autres auteurs (Oliver, O'Connor, Jose, McLachlan, & Peters, 2012) définissent la flexibilité comme la tendance à répondre à des expériences internes non désirées de manière calme et réfléchie, ce qui permet d'accéder à un large répertoire de réponse comportementale et l'engagement dans des activités constructives. Dans leur étude portant sur les rapports entre schèmes, humeur, flexibilité et idées délirantes, les résultats obtenus suggèrent que les schèmes négatifs prédisent un niveau élevé d'idées délirantes, que cet effet est partiellement attribuable à l'anxiété concomitante, mais que la flexibilité a un effet modérateur.

So et al. (2012) s'intéressent à l'inflexibilité de l'idée délirante définie comme l'incapacité à considérer la possibilité de faire erreur et à examiner des explications alternatives. Les résultats de leur étude indiquent que le degré de conviction dans l'idée délirante, le biais de saut aux conclusions et le degré d'inflexibilité sont des facteurs indépendants bien qu'inter-reliés et qu'il y a une forte corrélation entre inflexibilité et conviction.

La conception de la flexibilité tend à varier selon les auteurs, mais l'idée que l'inflexibilité est un facteur en jeu dans le développement et le maintien de l'idée délirante a quelques appuis.

**Les méta-inquiétudes.** Dans la lignée des travaux portant sur le rôle de l'émotion et notamment de l'anxiété, différents auteurs se sont intéressés à la notion des méta-inquiétudes découlant du modèle de fonction exécutive de régulation de soi de Wells (Self Regulatory Executive Function ou SREF) (Wells, 1995). Ce modèle postule que les croyances à propos des cognitions, émotions et comportements peuvent provoquer et maintenir des troubles psychologiques en prédisposant la personne à recourir à des stratégies d'adaptation inefficaces. Freeman et Garety (1999) avancent que ces croyances pourraient avoir un tel effet dans le cas de l'IDP en amenant un accroissement du niveau de détresse et un sentiment de perte de contrôle. Enfin, selon Morrison et al., (2011), un événement anodin pourrait jouer un rôle déclencheur et activer des croyances positives à propos de la méfiance et de la paranoïa. Les croyances seraient alors illusoirement vues comme ayant un rôle protecteur. Par contre, la détresse associée à la paranoïa et aux IDP amènerait ensuite des croyances négatives, voire l'anticipation

d'une catastrophe, le tout provoquant une inflation des inquiétudes, de la détresse et des IDP.

Des études ont montré que dans une population normale, des types de croyances à propos des inquiétudes étaient corrélés à la propension aux idées délirantes et aux hallucinations (Larøi & Van, 2005; Larøi, Van, & d'Acremont, 2009). D'autres auteurs ont obtenu des résultats montrant que les personnes présentant des troubles psychotiques présentaient un profil similaire aux personnes souffrant de troubles anxieux. Elles présentent le même niveau d'anxiété et se démarquent des groupes témoins. Elles sont également similaires en termes de méta-inquiétudes, présentant plus de croyances positives et négatives à propos des inquiétudes que les sujets normaux (Freeman & Garety, 1999; Morrison & Wells, 2007; Morrison et al., 2011).

**Le besoin de fermeture.** Le besoin de fermeture<sup>7</sup> désigne le besoin d'une réponse définie à propos d'un sujet, même boiteuse, par opposition à la confusion et à l'ambiguïté. Ce besoin varie selon les individus et les circonstances, notamment en fonction des coûts et des bénéfices reliés au fait de posséder ou non une réponse définie. Par exemple, si une personne doit passer à l'action dans un court délai, son besoin de fermeture pourrait alors être augmenté (Kruglanski, Webster, & Klem, 1993; Webster & Kruglanski, 1994).

Des études montrent que les participants présentant une propension au développement d'idées délirantes ou présentant des idées délirantes ont un besoin de

---

<sup>7</sup> L'expression anglaise est *need for closure*.

fermeture élevé (Colbert, Peters, & Garety, 2005; Freeman et al., 2006; McKay, Langdon, & Coltheart, 2006; McKay, Langdon, & Coltheart, 2007). Cependant, ces études n'établissent pas le lien direct entre besoin de fermeture et psychose. Par ailleurs, elles ne supportent pas l'hypothèse que ce besoin de fermeture entraînerait un saut aux conclusions qui, à son tour, amènerait une idée délirante. Enfin, selon Freeman et al. (2006), le besoin de fermeture n'a pas de lien direct avec l'idée délirante. En fait, leurs résultats suggèrent plutôt qu'il y a des liens entre anxiété, dépression et besoin de fermeture, ainsi qu'entre ces mêmes affects et la présence d'un trouble psychotique. Le lien postulé entre besoin de fermeture et psychose ne serait qu'un artefact découlant de cette conjoncture, et il ne serait pas impliqué dans la genèse de l'idée délirante.

**Le style attributionnel.** Bentall (Bentall, 2003; Bentall et al., 2001) révisé de nombreuses études portant sur l'estime de soi chez les personnes présentant des idées délirantes de persécution et conclut que les résultats des études sont inconsistants, probablement parce que la notion d'estime de soi peut prendre différents sens et parce que les différents instruments de mesure génèrent des résultats différents. La principale différence retenue quant à la définition concerne les dimensions implicite et explicite de l'estime de soi. La plupart des questionnaires ne mesurent que l'estime de soi explicite; cependant, différentes procédures peuvent être utilisées pour mesurer l'estime de soi implicite. Par exemple, dans un test de Stroop modifié, les participants présentant des IDP mettent plus de temps à lire les mots connotant une haute estime de soi, ce qui suggère qu'ils présentent une faible estime de soi implicite. Enfin, Bentall insiste sur l'importance de considérer l'aspect dynamique de l'estime de soi qui peut varier au gré

des expériences de succès ou d'échec de même qu'au gré des attributions qui peuvent être faites.

Associant les résultats portant sur l'estime de soi et les résultats portant sur le style attributionnel, Bentall et ses collaborateurs (Bentall et al., 2001; Bentall, Kinderman & Moutoussis, 2008) ont développé un modèle du cycle attribution-représentation de soi. Selon ce modèle, l'attribution à autrui des échecs permet, à certains points du cycle, de protéger une estime de soi vulnérable. Ainsi, selon ce modèle, les attributions externes des événements négatifs permettent de maintenir ou de rehausser l'estime de soi. Par contre, une fois l'estime de soi protégée, le recours à l'attribution externe n'est plus nécessaire.

Les auteurs critiquant le modèle attributionnel (Garety & Freeman, 1999; Freeman, 2007) considèrent que la notion d'estime de soi ne doit pas être automatiquement associée à celle de biais attributionnel. Ils estiment également que si l'attribution externe servait à préserver l'estime de soi, les personnes attribuant les événements négatifs à autrui devraient plutôt présenter une estime de soi élevée. Les considérations de Bentall et de ses collaborateurs sur l'aspect dynamique de l'estime de soi décrites dans le paragraphe précédent constituent sa réponse à ces critiques. La question des liens entre estime de soi, style attributionnel et idée de persécution est donc fort complexe et n'est pas encore élucidée.

**L'anticipation des événements négatifs et l'heuristique de disponibilité.** Des auteurs (Kaney, Bowen-Jones, Dewey, & Bentall, 1997; Corcoran et al., 2006, Bentall et al., 2008) ont étudié la possibilité que les personnes présentant une IDP aient tendance à

surestimer la probabilité que des événements négatifs leur arrivent dans l'avenir, ce qui pourrait contribuer au développement et au maintien de ces idées. On a postulé que de telles anticipations seraient présentes parce que ces personnes auraient été plus exposées à des événements négatifs et qu'elles se rappelleraient préférentiellement ce type d'événement. Cette idée est également soutenue par des travaux antérieurs sur l'heuristique de disponibilité (Tversky & Kahneman, 1974). Le raisonnement heuristique serait utilisé pour procéder à des inférences lorsque des facteurs tels que le temps, les connaissances et les capacités de traitement de l'information seraient limités par rapport à la complexité de la tâche cognitive à accomplir. L'heuristique de disponibilité consiste donc à faire des estimations à propos de la probabilité de réalisation d'un événement à partir de la facilité avec laquelle des événements semblables peuvent être retrouvés en mémoire épisodique. Ce sont typiquement les événements les plus communs qui sont retrouvés avec le plus de facilité, mais d'autres facteurs entrent en ligne de compte, tels que la signification personnelle attribuée à un événement. Les personnes ayant vécu des événements négatifs auraient donc tendance à retrouver de tels événements en mémoire et surestimeraient ainsi la probabilité de réalisation d'événements négatifs futurs, surtout si elles ont accordé une signification personnelle particulière à de tels événements, ce qui pourrait favoriser l'émergence et le maintien d'IDP.

Pour étudier cette hypothèse, ces trois groupes d'auteurs ont utilisé un instrument qui amène le participant à quantifier son estimation de la fréquence d'événements négatifs, positifs et neutres, passés ou futurs, lui arrivant ou arrivant à autrui. Ils ont comparé

différents groupes de participants, dont des participants avec IDP, avec dépression et sans pathologie.

Commentant ainsi les résultats de ces trois études, Bentall et al. (2008) écrivaient qu'elles révèlent des estimations élevées de la fréquence des événements négatifs arrivant à soi-même chez les patients paranoïdes. De plus, dans ces trois études, les estimations des événements passés vécus par la personne étaient fortement associées avec les prédictions des événements futurs dans tous les groupes de participants, suggérant que tous avaient recours à l'heuristique de disponibilité. Cela laisse donc supposer que le recours à l'heuristique de disponibilité est un mode normal de fonctionnement cognitif, mais qu'une estimation élevée d'événements négatifs, qu'elle soit juste ou non, est associée à l'IDP.

**Les schèmes cognitifs.** La notion de schéma fait référence à la manière dont une personne se perçoit, perçoit les autres et perçoit le monde (Beck, 1976). Dans un ouvrage récent décrivant la conceptualisation cognitive de la schizophrénie, Beck, Rector, Stolar et Grant, (2009) décrivent la triade cognitive d'une personne présentant une IDP : elle se voit comme vulnérable et possiblement comme inférieure, défectueuse ou socialement indésirable. Elle voit les autres comme puissants, menaçants, dangereux, hostiles et malveillants. Elle voit le futur comme incertain, voire sans espoir.

Pour étudier le rôle des schémas, Fowler et al. (2006) ont développé le *Brief Core Schema Scale* (BCSS), un instrument permettant d'opérationnaliser et de mesurer cette notion de schéma. Dans l'étude de validation menée auprès de 754 étudiants, et de 252 personnes psychotiques, ils ont obtenu des résultats les amenant à la conclusion qu'une

évaluation extrêmement négative de soi et des autres semblait être une caractéristique des personnes présentant une psychose chronique. De plus, ce type d'évaluation était associé à des idées de grandeur et à des idées paranoïdes, même dans une population non clinique. La présence d'idées de grandeur chez les personnes présentant une image négative d'elle-même est considérée comme étant un mécanisme visant à renflouer leur estime d'elle-même (Bentall, 2003).

Par la suite, deux études ont porté sur des populations non cliniques, mais pouvant présenter des manifestations se situant sur le continuum des symptômes psychotiques en fonction de leurs réponses à des questionnaires. Deux études ont porté sur des personnes à risque élevé de psychose. Enfin, une étude a porté sur une population dite clinique. Ces résultats sont décrits ci-dessous.

Addington et Tran (2009) ont étudié un groupe de 38 participants à risque élevé de psychose. Ils concluent que l'évaluation négative de soi et des autres était significativement associée à des symptômes atténués de psychose, notamment à la suspicion. Dans une autre étude portant sur le même groupe de participants, Stowkowy et Addington (2012) concluent que, tel que prévu, les personnes à risque de psychose avaient un sentiment de défaite sociale, qu'ils présentaient des schémas négatifs et que les deux conditions étaient significativement associées à la présence de symptômes positifs atténués.

Oliver et al. (2012) ont fait une étude auprès d'une cohorte initiale de 700 étudiants dont 204 ont répondu à divers instruments, au temps un, et au temps deux, six mois plus tard. Les résultats obtenus les amènent à conclure que les schémas négatifs prédisaient à

l'apparition d'idées délirantes que la relation entre les schémas et les symptômes était partiellement médiatisée par l'anxiété. Enfin, ces auteurs considèrent que les schémas négatifs favorisent le développement d'idées délirantes chez des individus préalablement sains.

Gracie et al. (2007) ont mené une étude destinée à trouver les liens potentiels entre l'expérience traumatique et la psychose. Dans une étude corrélationnelle menée auprès d'un groupe de 228 étudiants, ils ont obtenu des résultats suggérant que les croyances négatives à propos de soi et d'autrui pourraient constituer des médiateurs clés dans la relation entre trauma et paranoïa.

Smith et al. (2006) ont mené une étude auprès de 100 participants en rechute et présentant des symptômes positifs. Ils concluent que les individus plus déprimés présentent une plus faible estime de soi et des évaluations plus négatives d'eux-mêmes ainsi que des autres. Ils présentent aussi des IDP plus sévères, sont plus préoccupés par ces idées et présentent une plus grande détresse.

### **Les facteurs émotionnels**

Dès les années 1980, dans ses travaux théoriques sur la schizophrénie, Ciompi (1988) développe la notion d'*affect logic* et postule que les états affectifs sont constamment et inséparablement liés à toutes les fonctions cognitives dites logiques. Il postule également que l'affect a un effet organisateur et intégrateur sur la cognition. Les émotions, cognitions et comportements expérimentés simultanément seraient mémorisés conjointement et fonctionnellement liés, formant des programmes pouvant régir les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales ultérieures, notamment lorsque

ces programmes sont activés dans des situations similaires à celles au cours desquelles ils ont été appris. Dans cette optique, la schizophrénie est conçue comme un mode altéré d'interaction entre l'affect et la logique qui amènerait notamment de l'ambivalence, de l'incohérence et un émoussement de l'affect. Finalement, Ciompi avance que la schizophrénie pourrait être fondamentalement un trouble de l'affect plutôt que de la cognition, contrairement à ce qu'on pense généralement.

Bentall (Bentall et al., 2001; Bentall, 2003) souligne que nous avons souvent tendance, à tort, à dissocier émotion douloureuse et trouble psychotique. D'une part, explique-t-il, les modèles de classification qui ont cours depuis plus d'un siècle, tous de tradition kraepelinienne, conduisent à associer l'émotion à la névrose, aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux plutôt qu'aux troubles psychotiques. D'autre part, continue-t-il, même les cliniciens ont tendance à penser que l'émoussement de l'affect est un émoussement de l'émotion, alors qu'il s'agit plutôt d'un trouble de l'expression non verbale de l'émotion. De plus, selon les études qu'il révisé, 65 % des patients souffrant de schizophrénie se plaignent de dépression, un nombre équivalent souffre d'anxiété et ces émotions sont statistiquement associées au délire et à l'hallucination. Dans deux études auxquelles il se réfère et menées auprès de personnes présentant des symptômes prodromiques, des symptômes dépressifs étaient rapportés chez 57 % et 76 % des participants, alors que des symptômes anxieux étaient rapportés chez 62 % et 86 % des participants. Dans une autre étude, on a observé que les personnes souffrant de schizophrénie présentent souvent des affects négatifs avant une exacerbation de leurs

symptômes. Ces résultats amènent Bentall à conclure que la dépression et l'anxiété ne sont pas simplement secondaires à la psychose, mais qu'elles ont tendance à la précéder.

Dans une revue de la littérature portant sur le rôle de l'émotion dans le développement et le maintien de l'idée délirante et de l'hallucination dans les psychoses fonctionnelles<sup>8</sup>, Freeman et Garety (2003) considèrent, comme Bentall, qu'on a erronément associé l'émotion à la névrose au détriment de la psychose. Ils rapportent cinq types de résultats. Premièrement, trois études épidémiologiques portant sur de larges cohortes montrent qu'un névrosisme élevé, notamment la présence d'anxiété, et qu'une faible estime de soi étaient présents dès l'enfance chez des gens ayant présenté un trouble psychotique à l'âge adulte. Deuxièmement, il y a consensus établissant que l'anxiété, la dépression et l'irritabilité sont présentes chez 60 % à 80 % des personnes en phase prodromique. Troisièmement, plusieurs études rapportent un taux élevé d'anxiété et de dépression chez les personnes traversant un épisode psychotique. Par exemple, une étude de Foulds & Bedford (1975) (citée dans Freeman & Garety, 2003) portant sur 61 individus présentant des idées délirantes de persécution rapporte que 85 % présentaient de la dépression, 80 % de l'anxiété et 36 % de l'euphorie. C'est donc dire que des troubles émotionnels peuvent être observés dans la phase prémorbide, dans la phase prodromique et dans la phase active de la psychose. Quatrièmement, Freeman et Garety rapportent cinq études établissant un lien entre le contenu du délire et la détresse émotionnelle. Si ces études ne permettent pas d'établir hors de tout doute que la détresse

---

<sup>8</sup> C'est-à-dire sans étiologie organique connue.

émotionnelle précédait l'IDP, elles suggèrent néanmoins qu'une fois l'idée délirante formée, il y a un lien entre la détresse et le contenu de l'idée délirante. Cinquièmement, ils rapportent neuf études suggérant qu'il y a des similitudes dans les mécanismes impliqués dans l'anxiété et ceux qui sont à l'œuvre dans l'IDP, telles l'anticipation d'une menace, l'utilisation de comportements de sécurité, la présence de biais d'attribution et la présence d'un biais d'attention sélective.

Selon ces auteurs, l'ensemble de ces données indique que les troubles émotionnels, et notamment l'anxiété, précédant et accompagnant la psychose, contribuent au développement et au maintien de l'idée délirante, en association avec d'autres facteurs comme le saut aux conclusions, les biais d'attribution, les problèmes de mentalisation et les problèmes attentionnels. Ils ajoutent que, dans certains cas, la détresse émotionnelle peut simplement découler de symptômes psychotiques déjà formés, mais qu'elle agirait néanmoins comme facteur de maintien. Enfin, selon ces auteurs, l'émotion aurait un rôle direct dans la formation et le maintien de l'idée délirante plutôt qu'un rôle de défense contre des émotions négatives, comme le veulent des approches concurrentes, telle celle de Bentall.

Freeman et al. (2007) révisent quatorze études montrant que l'inquiétude et l'anxiété sont statistiquement associées aux idées de persécution non délirantes et aux IDP. Ils font de l'anxiété la pierre d'achoppement de leur modèle d'anticipation de la menace parce que, dans l'IDP comme dans l'anxiété, il y a anticipation d'une menace, souvent sans fondement suffisant, ce qui amène la personne à adopter des comportements visant à s'en protéger. De plus, dans les deux cas, lorsque la personne a échappé à la menace

présumée, elle attribue sa sauvegarde aux effets préventifs de sa crainte et aux effets protecteurs de son comportement, ce qui amène la confirmation de la croyance qu'il y a menace et le rejet d'explications alternatives.

Il est possible de se questionner longuement sur la question de l'antériorité. Sont-ce les affects négatifs qui précèdent et amènent l'IDP ou est-ce le fait de se croire victime de la malveillance d'autrui qui amène des affects négatifs? En fait, l'un n'exclut probablement pas l'autre, mais l'hypothèse voulant que les affects négatifs aient un rôle à jouer dans le développement et le maintien de l'IDP est soutenue par la littérature scientifique.

### **Les facteurs comportementaux : les comportements de sécurité**

Les comportements de sécurité sont présents chez la quasi-totalité des sujets présentant des IDP. Ils peuvent être de l'ordre de l'évitement, de la soumission ou de l'agression. Dans l'étude d'Hacker, Birchwood, Tudwey, Meaden et Amphlett (2008), 87 % des participants avaient eu recours à ce type de comportement au cours du mois précédent alors que 96 % y avaient eu recours dans l'étude de Freeman et al. (2007).

Les comportements de sécurité sont d'abord émis dans le but de se protéger d'une menace anticipée, mais habituellement illusoire. La personne qui les émet attribue l'absence de dommage au recours à ces comportements. D'une part, cela l'empêche de constater qu'il n'y a pas de menace réelle et cela confirme sa croyance initiale. D'autre part, les comportements de sécurité peuvent amener des conséquences négatives de toutes sortes, tels isolement, conflits, agressions, voire des problèmes judiciaires, et bien

sûr une augmentation des affects négatifs. Tous ces facteurs contribuent alors eux aussi au maintien de l'idée délirante (Freeman, 2007; Freeman et al., 2007).

### **Les modèles intégratifs**

Plusieurs auteurs ont élaboré des modèles regroupant plusieurs facteurs en interaction, mais mettant l'emphase sur des aspects différents. Par exemple, le modèle de Bentall (Bentall, 2003; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001) s'articule autour de l'idée d'un cycle attribution-représentation de soi. Succinctement, lorsqu'une personne a des attentes élevées envers elle-même et qu'elle vit un événement négatif, l'estime de soi s'en trouve menacée et le recours à une attribution externe personnalisante protège l'estime de soi, mais amène une vision négative de l'autre. S'il y a présence d'autres biais cognitifs comme l'attention sélective, le saut aux conclusions, des difficultés de mentalisation ou l'anticipation d'événements menaçants, l'idée de persécution se cristallise.

Le modèle de Freeman (Freeman, 2007; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002) s'articule autour de l'anticipation de la menace et se caractérise par la présence de deux volets, l'un expliquant la formation de l'IDP et l'autre expliquant son maintien. Ainsi, dans un premier temps, la personne cherche un sens à une expérience déroutante et émotionnellement significative. En présence d'anxiété et de schèmes l'amenant à voir l'autre comme malveillant et à se voir comme vulnérable, il y a formation de l'IDP. Celle-ci se maintient ensuite parce que la personne porte attention aux informations confirmant son idée et néglige celles qui pourraient l'invalidier.

Salvatore et al. (2012) proposent un modèle s'articulant autour d'un système hyperactif de détection de la menace et de protection de soi qui se dysrégule suite à des transactions intersubjectives stressantes, surtout chez une personne présentant un soi vulnérable. Encore une fois, la présence de différents biais cognitifs contribue à ce processus.

### **Résumé**

Cette recension des écrits met en relief plusieurs pistes potentielles qui sont soutenues à des degrés divers par des études empiriques : l'approche évolutionniste et la dysrégulation du système de détection de la menace; les événements de vie dont l'effet des stressors distaux, l'effet des stressors proximaux et la recherche de sens suite à une expérience déroutante; les facteurs neuropsychologiques dont le manque de flexibilité, le saut aux conclusions, les problèmes de cognition sociale et de mentalisation; les facteurs cognitifs dont le manque de flexibilité de la pensée, la présence de méta-inquiétudes, le besoin de fermeture, l'attribution externe à un tiers, l'anticipation d'événements négatifs, et les schèmes cognitifs, notamment la perception négative de soi et d'autrui; les émotions négatives, notamment l'anxiété; les comportements de sécurité. Ces pistes sont également décrites dans le Tableau 1.

*Tableau 1*

Tableau présentant les facteurs, par catégories

---

L'approche évolutionniste et la dysrégulation du système de détection de la menace	
<hr/>	
Les événements de vie	
	Les stressseurs distaux
	Les stressseurs proximaux
	Les expériences déroutantes et la recherche de sens
Les facteurs neuropsychologiques	
	Les stressseurs distaux
	Les stressseurs proximaux
	Les expériences déroutantes et la recherche de sens
Les facteurs cognitifs	
	Le manque de flexibilité de la pensée
	Les méta-inquiétudes
	Le besoin de fermeture
	L'attribution externe à un tiers
	L'anticipation d'événements négatifs
	Les schèmes cognitifs, notamment la vision de soi et de l'autre
Les facteurs émotionnels, notamment l'anxiété	
Un facteur comportemental: les comportements de sécurité	

---

Face à ce constat, des auteurs ont élaboré des modèles intégratifs associant plusieurs facteurs potentiels et postulant des relations entre ces facteurs. Ils sont d'un grand intérêt sur le plan théorique, mais il est toutefois bien difficile de démontrer empiriquement la validité de modèles aussi complexes.

Par ailleurs, divers auteurs ont souligné qu'il pouvait exister diverses routes menant à la psychose (Bebbington et al., 2008; Gracies et al., 2007; Freeman & Fowler, 2009). Plusieurs ont souligné la complexité de la question (Bebbington et al., 2008; Bentall et al., 2001; Freeman & Garety, 2003; Freeman et al., 2007, Myin-Germeys & van Os, 2008) allant même jusqu'à se référer à la théorie du chaos (Bentall, 2003). Enfin, d'autres suggèrent qu'il faille plutôt adopter une approche idiosyncrasique face à la

question du développement et du maintien de l'idée délirante (Geekie, Randal, Lampshire, & Read, 2011).

Enfin, une critique générale qui peut être formulée face à plusieurs des facteurs étudiés, c'est que dans le trouble délirant, l'idée délirante ne touche que peu de situations dans la vie d'un individu et que sa capacité à apprécier la réalité demeure par ailleurs intacte. Or, si un facteur neuropsychologique ou cognitif est en jeu dans l'idée délirante, on peut se demander pourquoi son rôle se restreint à un registre limité de situations. Par exemple, si une personne présente un problème de raisonnement probabiliste, pourquoi ce problème ne se manifeste-t-il que dans cet étroit registre de situations?

Par ailleurs, quatre difficultés peuvent être soulignées en ce qui a trait aux applications cliniques des facteurs mis en relief par la recherche quantitative. Premièrement, certains outils ne sont conçus que pour usage en laboratoire et ne peuvent donc être utilisés en clinique. Deuxièmement, dans bien des cas, il n'existe pas un seul instrument standardisé, mais une panoplie d'instruments qui sont modifiés en fonction des besoins de chaque étude. Troisièmement, dans bien des cas, il n'existe pas de véritables normes, mais plutôt des résultats obtenus auprès de petits groupes de participants qui peuvent toutefois être utilisés comme groupes de référence. Quatrièmement, dans une logique idiosyncrasique, si le résultat d'un participant à un test donné se situe au-delà de la moyenne d'un groupe témoin et dans la moyenne d'un groupe de référence, par exemple, cela peut être considéré comme l'indication que le facteur en question pourrait être présent, mais cela ne permet pas de l'affirmer hors de

tout doute. Enfin, une difficulté particulière pour le clinicien francophone tient au fait que la majorité des instruments utilisés en recherche sont conçus en anglais et que peu sont disponibles en français.

Finalement, le clinicien qui cherche à comprendre comment s'est développée et s'est maintenue une IDP chez une personne vue en clinique, peut être séduit par les pistes proposées dans les articles scientifiques. Il peut aussi être dérouté devant la complexité de la situation et découragé devant l'étroitesse du registre d'instruments de mesure valides. Néanmoins, il peut tenter d'en tirer le meilleur parti dans ses tentatives de comprendre la personne aux prises avec des IDP.

## **Méthode**

## **Question de recherche**

Le présent projet de thèse vise à comprendre à l'aide d'études de cas, comment se forme et se maintient l'*idée délirante de persécution* (IDP) chez une personne présentant un trouble délirant de persécution. L'accent est mis principalement sur le maintien qui, par définition, est contemporain, par opposition à la formation qui est souvent une expérience lointaine et plus difficile à étudier. Trouver des éléments de réponse à cette question pourrait avoir des retombées intéressantes, principalement sur le plan clinique. Celles-ci ont été décrites en introduction.

## **Méthode**

Afin de comprendre la formation et le maintien de l'IDP chez des individus, dans leur singularité, leur entièreté et leur complexité, l'étude de cas s'avère la méthode idéale. Celle-ci ne doit pas être considérée comme une méthode strictement phénoménologique, c'est-à-dire qu'elle ne se limite pas à l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet, et qu'elle peut aussi partir d'hypothèses et avoir recours à des données quantitatives (Creswell, 2007; Karsenti & Demers, 2004; Yin, 2009). C'est une méthode flexible qui s'adapte bien à des situations de la vie réelle où un grand nombre de variables sont en jeu et forment des interactions complexes. Enfin, si elle ne permet pas de généralisation statistique, elle permet une généralisation analytique ou théorique (Yin, 2009). Yin insiste sur l'utilisation de stratégies qui renforcent le caractère rigoureux et scientifique de l'étude de cas. Selon ce dernier, le chercheur doit se baser sur une théorie préalable,

utiliser des sources d'information multiples, établir une stratégie permettant de comparer les propositions théoriques et les faits observés<sup>9</sup> et, finalement, procéder de manière à ce que l'étude réalisée puisse être reproductible avec un cas similaire. Il ajoute que chaque étude de cas doit être considérée non pas comme un sujet dans un échantillon, mais comme une expérience en soi, expérience dont la reproduction apportera davantage de validité à la théorie. Enfin, il n'existe pas de règle établie pour le choix du nombre de cas, mais lorsque la chose est possible, il est intéressant de procéder à des études de cas multiples.

### **Participants**

Cinq participants ont été recrutés à l'IPPM avec la collaboration des psychiatres qui ont été rencontrés à deux occasions lors de leurs réunions de service.

Les critères d'inclusion sont les suivants: i) sexe masculin; ii) âgé de 18 à 65 ans; iii) durée de séjour à l'IPPM d'au moins trente jours; iv) diagnostic psychiatrique de trouble délirant de type persécutoire; v) score  $\geq 3$  à l'item « Idée délirantes » de la *Positive and Negative Symptomes Scale* (PANSS) (Kay, Fiszbein, & Opfer, 1987; Kay, Opler, & Lindenmayer, 1988; Stanley, Opler, & Fisbein, 1987); vi)  $QI \geq 80$  en fonction de l'estimation réalisée avec les sous-échelles « Vocabulaire » et « Matrices » de la *Wechsler Adult Intelligence Scale - fourth edition* (WAIS-IV) (Wechsler, Coalso, & Raiford, 2008). Les critères d'exclusion étaient les suivants : i) autre trouble mental au premier plan du tableau clinique; ii) score de quatre ou plus à des items de la PANSS qui

---

<sup>9</sup> Yin (2009) utilise l'expression *pattern matching*.

indiqueraient un tableau clinique incompatible avec le trouble délirant. Par exemple, si un candidat obtient un score élevé à l'item « Hallucination », on peut suspecter qu'il présente un autre type de trouble psychotique tel que la schizophrénie.

### **Déroulement**

Dans un premier temps, lors de la première rencontre avec les personnes recrutées, la nature de leur participation à l'étude leur a été expliquée. Si elles acceptaient de participer, elles signaient un formulaire de consentement éclairé (voir l'Appendice B). Les participants devaient consacrer environ douze heures à la recherche. Une compensation financière de 15 \$ leur est versée pour chaque étape complétée. Le montant maximal qu'un participant peut recevoir est de 90 \$.

Dans un second temps, le chercheur révise le dossier du participant à l'IPPM, s'assure que le diagnostic psychiatrique correspond au critère d'inclusion et note les informations pertinentes.

Dans un troisième temps : i) la PANSS et deux sous-tests de la WAIS-IV sont administrés ( $\pm$  2 heures); ii) la première partie d'une entrevue semi-structurée (voir Appendice C) est menée afin de réaliser une anamnèse détaillée ( $\pm$  2 heures); iii) la seconde partie d'une entrevue semi-structurée portant sur des facteurs spécifiques à la formation et au maintien de l'IDP est menée ( $\pm$  2 heures); iv) chaque participant répond à une première série de questionnaires ( $\pm$  2 heures); v) chaque participant répond à une seconde série de questionnaires ( $\pm$  2 heures); vi) une dernière entrevue libre est menée afin de mettre en évidence les liens entre les différentes informations recueillies et l'IDP présentée par le participant ( $\pm$  2 heures). Ces étapes sont résumées dans le Tableau 2.

Tableau 2

Tableau résumant le déroulement de la collecte de données

<b>Étape</b>	<b>Activité</b>	<b>Durée</b>
1	Explication de la nature du projet, lecture et signature du formulaire de consentement	1 à 2 heures
2	Révision du dossier par le chercheur	Variable
3	Administration de la PANSS et de la WAIS-IV afin de vérifier si le participant correspond aux critères de sélection	2 heures
4	Première partie de l'entrevue semi-structurée	2 heures
5	Seconde partie de l'entrevue semi-structurée	2 heures
6	Administration de questionnaires	2 heures
7	Administration de questionnaires	2 heures
8	Entrevue libre	2 heures

### **Analyse des données**

Dans un premier temps, le chercheur révise ses notes d'entrevue et écoute les enregistrements sonores faits lors de la passation du PANSS et lors de l'administration de l'entrevue semi-structurée afin de rédiger les anamnèses et de répertorier les informations qualitatives reliées aux facteurs étudiés. Il restitue l'histoire du participant avec fidélité, la nuanciant ou la complétant au besoin, lorsque l'étude du dossier fournit des informations substantiellement différentes. Le même canevas est utilisé pour chaque participant. Dans un second temps, il compile les données quantitatives obtenues à l'aide de questionnaires et présente les résultats sous forme de Tableaux ou de Figures et les comparent aux données provenant d'études, lesquelles sont citées dans la section décrivant les instruments psychométriques. La plupart de ces Tableaux et Figures présentent d'abord des mesures de tendance centrale provenant des groupes de référence et montrent où se situent les participants par rapport à ces groupes. Ensuite, ils

permettent plutôt de montrer quels facteurs peuvent être considérés comme présents pour chacun des participants tout en les comparant entre eux. Dans un troisième temps, il procède à l'analyse des résultats obtenus en déterminant s'ils vont ou non dans le sens attendu en fonction de la révision des écrits scientifiques. Dans un quatrième temps, il met en évidence certaines informations significatives provenant des histoires de cas.

### **Instruments d'évaluation et de mesure**

Plusieurs instruments ont été choisis afin d'obtenir de l'information, voire d'obtenir des mesures reliées aux facteurs exposés dans la recension des écrits. Il s'agit parfois d'outils très connus possédant des normes constituées à partir de grands groupes de participants, comme dans le cas de la WAIS-IV. Par contre, de tels instruments n'existent pas toujours et, dans certains cas, des instruments utilisés par des chercheurs avec de petits groupes de participants ont été traduits et adaptés par le chercheur avec la permission des auteurs. Avec ce type d'instrument, il n'existe pas de véritables normes, mais des données tirées d'études sont utilisées afin d'établir une base de comparaison pour les résultats obtenus par les participants de la présente étude. Il va de soi que ces instruments n'ont pas la même valeur psychométrique que les précédents.

### **Instruments reliés aux critères d'inclusion et à la symptomatologie**

**L'Échelle des syndromes positifs et négatifs.** La *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS) de Stanley, Opler et Fisbein (1987) a été traduite et adaptée par le Centre de recherche de l'IPPM avec la permission des auteurs. Il s'agit d'un instrument largement utilisé en recherche et possédant des propriétés psychométriques établies. Après avoir utilisé une entrevue semi-structurée et fait les observations requises,

l'administrateur fait la cotation des 30 items à l'aide des descripteurs contenus dans le manuel et en utilisant une échelle allant de 1 (Absent) à 7 (Extrême) : 7 items mesurent les symptômes positifs, 7 items les symptômes négatifs et 16 items la psychopathologie générale. Cette échelle est utilisée ici non pas pour obtenir des scores pour les trois groupes d'items, mais pour tracer un portrait de la symptomatologie et confirmer le diagnostic.

**L'Échelle de cotation des symptômes psychotiques (ÉCSP), partie B.** (voir Appendice D). Favrod (2004) a réalisé cette version française de la *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999). La partie A permet de mesurer des dimensions de l'hallucination, et la partie B permet de mesurer six dimensions de l'idée délirante : 1) somme de la préoccupation avec les idées délirantes; 2) durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes; 3) niveau de conviction; 4) fréquence de la détresse; 5) intensité de la détresse; 6) impact des idées délirantes sur la vie. L'évaluateur doit coter chaque dimension sur une échelle 0 à 4, correspondant à cinq descripteurs présentés par ordre de sévérité. Trois études rapportent de bonnes propriétés psychométriques, notamment une excellente fidélité inter-juge, pour la version originale anglaise (Drake, Haddock, Tarrier, Bentall, & Lewis, 2007; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999; Kronmüller et al., 2011; Steel et al., 2007). Quatre dimensions ont été ajoutées à l'instrument par l'auteur pour les besoins de la présente recherche : 1) le degré de fascination ou d'intérêt pour l'idée délirante; 2) la perception du pouvoir du persécuteur; 3) le sentiment de vulnérabilité face au persécuteur; 4) l'intensité du sentiment que la persécution est une punition méritée. De

plus, ces dimensions ont été évaluées pour différents moments cruciaux. Cette échelle est utilisée afin d'obtenir un portrait de ces dimensions chez les participants et de leur évolution dans le temps.

**La WAIS IV.** Les sous-échelles vocabulaire et matrice de cet instrument sont utilisées afin d'obtenir une estimation du QI. Pour ce faire, il convient d'utiliser un sous-test verbal et un sous-test perceptuel ayant des corrélations élevées avec le QI global (Groth-Marnat, 2009). Ici, les sous-échelles « Vocabulaire » et « Matrice » ont été choisies parce qu'elles présentent des coefficients de corrélation respectifs de 0,72 et de 0,67 (Wechsler, Coalson, & Raiford, 2008). L'utilisation de la WAIS permet donc de s'assurer que les participants correspondent aux critères d'inclusion. Les résultats obtenus fournissent également de l'information sur le fonctionnement neuropsychologique global.

### **Instruments reliés aux facteurs neuropsychologiques**

**Le Test de catégorisation.** Ce test est tiré du Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS) (Delis, Kaplan, & Kramer, 2001), une batterie couramment utilisée en neuropsychologie et possédant des propriétés psychométriques reconnues. Ce test a été choisi parce qu'il permet d'évaluer la flexibilité mentale, qu'il est facile à administrer et qu'il permet d'obtenir des scores pour le nombre de catégories identifiées, l'exactitude des descriptions, la reconnaissance des catégories et un score combiné. Ceux-ci peuvent être comparés à des normes en fonction de seize groupes d'âge. Ce test est utilisé ici pour obtenir une mesure de la flexibilité.

**Le Test de raisonnement probabiliste (TRP).** Différentes tâches de raisonnement probabiliste ont été utilisées pour étudier le saut aux conclusions. Il ne s'agit pas d'instruments psychométriques validés et normalisés, mais de procédures largement utilisées en recherche et qui ont produit des résultats constants (Freeman, 2007). La version retenue ici est celle de Dudley et de ses collègues (Dudley, John, Young, & Hover 1997a; Dudley, John, Young, & Hover 1997b). Au cours de ce test, des billes blanches ou bleues sont présentées au participant. Ces billes, toutes tirées d'un même sac, peuvent provenir d'un sac où la proportion est de 40 billes bleues pour 60 billes blanches ou d'un sac où la proportion est de 60 billes bleues pour 40 billes blanches. Les billes sont présentées, une à la fois, jusqu'à ce que le participant soit en mesure de décider de quel sac elles proviennent. Le nombre de présentations est noté. La même procédure est reprise, pour un total de quatre essais. Afin de permettre au participant de se familiariser avec cette procédure, dans un premier temps, deux essais sont faits avec une version du test dans laquelle les proportions sont de 20:80 et de 80:20. Les données pour les groupes de référence dans la présentation des résultats proviennent de Dudley, John, Young, & Hover, (1997b). Ce test est utilisé ici afin d'obtenir une mesure du raisonnement probabiliste, c'est-à-dire de la tendance à sauter aux conclusions. Un exemplaire de la feuille de notation des réponses se trouve à l'Appendice E.

**Le Test des histoires combinées (THC).** Ce test, tiré de la Batterie intégrée de cognition sociale (BICS) (Achim, Ouellet, & Jackson, 2010), est utilisé pour évaluer la capacité de mentalisation des participants. Trente brèves histoires sont présentées au participant qui doit les lire à voix haute. Des questions colligées dans le manuel

d'administration lui sont ensuite posées par l'évaluateur pour contrôler les erreurs de compréhension et les erreurs dues à des problèmes de mémoire de travail ainsi que pour mettre en relief de possibles difficultés de mentalisation. Une grille de correction permet d'attribuer un pointage puis de calculer les scores. Achim, Ouellet, Roy, & Jackson ont étudié les propriétés du THC et ont conclu que les résultats ont une distribution normale, que la validité de convergence est adéquate, que la fidélité inter-juges est excellente et que l'instrument possède une bonne consistance interne. Les données pour le groupe de référence proviennent des mêmes auteurs. Un exemple d'histoire, un extrait du guide de correction et la feuille de compilation des réponses sont présentés à l'Appendice F.

### **Instruments reliés aux facteurs cognitifs**

**L'Échelle d'intuition cognitive de Beck (ÉICB).** Cette échelle est la traduction française de la *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS)<sup>10</sup> (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004) réalisée par Favrod, Zimmermann, Raffard, Pomini, & Khazaal (2008) (voir Appendice G). Elle peut être considérée comme mesure de la flexibilité cognitive (Riggs, Grant, Perivoliotis, & Beck, 2010). Suite à une étude portant sur la structure factorielle et la validité de convergence, les auteurs de la version française concluent que cet instrument possède des propriétés psychométriques acceptables. L'échelle comporte 15 items. On y répond à l'aide d'une échelle allant de 0 (Absolument en désaccord) à 3 (Complètement en accord). L'instrument comporte deux sous-échelles. La première, constituée de neuf items, mesure le degré de certitude dans ses propres croyances. Il ne s'agit pas de la certitude de la croyance dans l'idée délirante, mais plutôt de la certitude

---

<sup>10</sup> À ne pas confondre avec la BICS décrite dans le paragraphe précédent.

de la justesse de ses propres croyances de manière générale. La seconde sous-échelle, constituée de six items, mesure le degré de flexibilité. Un index composite est obtenu par la soustraction du score de certitude du score de flexibilité<sup>11</sup>. Ce test est utilisé ici, principalement comme mesure de la flexibilité cognitive. Il fournit également une mesure de la capacité d'autocritique cognitive. Les données pour les groupes de référence proviennent de l'étude de Martin, Warman et Lysaker (2010).

**Le Questionnaire sur les métacognitions (QM).** Larøi, Van et d'Acremont (2009) ont réalisé cette version française du Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ) élaboré par Cartwright-Hatton et Wells (1997) (voir Appendice H). Suite à une étude portant sur la validité et la fidélité de la version française, les auteurs ont conclu qu'elle comportait des propriétés psychométriques adéquates comparables à celle de la version anglaise. Il s'agit d'un instrument constitué de 65 items auxquels le participant répond en utilisant une échelle allant de 1 (Je ne suis pas d'accord) à 4 (Je suis vraiment d'accord). Il comporte cinq échelles en plus d'un score global : *croyances positives à propos des inquiétudes* (CPI); *croyances négatives à propos du caractère incontrôlable et dangereux des inquiétudes* (CNI); *faible confiance cognitive* (FCC); *croyances négatives générales à propos des inquiétudes telles que la superstition, la punition et la responsabilité* (CNG) et la *conscience cognitive* (CC). Ici, le score global est utilisé comme indice de la présence de métacognitions favorisant l'anxiété et le développement des IDP. Les données pour les groupes de référence proviennent de Larøi et Van (2005).

---

<sup>11</sup> La terminologie anglaise est la suivante : *self-certainty scale*, *self-reflectiveness scale* et *composite index*.

**L'Échelle du besoin de fermeture (ÉBF).** Le Need for Closure Scale (NFCS) de Webster et Kruglanski (1994) est constitué de 42 items auxquels les participants doivent répondre en utilisant une échelle allant de 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement en accord). Il comporte six sous-échelles : préférence pour l'ordre; préférence pour la prévisibilité; décision; inconfort face à l'ambiguïté; fermeture d'esprit. Un score global peut aussi être obtenu. Les auteurs concluent que ce questionnaire est fidèle et valide. Une version française a été réalisée par Gosling (1996) (voir Appendice I). Cette échelle est utilisée afin d'obtenir une mesure du besoin de fermeture. Les données pour les groupes de référence proviennent de Colbert, Peters et Garety (2006).

**Le Questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles (QAIPS).** L'*Internal Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ) (Kinderman & Bentall, 1996; 1997) est un questionnaire contenant 32 items. Seize décrivent des situations positives, et seize décrivent des situations négatives. Pour chaque item, le participant doit générer une explication causale, l'écrire et la catégoriser comme étant interne, externe et personnelle, ou externe et situationnelle. Huit scores sont calculés : le nombre de situations positives pour lesquelles le participant a généré des attributions internes, externes et personnelles, externes et situationnelles; le nombre de situations négatives pour lesquelles le participant a fourni des attributions internes, externes et personnelles, externes et situationnelles; un indice mesurant le biais d'attribution externe, soit la soustraction du nombre d'attributions internes pour des événements négatifs du nombre d'attributions internes pour des événements positifs; une mesure du biais d'attribution externe-personnelle, soit la proportion d'attributions

externes-personnelles par rapport au nombre total d'attributions externes. Cette échelle a été traduite en français et validée par Larøi et Brédart (2001) (voir Appendice J). Ces auteurs rapportent que la version originale anglaise de l'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques. Dans leur propre étude, ils concluent que les moyennes et écarts-types obtenus sont plutôt similaires à ceux de la version originale anglaise et que la version française possède une bonne consistance interne. L'échelle d'attribution externe personnelle des événements négatifs, l'échelle du biais d'externalisation et l'échelle du biais de personnalisation seront utilisées ici afin de mesurer ces aspects du style attributionnel des participants. Les données pour les groupes de référence proviennent de Kinderman et Bentall (1996).

**Le Questionnaire d'anticipation de la menace (QAM).** *Le Threat Anticipation Questionnaire* (TAQ) a été utilisé par différents chercheurs sous des formes légèrement différentes les unes des autres (Bentall et al., 2008; Corcoran et al., 2006; Kaney, Bowen-Jones, Dewey, & Bentall, 1997; MacLeod, Williams, & Bekerian, 1991). Il ne s'agit toutefois pas d'un instrument dont les propriétés psychométriques ont été étudiées. Ici, la forme I de la version de Freeman et al. (2013) est utilisée. Le QAM a été traduit en français avec la permission des auteurs (voir l'Appendice K). La partie I comprend quinze items. Cinq décrivent des situations positives, cinq des situations neutres et cinq des situations négatives. Le participant doit, à l'aide d'une échelle allant de 1 (Très improbable) à 7 (Très probable), évaluer la probabilité que ces événements lui arrivent au cours des deux prochaines années et la probabilité qu'ils arrivent à un tiers. Différents scores peuvent être obtenus, mais ici seule l'estimation faite par le participant de la

probabilité qu'un événement négatif lui arrive est retenue. Les données du groupe de référence proviennent de Joley (2013).

**L'Échelle d'évaluation de l'estime de soi, version brève (ÉÉES-VB).** La Self Esteem Rating Scale (SERS) a été développée par Nugent et Thomas (1993) et par Nugent (1994, 2004). Une version brève, en langue française, a été développée et validée par Lecomte, Corbière et Laisné (2006) (voir l'Appendice L). Elle comporte 20 items auxquels le participant répond à l'aide d'une échelle allant de 1 (Jamais) à 7 (Toujours). Dix items sont cotés positivement et dix items sont cotés négativement, de sorte que le score global peut varier entre -60 et 60. Les auteurs ont traduit la version anglaise en utilisant une méthode rigoureuse. Dans leur étude, ils ont obtenu deux facteurs, soit *estime de soi positive* et *estime de soi négative*. Ils ont abrégé la version originale de l'instrument qui comportait 40 items suite aux résultats d'une analyse factorielle. Cette dernière version possède de bonnes propriétés psychométriques. Cette échelle permet donc d'obtenir une mesure de deux composantes de l'estime de soi. Les données du groupe de référence proviennent de Lecomte, Corbière & Laisné (2006).

**Les Échelles brèves des schèmes fondamentaux, version A (ÉBSF-VA).** La *Brief Core Schema Scales, version A* (BCSS-A) a été développée et validée par Fowler et al. (2006). Ces auteurs concluent que la BCSS-A a de bonnes propriétés psychométriques et notamment qu'une analyse en composante principale suggère une solution à quatre composantes correspondant aux quatre sous-échelles. Une version française a été réalisée avec la permission des auteurs (voir Appendice M). Elle est utilisée afin d'évaluer les perceptions positives et négatives de soi et des autres. Elle contient 24

énoncés répartis en quatre sous-échelles : perception négative de soi; perception positive de soi; perception négative d'autrui; perception positive d'autrui. Les participants doivent répondre en encerclant « oui » ou « non » et en utilisant une échelle allant de 1 (Légèrement) à 4 (Totalement) lorsqu'ils ont d'abord répondu « oui ». Ces échelles permettent d'obtenir quatre mesures relatives aux schèmes fondamentaux. Les données du groupe de référence proviennent des auteurs cités.

### **Instruments reliés aux facteurs émotionnels**

**L'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (IASTA).** Le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A., 1983) permet de mesurer ces deux formes d'anxiété : l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété. Cet instrument a été traduit et validé en français selon une méthode rigoureuse (Bouchard, Gauthier, Thibodeau, & Ivers, 1999; Gauthier & Bouchard, 1993) (voir l'Appendice N). Ces auteurs rapportent que l'IASTA est l'un des instruments les plus utilisés pour mesurer l'anxiété, qu'il a fait l'objet de plus de 40 traductions et que la qualité des propriétés psychométriques de la version originale anglaise a été démontrée. Leurs propres résultats démontrent également que la version française possède des propriétés intéressantes et que la structure à deux facteurs est la même que celle de la version anglaise. Une première échelle de 20 items mesure l'anxiété situationnelle et une seconde échelle de 20 items mesure l'anxiété-trait. Le participant répond à l'aide d'une échelle en quatre points allant de « Pas du tout » à « Beaucoup » pour l'anxiété situationnelle et de « Jamais » à « Presque toujours » pour l'anxiété-trait. Les données du groupe de référence proviennent du manuel cité.

**L'Inventaire de dépression de Beck II (IDP II).** *Le Beck Depression Inventory - II* (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) comporte 21 groupes d'énoncés correspondant à des manifestations de la dépression. Chaque groupe contient de trois à six énoncés ayant une valeur allant de 0 à 3. Le répondant doit choisir l'item qui le décrit le mieux. Une version française a été produite par le Centre de psychologie appliquée (1996) (voir l'appendice O). Cet instrument, largement utilisé en clinique et en recherche, possède des propriétés psychométriques bien documentées. Les données pour le groupe de référence proviennent du manuel des auteurs cités.

**L'Inventaire de colère-trait et de colère-état - 2 (ICTCE-2).** Le State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) de Spielberger (1999) permet de mesurer la colère-trait, la colère-état et l'expression de la colère. Le manuel de l'utilisateur en décrit les propriétés psychométriques en détail. Ce questionnaire, traduit en français et validé par Borteyrou, Bruchon-Schweitzer, & Spielberger (2009), obtient les mêmes facteurs que ceux de la version américaine et conclut à des propriétés psychométriques globalement satisfaisantes (voir Appendice P). Les données des groupes de référence proviennent du manuel de Spielberger (1999).

**L'Échelle d'auto-évaluation de la propension aux inquiétudes et ruminations.** Il ne s'agit pas d'un instrument psychométrique, mais d'un outil utilisé en cours d'entrevue pour aider le participant à quantifier sa propension à s'inquiéter (E) ou à ruminer (D3), à différents moments, en utilisant une échelle de 10 points allant de 1 (Absente) à 10 (Très grande).

**L'Échelle d'auto-évaluation du niveau d'activation émotionnelle.** Il ne s'agit pas d'un instrument psychométrique mais d'un outil utilisé en cours d'entrevue pour aider le participant à quantifier son niveau d'activation émotionnelle à différents moments. En utilisant une échelle de 10 points allant de 1 (Absente) à 10 (Extrême). Le participant doit se prononcer sur son niveau d'anxiété, de tristesse, d'impuissance, d'irritabilité, de méfiance et d'émotions positives.

### **L'entrevue semi-structurée**

Une entrevue structurée en deux parties a été élaborée spécifiquement pour les besoins de la présente recherche (voir Appendice C). La première partie, conçue en fonction des lignes directrices suggérées par Groth-Marnath (2009) et par McIntyre, Norton et McIntyre (2009), permet de réaliser une anamnèse détaillée. La seconde partie permet d'obtenir des informations relatives aux facteurs décrits dans les écrits sur l'IDP, mais du point de vue du participant. Elle inclut des questions tirées du *Questionnaire d'événements* (QDE) de Bouvard et Cottraux (1996), de la première partie de l'*Échelle diagnostique de stress post-traumatique* (EDSPT)<sup>12</sup> de Foa traduite par Brillon et Ceschi (Brillon, 2007), de l'*Abberant Salience Inventory* (ABS) (Cicero, Kerns, & McCarthy, 2010) et du *Questionnaire sur les comportements de sécurité* (QCS) (Freeman et al., 2001). Cet instrument permet de questionner chaque participant avec rigueur, mais avec souplesse, à propos de ce qui s'est déroulé dans les différentes sphères de sa vie, au cours de l'enfance, de l'adolescence et de la vie adulte. Il permet également de le questionner

---

<sup>12</sup> Cet instrument n'est pas utilisé pour faire le diagnostic d'un trouble de stress post-traumatique, mais plutôt pour repérer la présence d'événements traumatisants dans la vie d'un individu.

sur la présence de stressseurs distaux, de stressseurs proximaux et de situations déroutantes. Enfin, puisqu'un questionnaire sur les comportements de sécurité y a été inclus, il permet de mettre en évidence la présence de différents types de comportements de sécurité.

L'entrevue structurée permet donc d'obtenir de nombreuses informations, mais notamment l'histoire personnelle de chaque participant; des caractéristiques mises en relief par l'approche évolutionniste; les stressseurs distaux auxquels il peut avoir été exposé; les stressseurs proximaux auxquels il peut avoir été exposé; les expériences déroutantes qu'il peut avoir vécues et les comportements de sécurité qu'il peut avoir émis.

Le tableau qui suit permet une vision synthétique des instruments utilisés et des facteurs auxquels ils sont reliés.

*Tableau 3*

Tableau synthèse présentant les liens entre instruments et facteurs

<b>Nom de l'instrument</b>	<b>Acronyme</b>	<b>Catégorie de facteur</b>	<b>Utilisation</b>
Échelle des syndromes positifs et négatifs	PANSS	Symptomatologie	Utilisée pour s'assurer que les participants correspondent aux critères d'inclusion et pour quantifier les symptômes présents.
Échelle de cotation des symptômes psychotiques	ÉCPS	Symptomatologie	Utilisée pour mesurer les différentes dimensions de l'idée délirante de l'IDP.
Weschler Adult Intelligence Scale IV	WAIS-IV	Facteurs neuropsychologiques	Utilisée pour s'assurer que les participants correspondent aux critères d'inclusion et pour obtenir un estimé de leur niveau de fonctionnement intellectuel.

Test de catégorisation		Facteurs neuropsychologiques	Utilisé pour obtenir une mesure de flexibilité au sens neuropsychologique.
Test de raisonnement probabiliste	TRP	Facteurs neuropsychologiques	Utilisé comme mesure de la tendance à sauter aux conclusions.
Test des histoires combinées	THC	Facteurs neuropsychologiques	Utilisé comme mesure des capacités de mentalisation.
Échelle d'intuition cognitive de Beck	ÉICB	Facteurs cognitifs	Utilisée comme mesure de la flexibilité mentale.
Questionnaire sur les métacognitions	QM	Facteurs cognitifs	Utilisé comme mesure des métacognitions prédisposant à l'anxiété et aux IDP.
Échelle de propension aux inquiétudes et aux ruminations		Facteurs cognitifs	Utilisée en entrevue pour aider le participant à quantifier sa propension aux inquiétudes et aux ruminations à différents moments.
Échelle du besoin de fermeture	ÉBF	Facteurs cognitifs	Utilisée comme mesure du besoin de fermeture.
Questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles	QAIPS	Facteurs cognitifs	Utilisé comme mesure du style attributionnel.
Questionnaire d'anticipation de la menace	QAM	Facteurs cognitifs	Utilisé comme mesure de la tendance générale à anticiper des menaces, même anodines.
Échelle d'évaluation de l'estime de soi, version brève	ÉÉEV-VB	Facteurs cognitifs	Utilisée comme mesure de l'estime de soi positive et de l'estime de soi négative.
Échelles brèves des schèmes fondamentaux, version A	ÉBSF-VA	Facteurs cognitifs	Utilisées parce qu'elles permettent d'obtenir une mesure des quatre schèmes fondamentaux.

Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété	IASTA	Facteurs émotionnels	Utilisée pour mesurer le niveau d'anxiété.
Inventaire de dépression de Beck II	IDB II	Facteurs émotionnels	Utilisé comme mesure de la symptomatologie dépressive.
Inventaire de colère-trait et de colère-état – 2	ICTCE-2	Facteurs émotionnels	Utilisé comme mesure du niveau de colère.
Échelle d'auto-évaluation du niveau d'activation émotionnelle		Facteurs émotionnels	Utilisé en entrevue pour aider le participant à quantifier son niveau d'activation émotionnelle à différents moments.
Entrevue structurée		Événements de vie et comportements de sécurité	Utilisée pour connaître les différentes sphères de la vie du participant; pour évaluer la présence d'événements de vie; de stressors distaux ou proximaux, de situations déroutantes; de dépister et de décrire les comportements de sécurité.

---

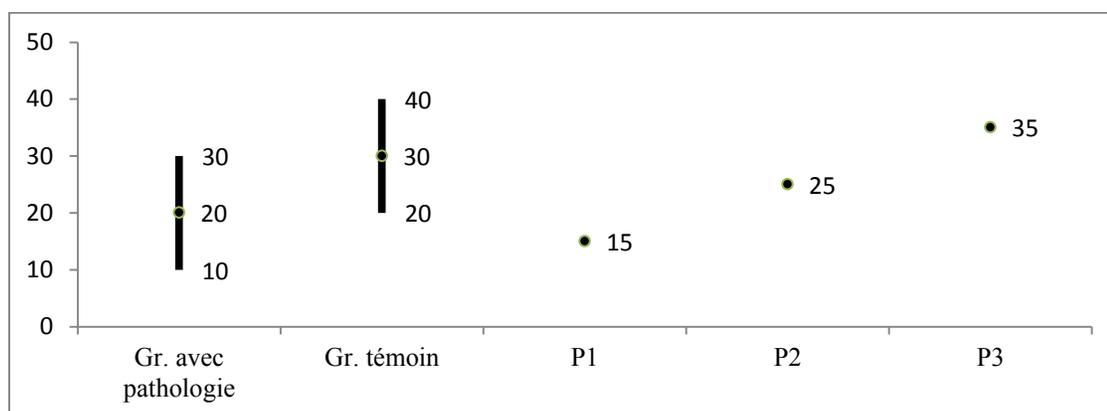
## **Résultats**

### **Mode de présentation des résultats**

Les résultats sont de deux types : premièrement, les résultats aux questionnaires pour chaque participant, résultats présentés de manière à les comparer à des données provenant de groupes de référence et à comparer les résultats des participants entre eux; deuxièmement, les histoires de cas suivies d'une analyse visant à déterminer où se situe chaque participant pour chacun des facteurs étudiés. Bien que l'étude de cas soit au cœur de la présente thèse, il est apparu préférable de les présenter en second. Cet ordre de présentation a trois avantages. D'abord, il rend compte de la démarche d'analyse réalisée par l'auteur. Ensuite, il permet de terminer avec ce qui constitue l'essentiel de la présente étude. Enfin, comme les données ne sont pas présentées avec les profils individuels des participants, le lecteur en aura pris connaissance dans un premier temps et pourra mieux juger de la pertinence de l'analyse qui accompagne ces profils. Cependant, le lecteur qui le souhaite peut choisir de prendre connaissance des études de cas dans un premier temps et prendre connaissance des données dans un second temps.

Les résultats sont donc exposés en deux volets. Dans le premier volet, des résultats sont présentés de manière factuelle pour les cinq participants. Ils se retrouvent la plupart du temps sous forme de Tableaux ou de Figures. Il peut s'agir de réponses données par les participants en entrevue ou de résultats à des instruments de mesure. Lorsque c'est possible, les résultats sont comparés à ceux de groupes de référence, et les expressions *résultat positif*, *résultat mixte* et *résultat négatif* sont souvent utilisées pour les

catégoriser, comme l'illustre la Figure 1. Ces tableaux présentent généralement les résultats pour différents groupes décrits dans les articles où ont été puisées les données des groupes de référence. Par exemple, ils peuvent contenir des données portant sur des groupes présentant un état dépressif ou un trouble anxieux, même si l'analyse présentée ici ne fait pas toujours référence à de tels groupes. L'analyse visuelle de ces tableaux a l'avantage de permettre au lecteur de situer les participants par rapport à des groupes présentant des idées délirantes, mais aussi d'autres symptômes ou d'autres pathologies.



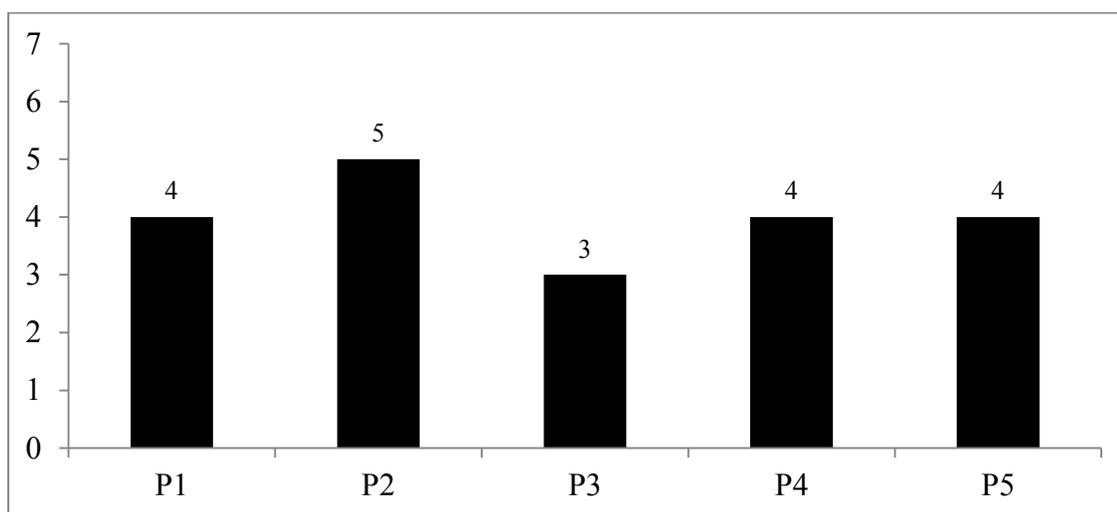
*Figure 1.* Exemple illustrant la terminologie utilisée dans la description de certains résultats. Le groupe avec pathologie a une moyenne de 20 avec un écart-type de 10. Le groupe témoin a une moyenne de 30 et un écart-type de 10. Le P1 a un score de 15 au questionnaire de pathologie, score dit positif parce qu'il va dans le sens attendu et se démarque de la moyenne du groupe témoin. Le P2 a un score de 25, dit mixte parce qu'il ne se démarque ni du groupe avec pathologie ni du groupe témoin. Le P3 a un résultat de 35, dit négatif parce qu'il va dans le sens contraire du sens attendu et se démarque de la moyenne du groupe avec pathologie.

Dans le second volet, l'histoire de chaque participant est décrite sur la base des informations obtenues au cours des entrevues. Il s'agit d'un condensé des informations obtenues lors de la passation de la PANSS ainsi que lors de la deuxième, de la troisième et de la sixième rencontre avec les participants, ce qui représente environ sept heures

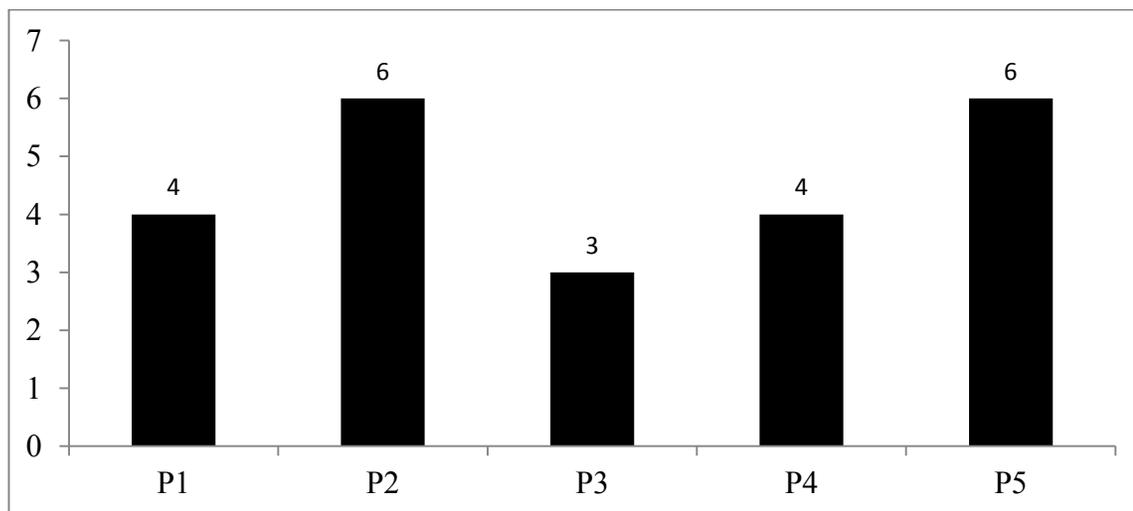
d'entrevue. L'intention est ici de faire preuve de fidélité face au récit de chaque participant et à sa perception des faits. Cependant, des précisions peuvent être ajoutées lorsque des informations provenant des dossiers divergent sensiblement des informations fournies par les participants. Ensuite, une analyse permet de déterminer si chacun des facteurs est présent ou non pour chacun des participants. Des informations significatives provenant du récit de chaque participant sont ensuite mises en évidence.

### **Présentation des résultats quantitatifs pour les cinq participants**

**Les symptômes.** Les participants présentent tous une IDP pure, dans le sens où il s'agit du seul symptôme psychotique présent, à part le manque d'autocritique. Les résultats au PANSS pour les items *Idées délirantes* et *Manque de jugement et d'insight* sont illustrés par les Figures 2 et 3. Ils reçoivent tous un traitement pharmacologique et, dans tous les cas, le dossier indique la présence d'un progrès significatif suite à l'instauration de ce traitement.



*Figure 2.* Scores bruts à l'item *Idées délirantes* du PANSS pour les cinq participants. 1 : absent; 2 : minime; 3 : léger; 4 : modéré; 5 : modérément sévère; 6 : sévère; 7 : extrême.



*Figure 3.* Scores bruts à l’item *Manque de jugement et d’insight* du PANSS pour les cinq participants. 1 : absent; 2 : minime; 3 : léger; 4 : modéré; 5 : modérément sévère; 6 : sévère; 7 : extrême.

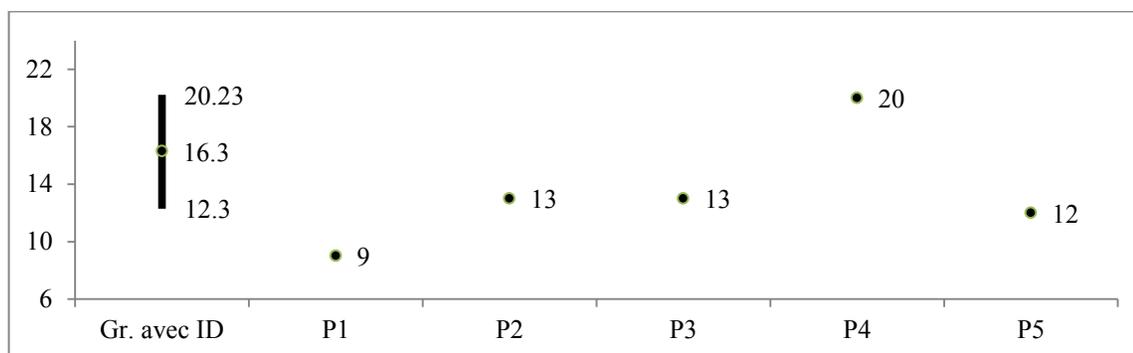
Les différentes dimensions de l’idée délirante de persécution, telles que mesurées avec la version modifiée de l’ÉCSP, sont présentées au Tableau 1. Les cinq profils varient sensiblement, notamment chez le P4 qui obtient beaucoup de scores élevés. Cependant, quelques constantes sont observées : le degré de conviction élevé; la fréquence et le degré de détresse sont bas, sauf chez le P4; le caractère mérité de la persécution qui s’avère bas. La Figure 4 montre que les scores globaux sont plutôt dispersés.

Tableau 4

Scores bruts pour les dimensions de l'idée délirante de persécution de l'ÉCSP

	P1	P2	P3	P4	P5
Fréquence des préoccupations	1	2	4	2	1
Durée des préoccupations	1	3	3	4	3
Degré de conviction	4	3	2	4	4
Fréquence de la détresse	1	1	1	3	1
Degré de détresse	1	1	1	4	1
Impact	1	3	2	3	2
<i>Pouvoir du persécuteur</i>	4	2	1	3	2
<i>Vulnérabilité face au persécuteur</i>	4	1	1	3	1
<i>Caractère mérité de la persécution</i>	2	0	1	0	0

*Note.* Scores bruts pour les dimensions de l'idée délirante de persécution de l'ÉCSP modifié pour les cinq participants au moment de la recherche. Les items en italique ont été ajoutés par l'auteur et ne font pas partie de la version originale de l'instrument. Les descripteurs correspondant aux chiffres se trouvent à l'Appendice D. Bien qu'ils diffèrent selon les items, ils représentent un niveau de sévérité allant d'absent à sévère.



*Figure 4.* Scores totaux bruts à l'échelle de délire de l'ÉCSP pour les cinq participants, au moment de la recherche, comparés à ceux du groupe de référence constitué de participants avec idée délirante. Seules les dimensions contenues dans l'instrument original ont été prises en compte.

### L'approche évolutionniste

Les données illustrées par le Tableau 5 indiquent que, pour quatre des cinq participants, au moins un des persécuteurs allégués était un homme étranger, mais que, dans trois cas sur quatre, il y avait plus d'un type de persécuteur.

*Tableau 5*

Tableau décrivant le type de persécuteur allégué

	P1	P2	P3	P4	P5
Homme familial	✓			✓	
Homme étranger	✓	✓	✓		✓
Femme familière	✓			✓	
Femme étrangère					✓

### Les événements de vie

**Les stressseurs distaux.** Le participant 1 provenait d'une famille décrite comme fonctionnelle, et le seul stressseur distal significatif qui a été décelé est la crainte de la colère du père lorsque ce dernier s'est enragé à une occasion, bien que cela soit rapporté comme une simple anecdote. Au cours de l'enfance, le P2 a souffert d'énurésie jusqu'à l'âge de 10 ans. Il recevait souvent des punitions physiques lui laissant parfois des ecchymoses de la part de son père. Il était également frappé par ses professeurs. Il dément toutefois que cela ait pu avoir un impact quelconque dans sa vie. Le P3 décrit un climat familial tendu et conflictuel. De plus, il rapporte avoir été giflé par sa mère à douze ans, rudoyé par son père à treize ans et frappé par un pair dans une famille d'accueil à quatorze ans, événements qui l'ont marqué. Le P4 décrit une famille dans laquelle il était victime de négligence et parfois de mauvais traitements de la part de ses

sœurs et de ses parents. Dans ce cas, il est toutefois difficile de déterminer ce qui représente des éléments de réalité de ce qui a été revisité à la lumière d'idées délirantes de persécution. Il décrit ces événements comme ayant eu un impact majeur sur lui. Le P5 provient d'une famille décrite comme fonctionnelle et ne rapporte aucun événement particulier.

**Les stressseurs proximaux et concomitants.** Dans les mois qui ont précédé le premier épisode psychotique, le P1 a procédé à une transaction immobilière qui mettait sa sécurité financière en péril. Un de ses fils a fait une chute et a subi une fracture du crâne, alors que son fils aîné a reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Le fait que trois des pneus de ses deux véhicules aient été dégonflés, de manière intentionnelle, estime-t-il, et que le lendemain une connaissance lui dise : « Toi, demain tu vas être mort », semblent avoir été des événements déclencheurs. Après une rémission spontanée, deux ans plus tard, un nouvel épisode est survenu après trois bris successifs sur ses véhicules, lesquels ont été interprétés sur un mode paranoïde. Chez le P2, il semble difficile d'identifier le moment précis où les IDP se sont développées. Plusieurs événements se sont succédés, débutant par une contravention considérée comme injuste à laquelle il a décidé de s'opposer. Cette décision a déclenché une cascade d'événements qu'il n'avait pas prévus : nouvelles amendes, saisies de ses véhicules, arrestation par l'équipe d'intervention tactique, emprisonnement, hospitalisation contre le gré. Dans le cas du P3, dans les années précédant sa psychose ou concomitantes au début des IDP, monsieur a dénoncé ce qu'il croyait être une faute de son employeur. Ses armes ont été saisies par des policiers, il a été incarcéré, il a subi

une fouille à nu, il a craint d'être abusé sexuellement au cours de cette fouille et il a été frappé par un codétenu. Par la suite, il a été hospitalisé contre son gré et sa situation a été judiciairisée. Enfin, ayant une meilleure autocritique au moment de sa participation à la recherche, il rapportait que le fait d'être aux prises avec des IDP était en soi un stresser important. Dans le cas du P4, les IDP semblent s'être développées au long cours dans un contexte où, rapporte-t-il, il était négligé et maltraité par ses proches. Avant la phase la plus aigüe qui l'a conduit en prison puis à l'hôpital, il était isolé, il avait d'importants problèmes financiers et il était sans domicile fixe. De plus, il cherchait à obtenir de l'aide de ses proches, mais les choses ne se déroulaient pas comme il le souhaitait et il se sentait régulièrement rejeté par ses proches (ce qu'il interprétait sur un mode paranoïde). Le P5 a connu des problèmes avec une transaction immobilière souhaitée qui n'a pu se réaliser dans l'année précédant le développement des IDP. Celles-ci ont débuté après que des voisins aient fait des allégations de pédophilie, ce qui a causé le bris de sa relation amoureuse. Sa réaction à cet événement a entraîné une cascade d'autres événements stressants : problèmes judiciaires, démêlés avec les policiers et hospitalisations contre le gré.

**Les expériences déroutantes.** La notion d'expérience déroutante est difficile à opérationnaliser. Cependant, si une expérience que la personne n'arrive pas à s'expliquer est vue comme déroutante, au sens où Maher l'entend (Maher, 1974, 2003a; 2003b, 2005; Maher & Spitzer, 1993), on peut considérer que les cinq participants ont vécu ce type d'expérience, et que la recherche de sens a pu contribuer au développement d'une IDP. Chacun des participants pourrait avoir cherché à faire sens de certains événements

par des explications de type paranoïde : le P1 aurait ainsi expliqué ses problèmes avec ses véhicules; le P2, ses démêlés avec la justice; le P3, ses problèmes avec les policiers et le système judiciaire; le P4, ses difficultés familiales et sa dérive sociale; le P5, les allégations de pédophilie et la perte de sa relation amoureuse. L'histoire de chaque participant présentée sous le volet 2 replace ces événements dans leur contexte.

### Les facteurs neuropsychologiques

**L'estimation du QI.** Comme l'illustre la Figure 5, les résultats obtenus avec les sous-tests *Vocabulaire* et *Matrices* de la WAIS-IV suggèrent que les participants avaient tous un fonctionnement intellectuel se situant dans la normale. Tous, sauf le P2, ont obtenu des scores atteignant un écart-type au-dessus de la normale au sous-test des *Matrices*, donc dans une tâche dite non verbale.

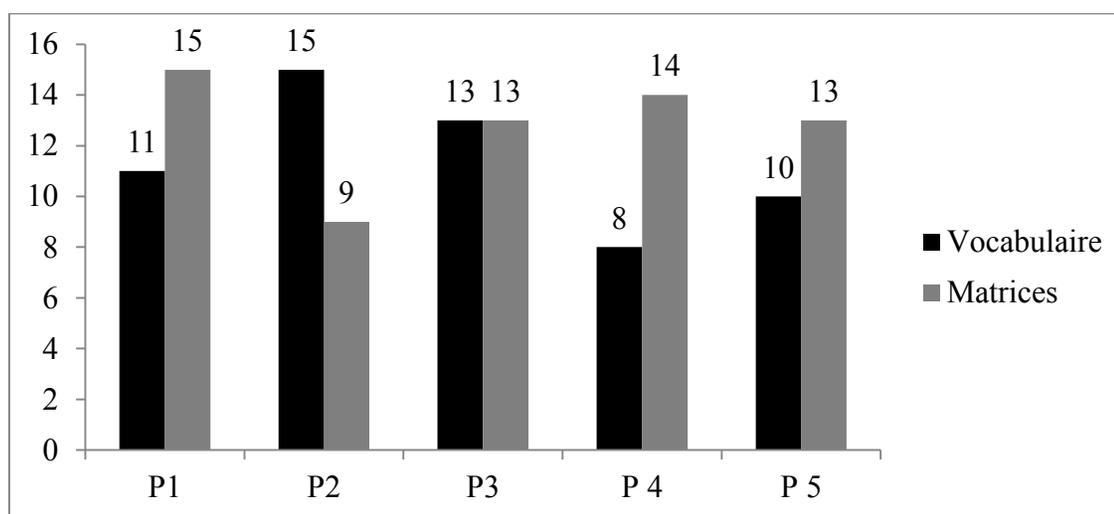


Figure 5. Scores pondérés aux sous-tests Vocabulaire et Matrices de la WAIS-IV.

**La flexibilité.** Le score combiné du *Test de catégorisation* du D-KEFS indique que tous les participants ont une capacité de flexibilité dans la normale, à l'exception du P3 dont le résultat atteint un écart-type sous la normale (voir Figure 6).

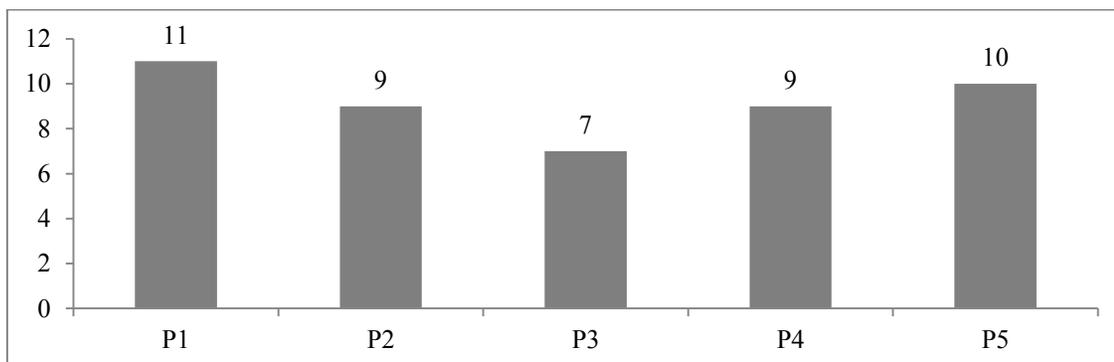


Figure 6. Scores pondérés des cinq participants pour le score combiné au *Test de catégorisation* du D-KEFS.

**Le saut aux conclusions et le raisonnement probabiliste.** Au *Test de raisonnement probabiliste*, les résultats suivants sont observés : des scores mixtes pour le P1, des scores positifs (en faveur d'un biais de raisonnement probabiliste) pour les P3, P4 et P5, mais un score tout à fait atypique pour le P2 dont le résultat va dans le sens contraire au sens attendu. Ce résultat peut être associé à un style obsessionnel (Philips & Edwards, 1966) (voir Figure 7).

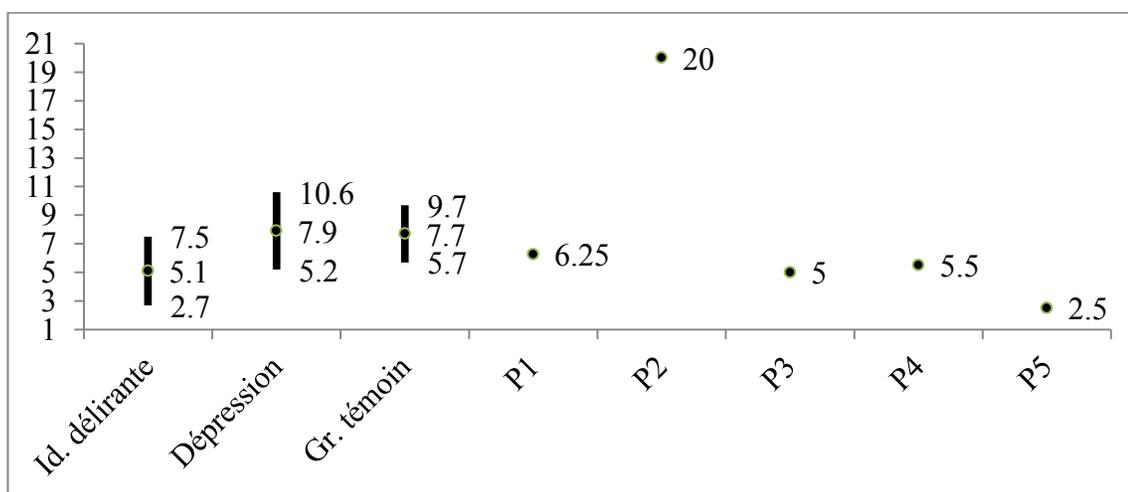
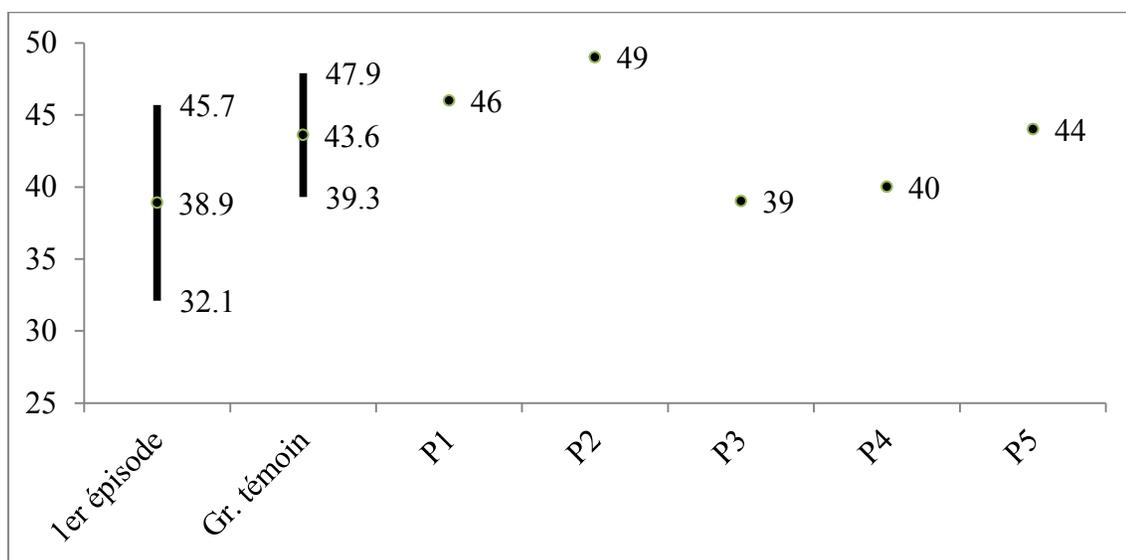


Figure 7. Scores bruts au *Test de raisonnement probabiliste* pour les cinq participants comparés à ceux de trois groupes de référence : avec idée délirante, avec dépression, et groupe témoin (moyennes et écarts-types).

**La mentalisation.** Pour la mentalisation, telle que mesurée par le THC de la BICS, un résultat négatif est obtenu par les P1 et P2, un résultat mixte par les P4 et P5 et un résultat positif, par quelques fractions de point, par le P3 (voir Figure 8).

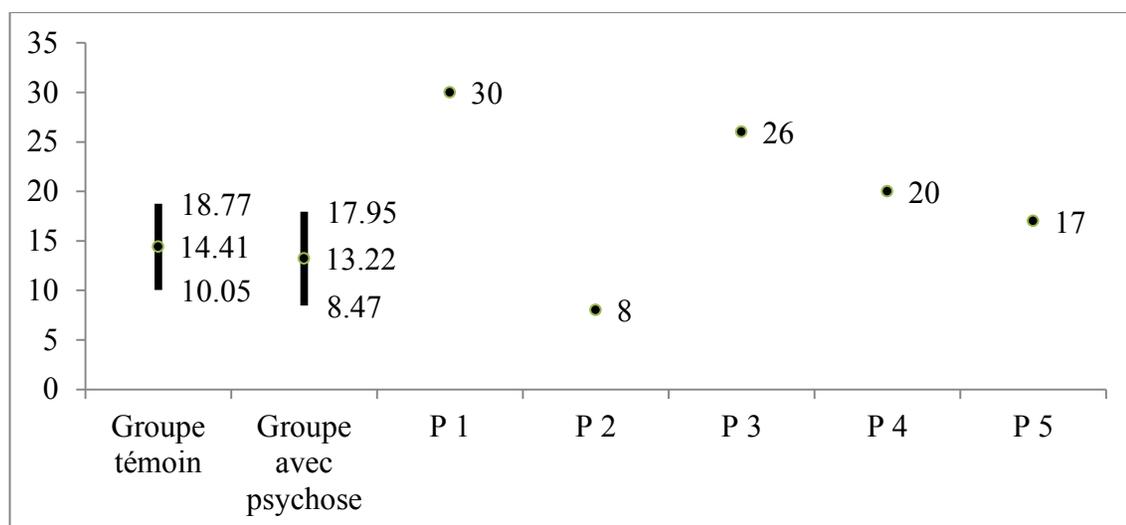


*Figure 8.* Scores bruts au THC de la BICS pour les cinq participants comparés à deux groupes de référence (moyennes et écart-types) : participants présentant un premier épisode psychotique et groupe témoin.

### Les facteurs cognitifs

**Les biais cognitifs.** Il existe plusieurs types de biais qui peuvent intervenir dans la formation et le maintien de l'IDP. Les plus couramment étudiés sont le saut aux conclusions, les problèmes de mentalisation, les problèmes d'attribution et l'anticipation de la menace. Les résultats pour les deux premiers, classés ici au rang des facteurs neuropsychologiques, ont déjà été décrits. Les résultats pour les deux derniers se retrouvent plus loin dans la présente section.

**La flexibilité de la pensée.** À l'échelle de flexibilité de l'ÉICB, seul le P2 obtient un score suggérant la présence d'une difficulté. Par contre, à l'échelle de certitude, tous les participants obtiennent des résultats positifs. Enfin, à l'échelle composite, le P1 et le P3 obtiennent des scores négatifs, le P4 et le P5 obtiennent des scores mixtes, alors que le P2 obtient un score positif. Finalement, le P2 se distingue des quatre autres participants en présentant des scores positifs dans les trois échelles (voir Figures 9, 10 et 11).



*Figure 9.* Scores bruts à l'échelle de flexibilité de l'ÉICB comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe témoin et groupe avec psychose (moyennes et écarts-types).

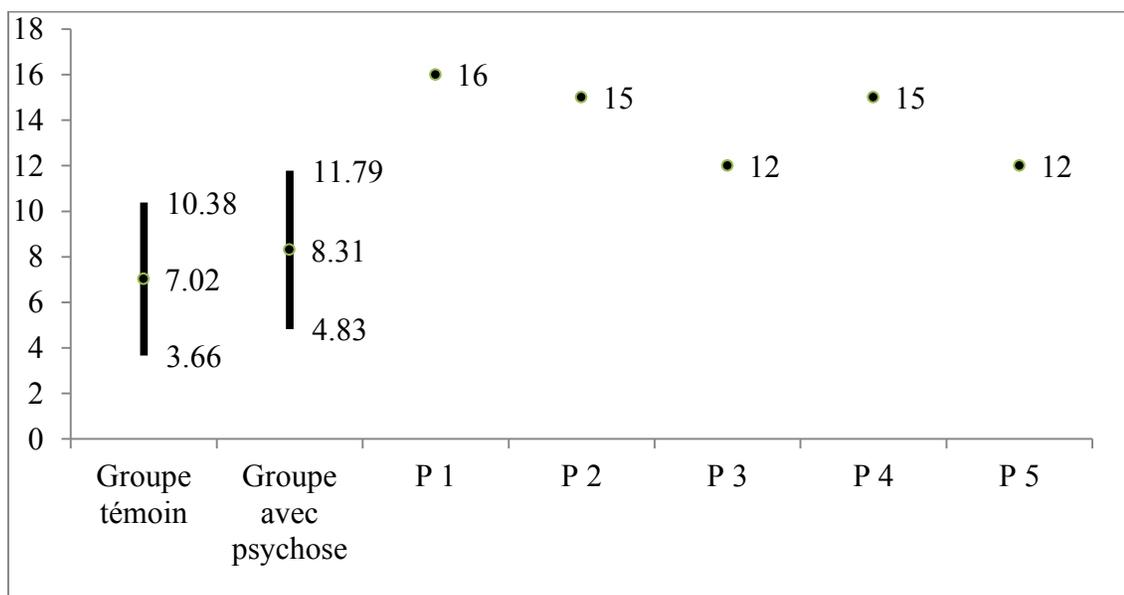


Figure 10. Scores bruts à l'échelle de certitude de l'ÉICB comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe témoin et groupe avec psychose (moyennes et écarts-types).

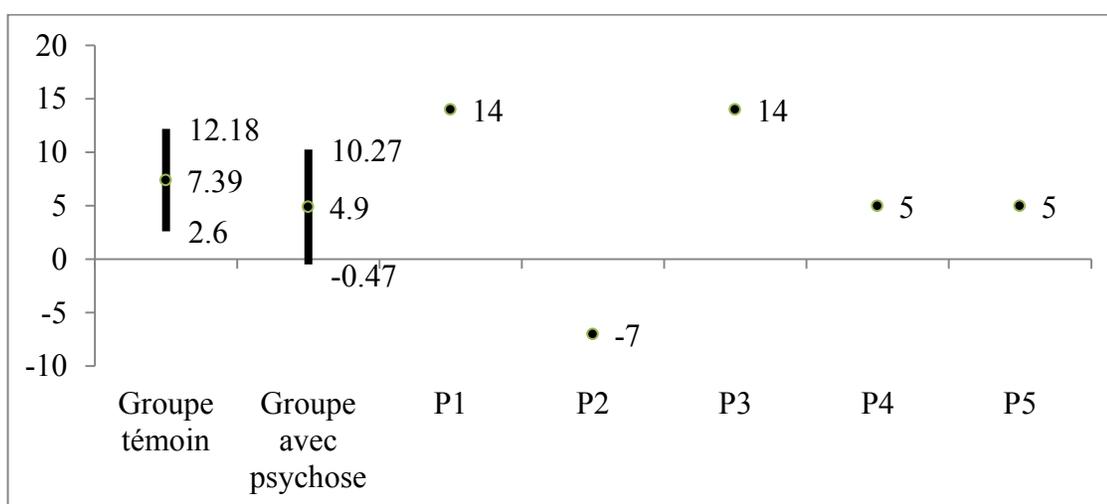
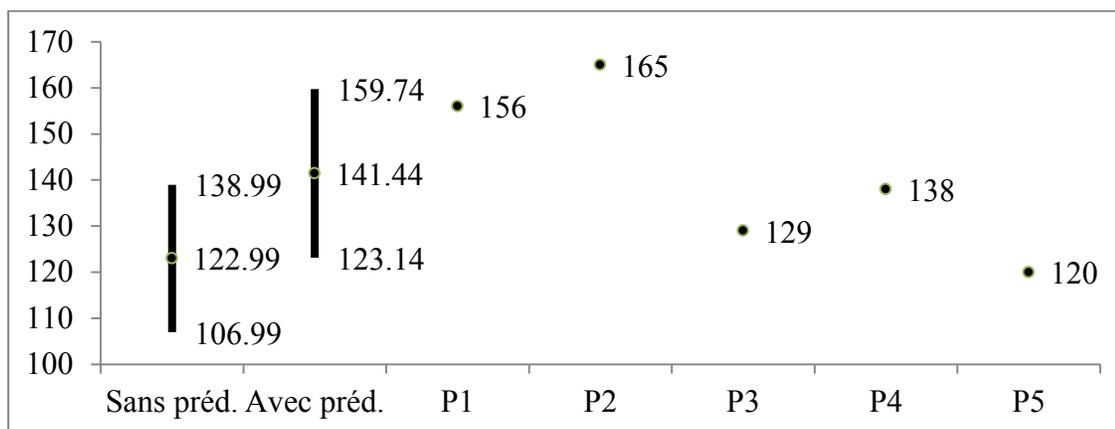


Figure 11. Scores bruts à l'échelle de certitude de l'ÉICB comparés à deux groupes de référence: groupe témoin et groupe avec psychose (moyennes et écarts-types).

**Les métacognitions.** En ce qui concerne les métacognitions associées à l'anxiété, telles que mesurées par le QM, le P5 obtient un résultat négatif, le P3 et le P4 obtiennent

des résultats mixtes alors que le P1 et le P2 obtiennent des résultats positifs (voir Figure 12).



*Figure 12.* Scores bruts au QM comparés à deux groupes de référence : sans prédisposition à la psychose et avec prédisposition à la psychose (moyennes et écarts-types).

**La propension aux inquiétudes et aux ruminations.** La propension aux inquiétudes et aux ruminations a été évaluée en entrevue à l'aide d'une échelle de 10 points allant de 1 (Absente) à 10 (Très grande). Chaque participant devait se prononcer à propos de l'importance de cette propension avant le développement de l'idée délirante, au moment de son développement et au moment de sa participation. Les résultats sont très variables, mais tous les participants rapportent une augmentation au moment du développement des IDP. Seul le P4 se décrit comme ayant eu auparavant une propension notable aux inquiétudes et aux ruminations (voir Figure 13).

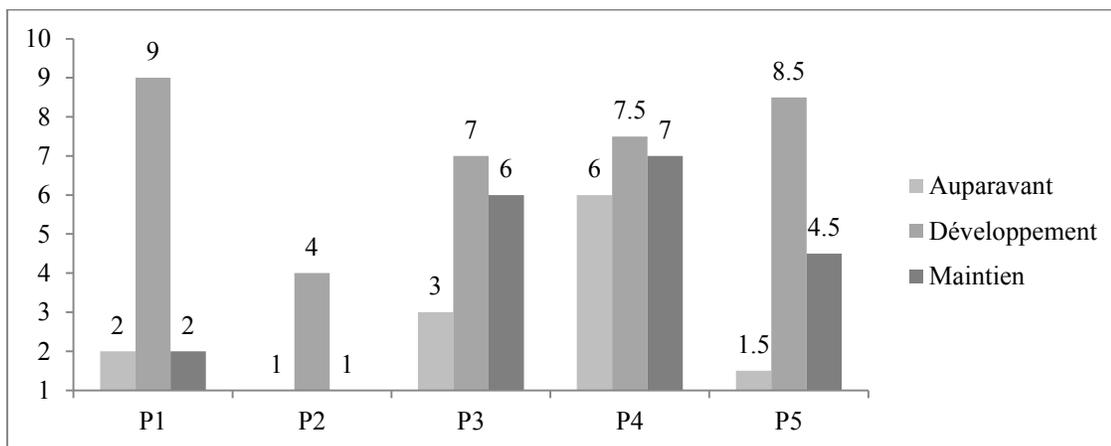


Figure 13. Auto-évaluation de la propension aux inquiétudes et aux ruminations à l'aide d'une échelle allant de 1 à 10 où 1 signifie *Absente* et où 10 signifie *Extrême*.

**Le besoin de fermeture.** En ce qui concerne le besoin de fermeture, tel que mesuré par le score global à l'ÉBF, on constate que le P3 obtient un score négatif, que le P4 et le P5 obtiennent des scores mixtes, alors que le P1 et le P2 obtiennent des scores positifs comparables à ceux qui ont été obtenus, tant par le groupe avec IDP que par le groupe avec trouble d'anxiété généralisée (voir Figure 14).

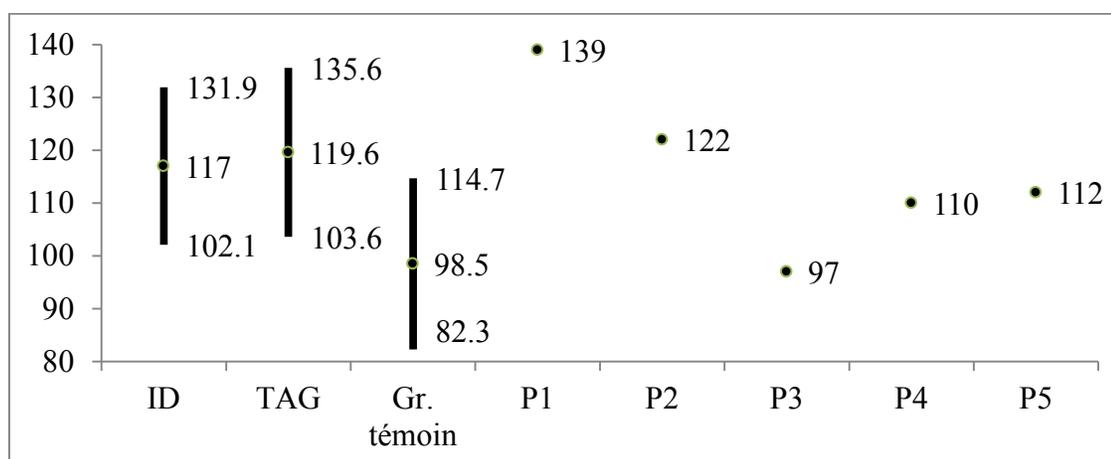
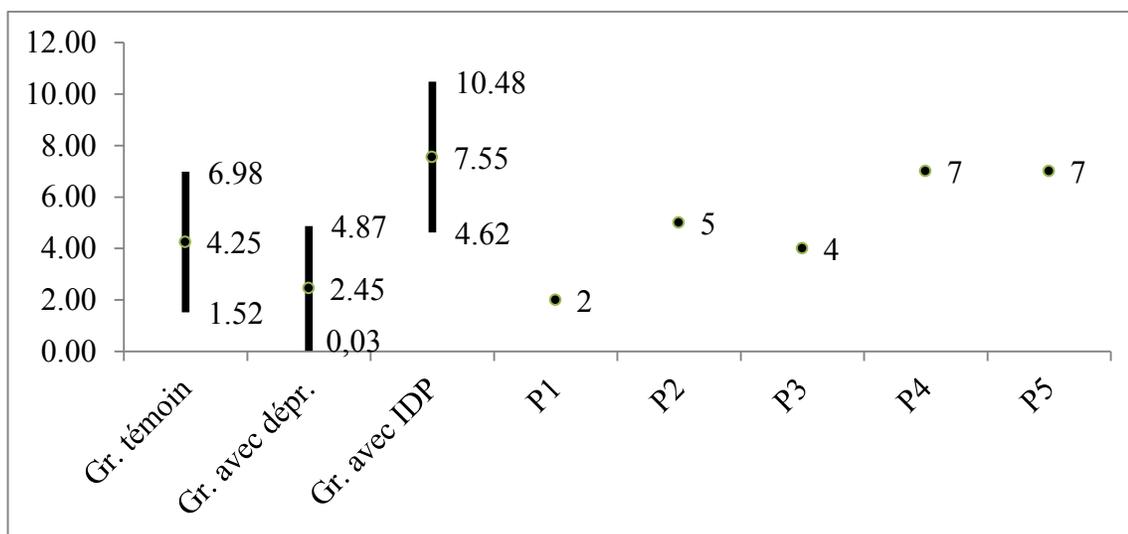


Figure 14. Scores bruts à l'ÉBF comparés à ceux de trois groupes de référence : groupe avec idée délirante, groupe avec trouble d'anxiété généralisée et groupe témoin (moyennes et écarts-types).

**Le style attributionnel.** À l'échelle d'attribution interne des événements négatifs du QAIPS, les cinq participants obtiennent des scores mixtes. À l'échelle d'attribution externe personnalisée des événements négatifs, les P1 et P3 obtiennent des scores négatifs, le P2 obtient un score mixte alors que les P4 et P5 obtiennent de justesse des scores positifs (voir Figure 15). À l'échelle d'attribution externe situationnelle des événements négatifs, les cinq participants obtiennent des résultats négatifs (voir Figure 16). À l'indice de biais d'externalisation des événements négatifs, le P1 et le P3 obtiennent des résultats positifs, le P2 obtient un résultat mixte et les P4 et P5 obtiennent des résultats négatifs, mais cependant typiques de ceux du groupe de référence constitué de participants avec dépression (voir Figure 17). Enfin, à l'indice de biais de personnalisation des événements négatifs, les cinq participants obtiennent des résultats négatifs (voir Figure 18).



*Figure 15.* Scores bruts à l'échelle d'attribution externe personnalisée des événements négatifs du QAIPS comparés à ceux de trois groupes de référence : groupe témoin, groupe avec dépression et groupe avec idée délirante de persécution (moyennes et écarts-types).

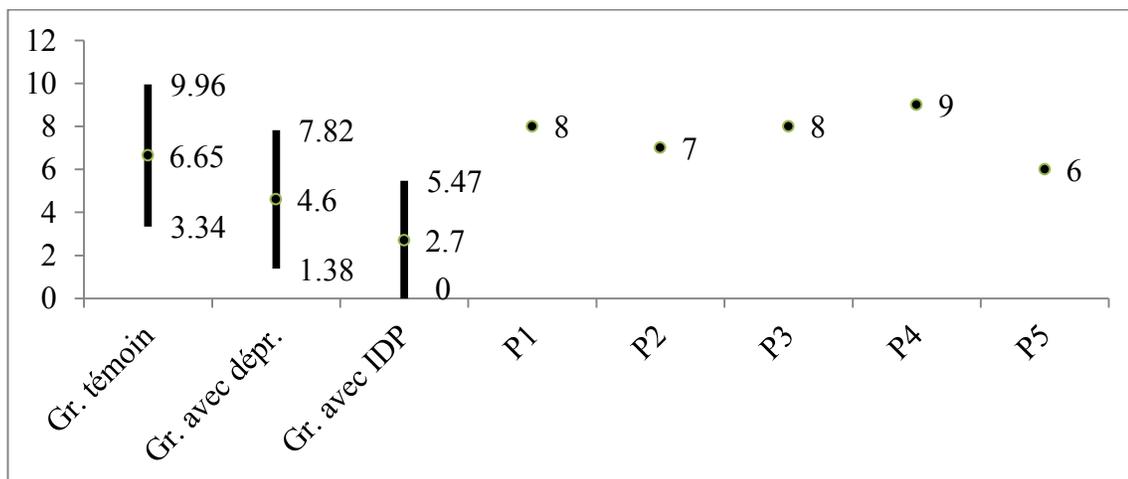


Figure 16. Scores bruts à l'échelle d'attribution externe situationnelle des événements négatifs du QAIPS comparés à ceux de trois groupes de référence : groupe témoin, groupe avec dépression et groupe avec idée délirante de persécution (moyennes et écarts-types).

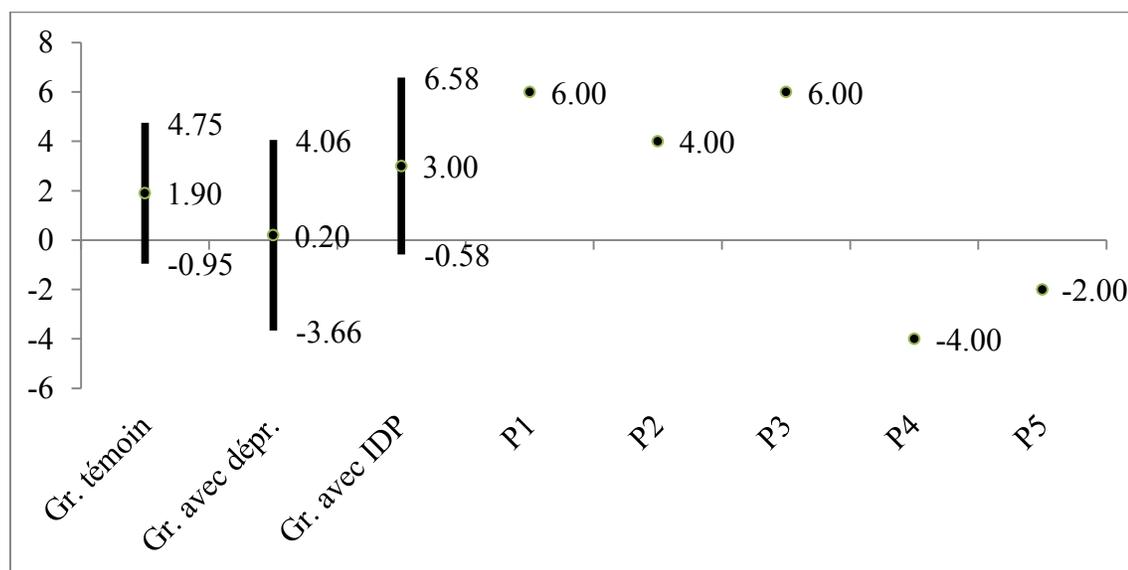


Figure 17. Scores bruts pour l'indice de biais d'externalisation du QAIPS comparés à ceux de trois groupes de référence : groupe témoin, groupe avec dépression et groupe avec idée délirante de persécution (moyennes et écarts-types).

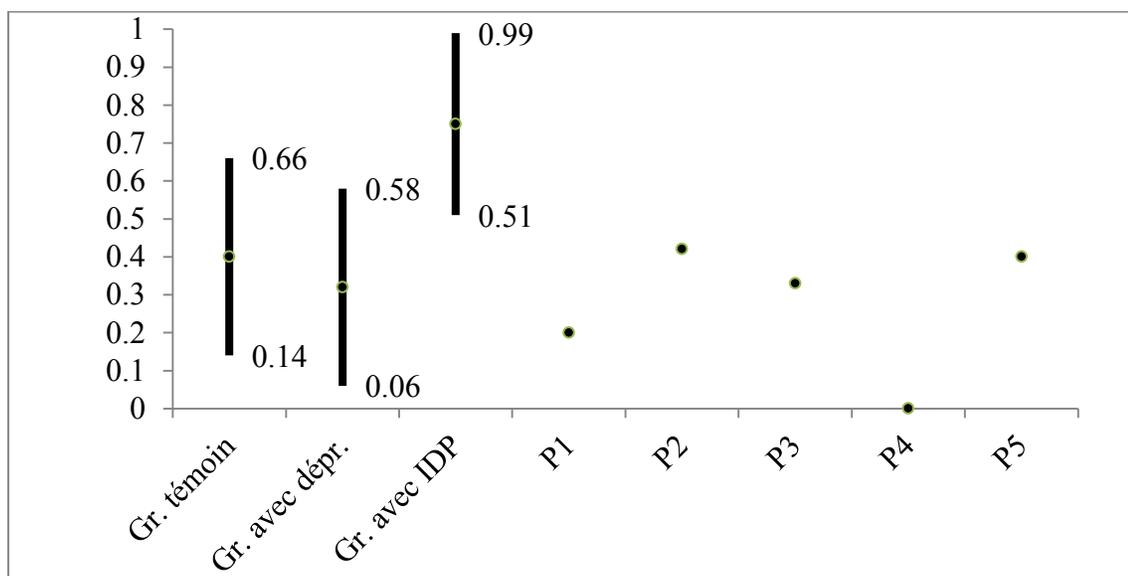


Figure 18. Scores bruts pour l'indice de biais de personnalisation du QAIPS comparés à ceux de trois groupes de référence : groupe témoin, groupe avec dépression et groupe avec idée délirante de persécution (moyennes et écarts-types).

**L'anticipation de la menace.** Au QAM, les P1, P2 et P3 obtiennent des scores négatifs alors que les P4 et P5 obtiennent des scores mixtes (voir Figure 19).

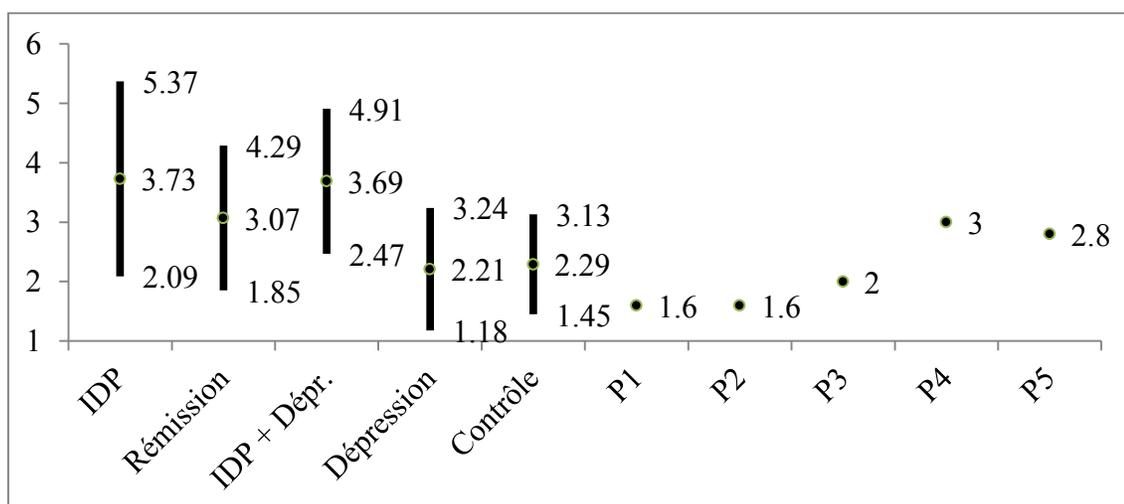


Figure 19. Scores bruts au QAM, forme alternative, comparés à ceux de groupes de référence : avec IDP, en rémission, avec IDP et dépression, avec dépression et groupe contrôle (moyennes et écarts-types).

**L'estime de soi.** À l'échelle d'estime de soi positive du QES, seul le P4 obtient un score positif alors que les autres participants se situent dans la moyenne du groupe de référence sans pathologie (voir Figure 20). À l'échelle d'estime de soi négative, encore une fois, seul le P4 obtient un score positif, les scores des autres participants se situant dans la moyenne (voir Figure 21).

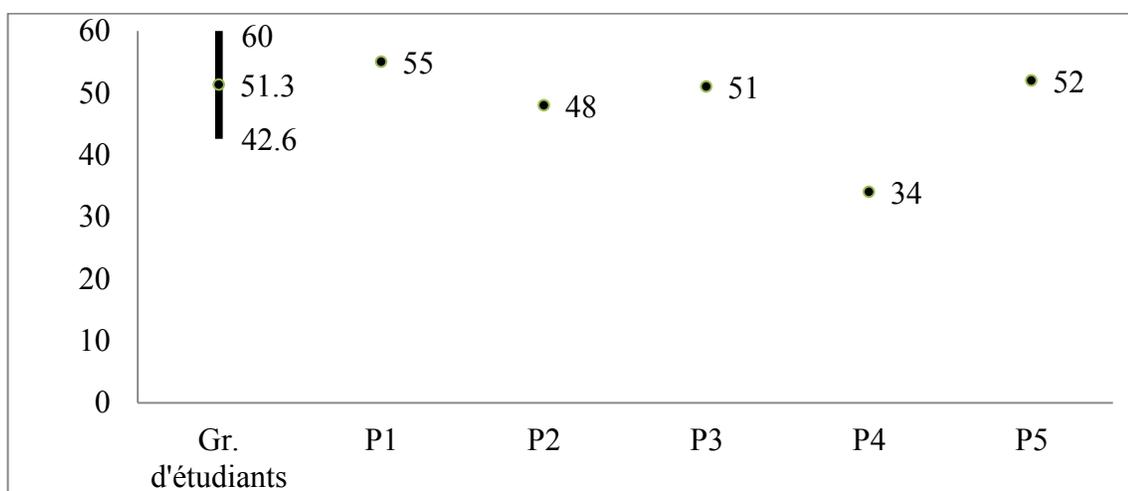


Figure 20. Scores bruts à l'échelle d'estime de soi positive de l'ÉÉES-VB comparés à ceux d'un groupe de référence constitué d'étudiants (moyenne et écart-type).

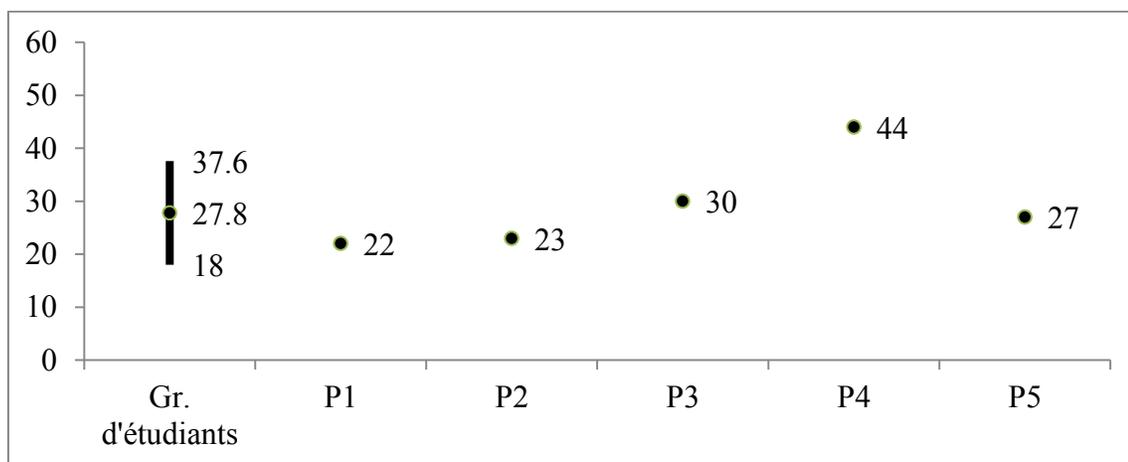
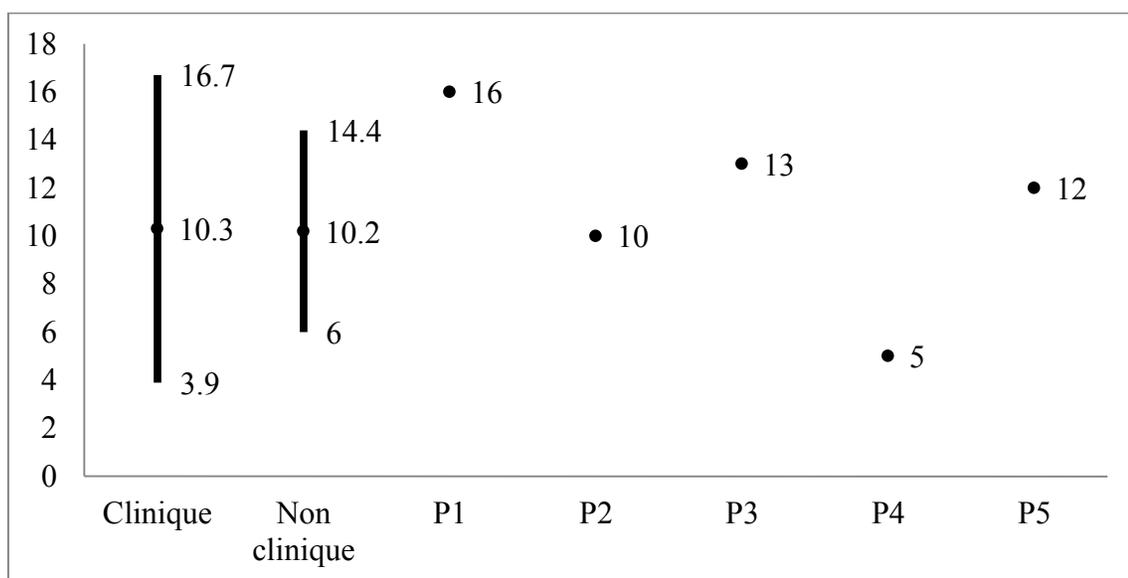


Figure 21. Scores bruts à l'échelle d'estime de soi négative de l'ÉÉES-VB comparés à ceux d'un groupe de référence constitué d'étudiants (moyennes et écarts-types).

**Les schèmes cognitifs.** À l'échelle de vision positive de soi du QSF, le P1 obtient un score négatif. Les P2, P3 et P5 obtiennent des scores mixtes. Seul le P4 obtient un score positif (voir Figure 22). À l'échelle de vision négative de soi, les P1, P2, P3 et P5 obtiennent des scores mixtes Seul le P4 obtient un score positif (voir Figure 23). À l'échelle de vision positive de l'autre, les P1 et P3 obtiennent un score négatif. Les P2 et P5 obtiennent des scores mixtes et le P4 obtient un score positif (voir Figure 24). À l'échelle de vision négative de l'autre, les P1, P2 et P5 obtiennent des scores négatifs, le P3 obtient un score mixte alors que le P4 obtient un score positif (voir Figure 25).



*Figure 22.* Scores bruts à l'échelle de vision positive de soi du QSF comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe non clinique constitué d'étudiants et groupe clinique constitué de participants avec psychose (moyennes et écarts-types).

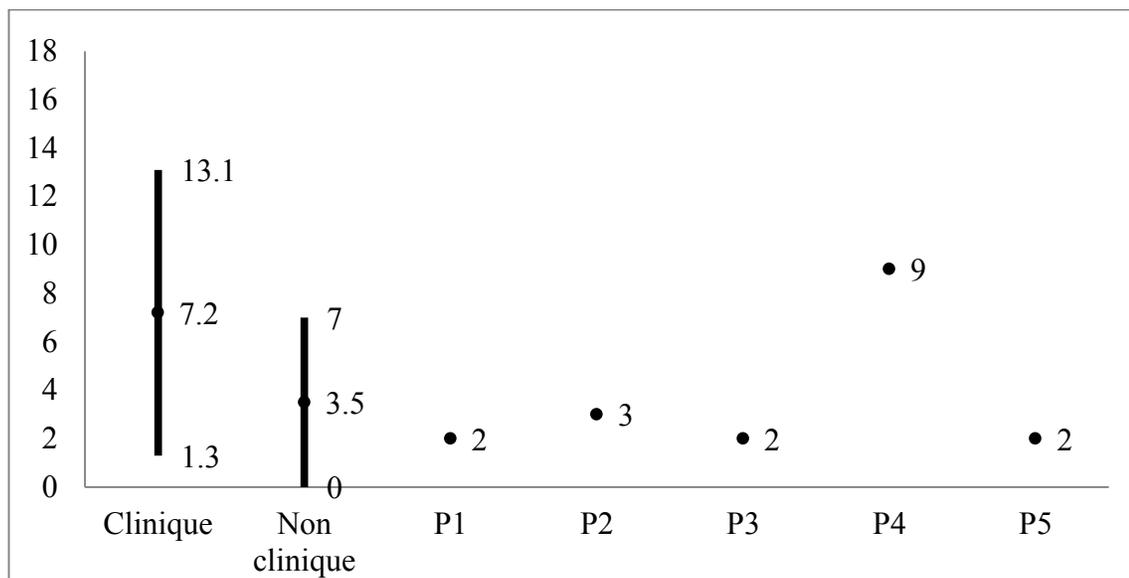


Figure 23. Scores bruts à l'échelle de vision négative de soi du QSF comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe non clinique constitué d'étudiants et groupe clinique constitué de participants avec psychose (moyennes et écarts-types).

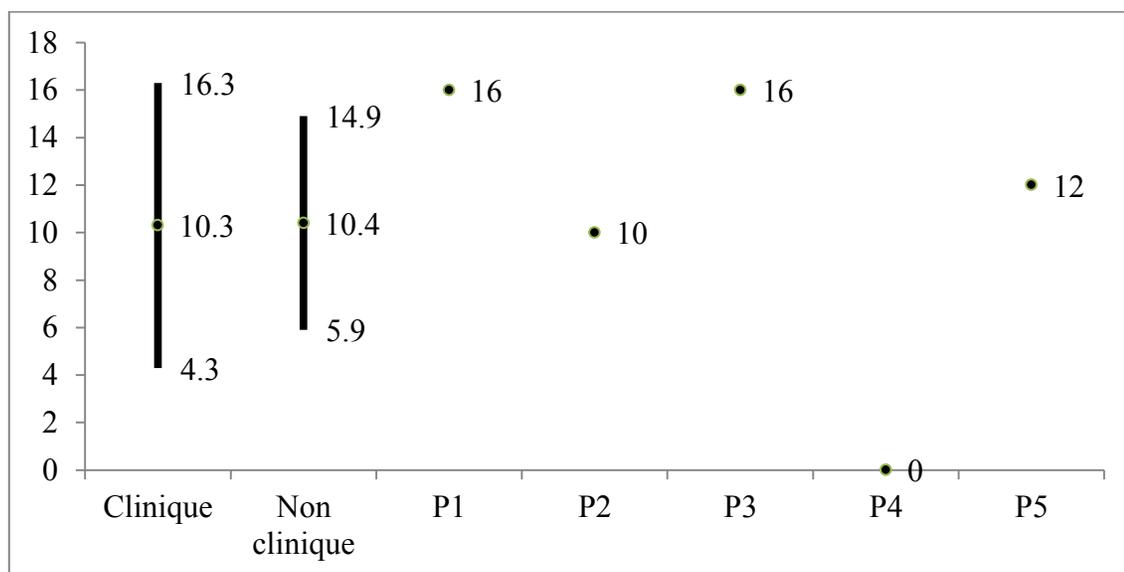


Figure 24. Scores bruts à l'échelle de vision positive de l'autre du QSF comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe non clinique constitué d'étudiants et groupe clinique constitué de participants avec psychose (moyennes et écarts-types).

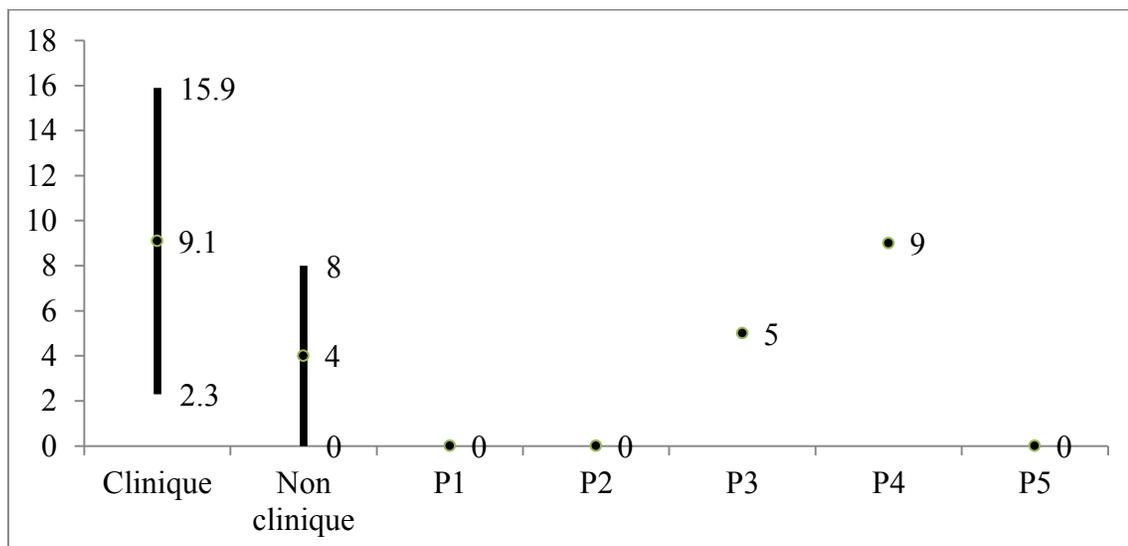


Figure 25. Scores bruts à l'échelle de vision négative de l'autre du QSF comparés à ceux de deux groupes de référence : groupe non clinique constitué d'étudiants et groupe clinique constitué de participants avec psychose (moyennes et écarts-types).

### Les facteurs émotionnels

**L'anxiété.** À l'échelle d'anxiété-état de l'IASTA, le P2 obtient un résultat négatif alors que les autres participants obtiennent des résultats mixtes, bien que le score obtenu par le P4 soit près de la limite supérieure (voir Figure 26). À l'échelle d'anxiété-trait, le P4 obtient un résultat positif et les autres participants obtiennent des résultats mixtes, bien que le P3 obtienne un score près de la limite supérieure (voir Figure 27).

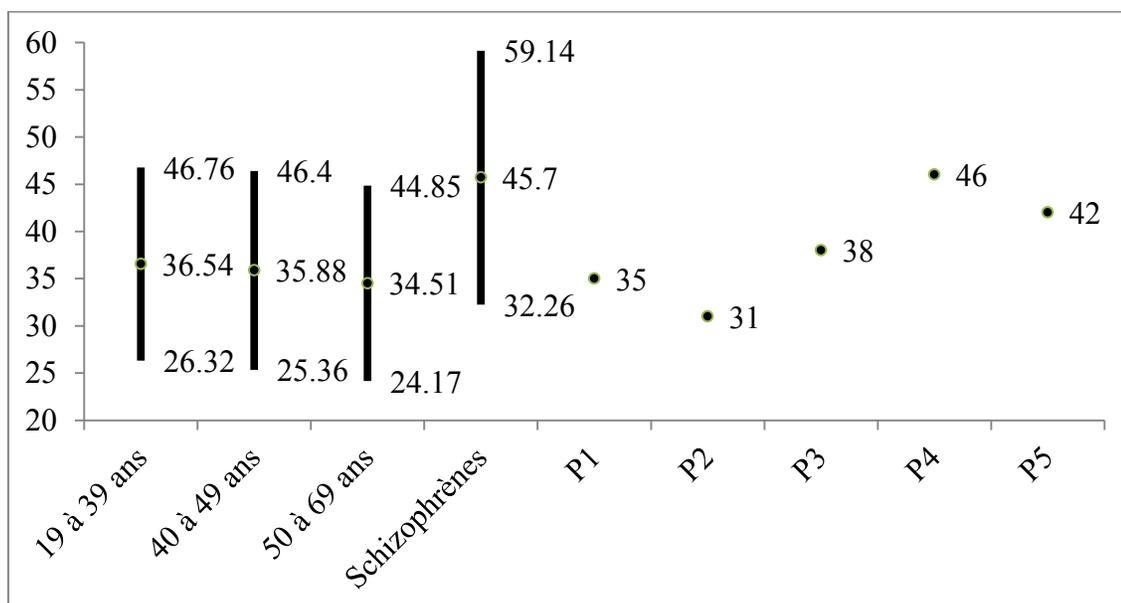


Figure 26. Résultats à l'échelle d'anxiété-état de l'IASTA pour les cinq participants comparés à ceux de groupes de référence décrits dans le manuel.

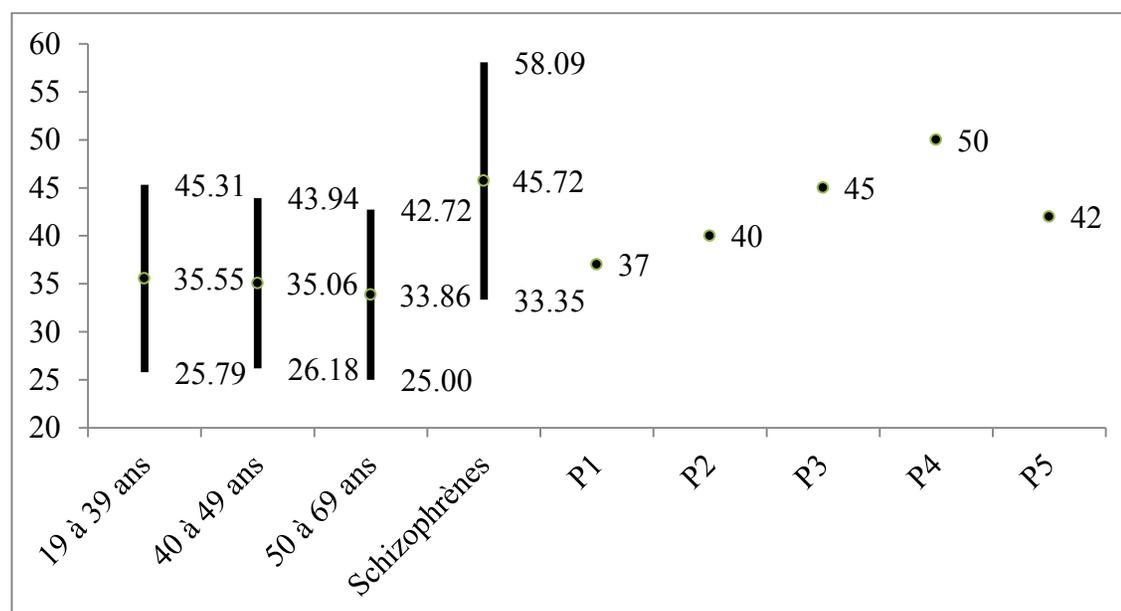


Figure 27. Résultats à l'échelle d'anxiété-trait de l'IASTA pour les cinq participants comparés à ceux de groupes de référence décrits dans le manuel.

**La dépression.** Le niveau de dépression, tel que mesuré par l'ÉDB-II, se trouve dans la normale pour les P1, P2 et P5. Il correspond à la dépression légère pour le P3 et à la dépression sévère pour le P4, bien que l'élévation du score de ce participant soit principalement dû au fait qu'il ait endossé plusieurs items indiquant qu'il vivait de la culpabilité (voir Figure 28).

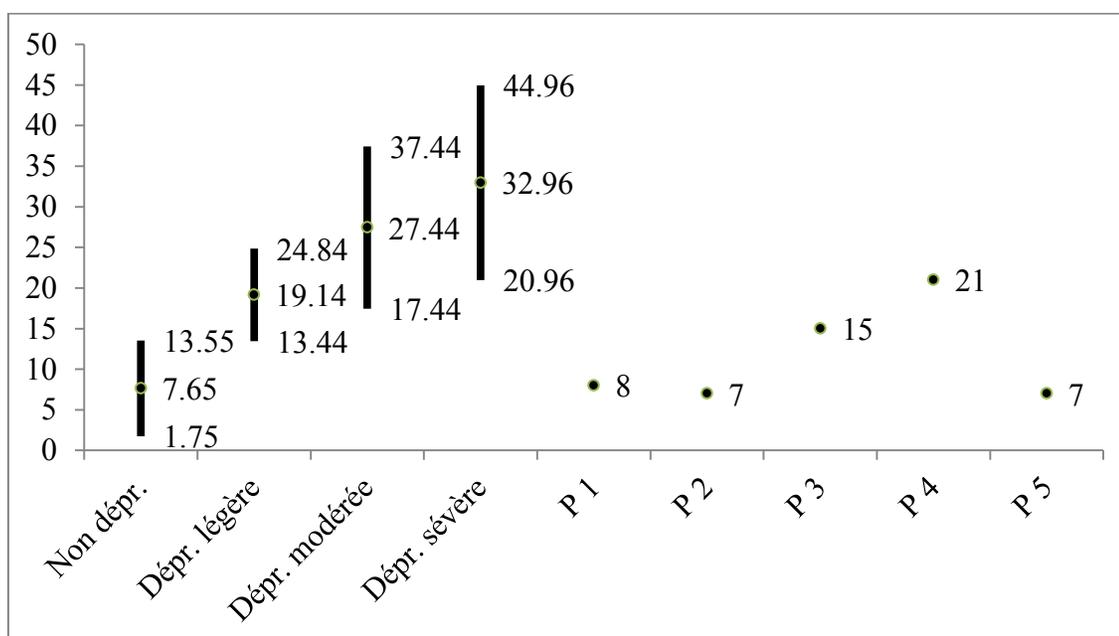
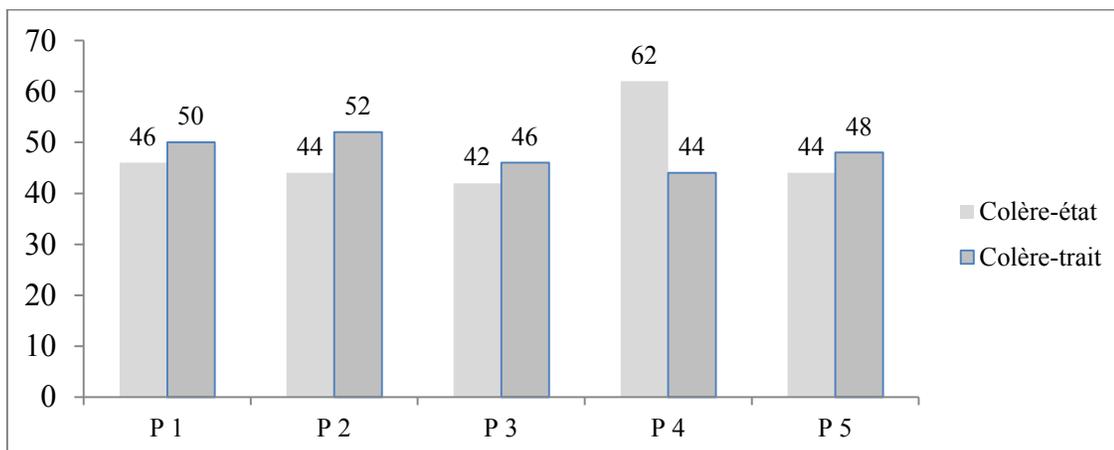


Figure 28. Scores bruts à l'Échelle de dépression de Beck-II comparés à ceux des données normatives fournies dans le manuel.

**La colère.** En ce qui concerne l'état de colère, tel que mesuré par le STAXI-2, tous les participants se trouvent dans la normale bien que le score du P4 soit légèrement élevé. Quant aux résultats pour le trait de colère, les résultats des cinq participants se trouvent dans la normale (voir Figure 29).



*Figure 29.* Niveau de colère pour les participants, exprimé en scores T, présenté en fonction du sexe et de l'âge, lorsque comparé à un échantillon de participants normaux décrit dans le manuel du STAXI-2.

**Auto-évaluation du niveau d'activation émotionnelle.** Chaque participant a évalué son niveau d'anxiété, de tristesse, d'impuissance, d'irritabilité, de méfiance et d'émotions positives en utilisant une échelle allant de 1 (Absent) à 10 (Extrême), et ce, à trois moments dans le temps, soit avant le développement d'IDP, au moment où les IDP se développaient et au moment de l'évaluation alors que les IDP étaient maintenues.

L'analyse visuelle des Figures 30 à 34 montre qu'il y a une grande variabilité chez les cinq participants quant à la perception de leur état d'activation émotionnelle pour les trois moments ciblés. Par contre, une constante est observée, c'est-à-dire que, pour les cinq participants, il y a une élévation du niveau d'émotions négatives au moment du développement des IDP et un abaissement pendant la phase de maintien, phase qui correspond également à la période de traitement. La trajectoire inverse se dessine pour les émotions positives dont le niveau s'abaisse pendant le développement de l'IDP et s'élève pendant la phase de maintien.

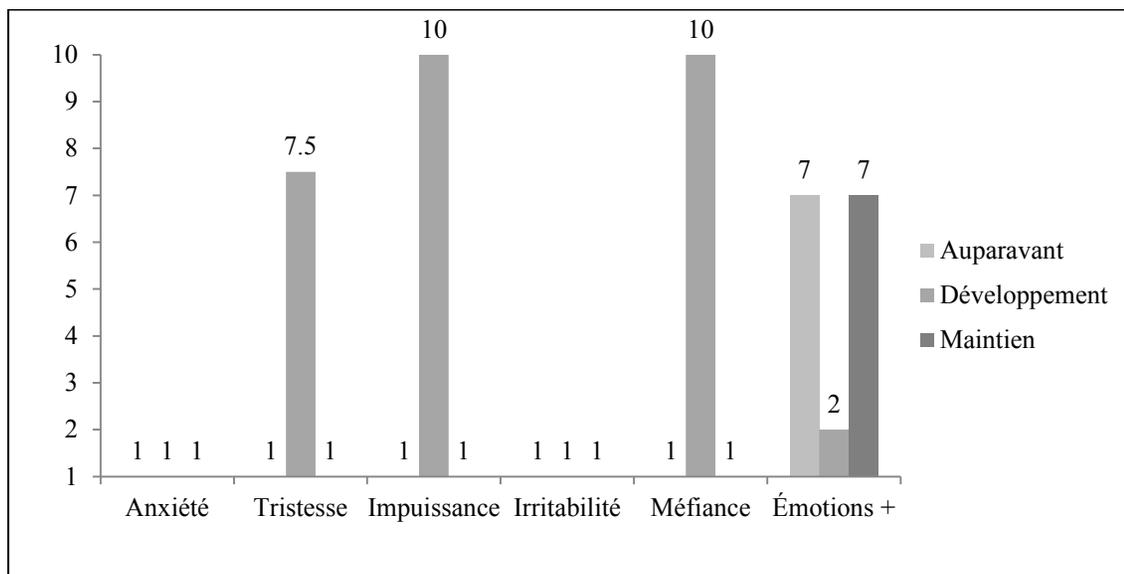


Figure 30. Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P1.

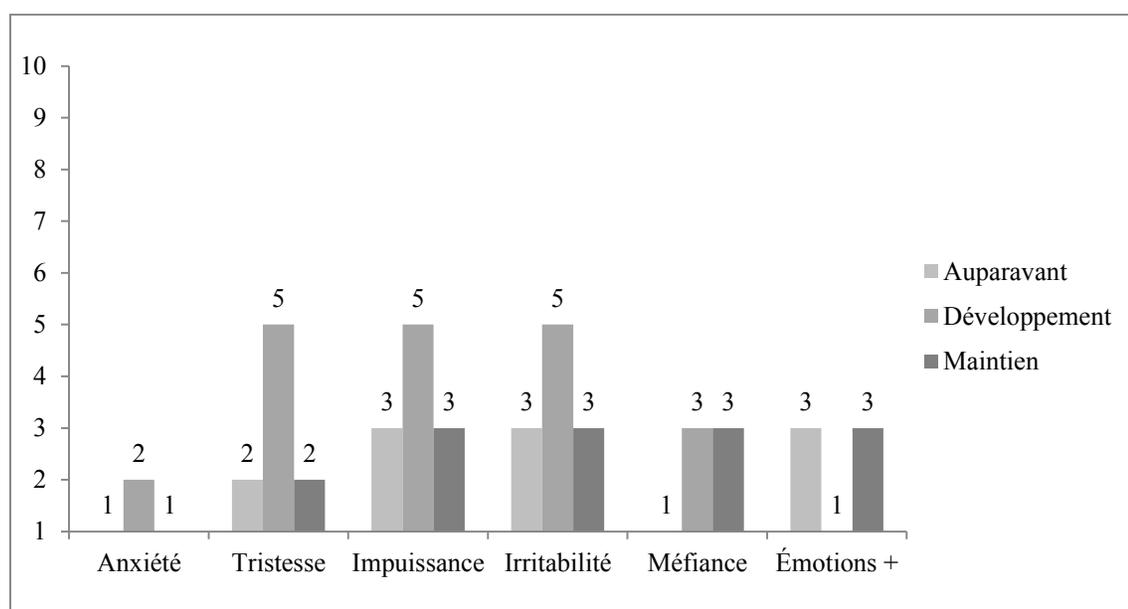


Figure 31. Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P2.

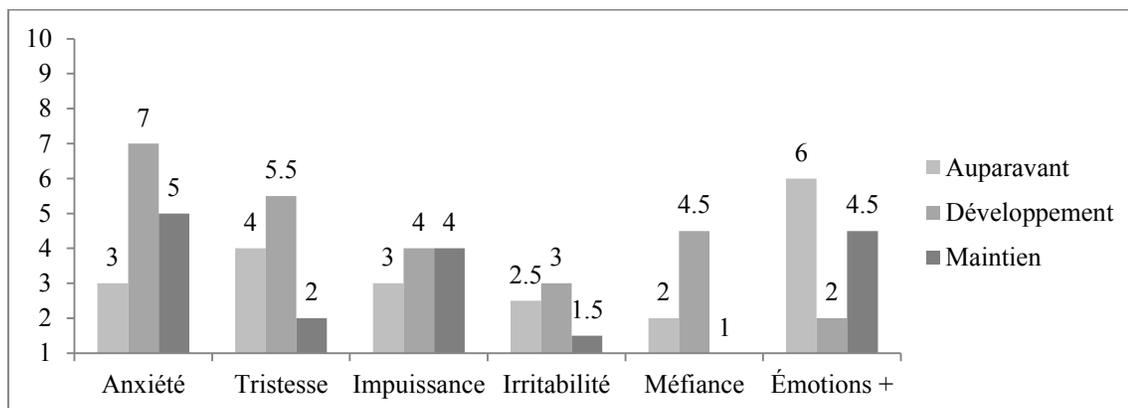


Figure 32. Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P3.

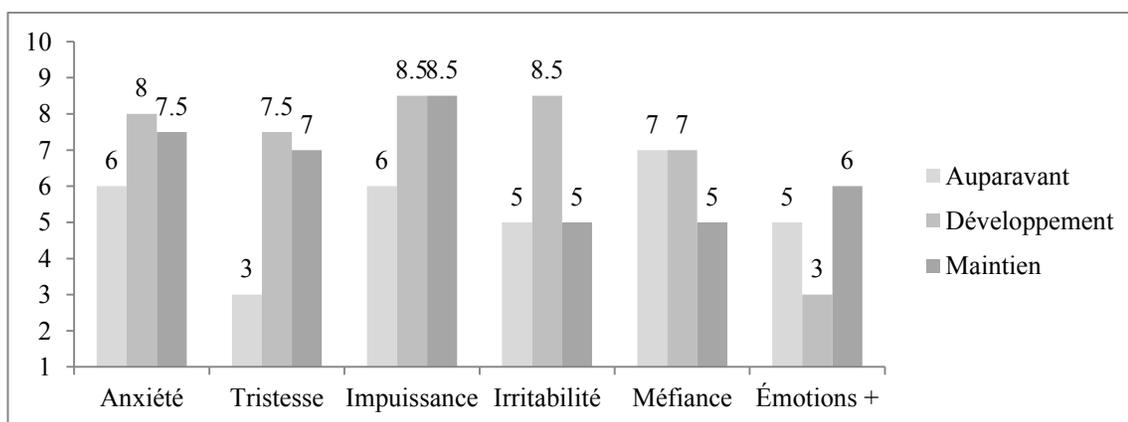


Figure 33. Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P4.

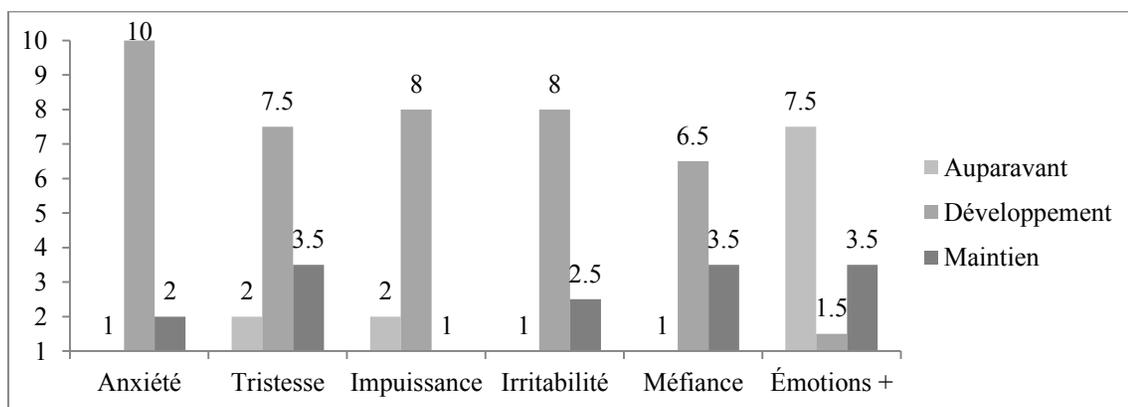


Figure 34. Auto-évaluation de l'état émotionnel pour le P5.

### **Les comportements de sécurité**

Sur le plan des comportements d'évitement, on note qu'au moment du premier épisode psychotique, lorsqu'il en est venu à craindre pour sa vie et pour celle de ses proches, le P1 évitait systématiquement de sortir de chez lui, ne voulait pas que son épouse quitte la maison, et ce, même pour acheter de la nourriture. Au chapitre des comportements dits en situation, rien de particulier n'est mis en relief. Au niveau des comportements d'échappement, monsieur a tenté de se suicider lors des deux épisodes psychotiques pour échapper à ses persécuteurs ou pour que sa famille échappe également à l'emprise de ses persécuteurs. En ce qui concerne les comportements de soumission, lors du dernier épisode psychotique, monsieur a accepté de se rendre à l'hôpital avec ses cousins qui, selon lui, pouvaient être des francs-maçons. Il a également accepté de prendre un médicament qu'il pensait être du cyanure. Il a ensuite accepté de prendre des antipsychotiques qui, selon lui, avaient pour effet de l'empêcher de penser à ce que ses persécuteurs ne voulaient pas qu'il s'intéresse, médicament qui lui est prescrit par un médecin qui, selon lui, pourrait être de connivence avec ses persécuteurs. Enfin, rien n'est mis en relief sur les trois derniers plans : demande d'aide, agression et action motivée par une idée délirante.

Dans le cas du P2, on peut postuler que les comportements suivants ont été des comportements de protection de type agressif, ce terme prenant ici un sens large : refuser de payer une contravention et s'opposer aux mesures légales prises contre lui, commettre des méfaits contre les biens de la ville, résister au groupe d'intervention tactique avec un marteau et une hache, faire appel à des avocats, argumenter avec son médecin,

témoigner lors des audiences annuelles de la Commission d'examen des troubles mentaux en s'opposant à l'opinion de son médecin, envoyer paître cavalièrement les intervenants, faire des grèves de la faim, demeurer à l'Institut afin que la société paie 172,000 \$ par année, soit le coût annuel de son hospitalisation. Les autres types de comportements de protection ne semblent pas avoir été utilisés.

Au niveau des comportements d'évitement, dans un premier temps, le P3 évitait de dormir chez lui et se réfugiait dans un gymnase ouvert la nuit afin d'éviter d'être arrêté par les policiers. Il évitait également de circuler dans la rue une fois la nuit tombée pour les mêmes raisons. Enfin, il détruisait ses mégots afin d'éviter qu'ils soient récupérés par des policiers et déposés sur des scènes de crime. Dans un second temps, en prison et à l'Institut, il a refusé des aliments qu'il croyait volontairement contaminés ou des médicaments qu'il croyait être des substances expérimentales qu'on voulait lui administrer clandestinement et contre son gré. Au niveau des comportements situationnels, il lui arrivait de fermer les rideaux et de n'utiliser aucun éclairage pour laisser croire qu'il n'était pas chez lui afin d'éviter d'être arrêté. Il laissait son système d'alarme en fonction pour les mêmes raisons. Au niveau des comportements d'aide, monsieur a remis un précis des faits rédigé par des policiers à un professeur dans l'espoir d'obtenir son aide. Il a également tenté d'obtenir l'aide de la Gendarmerie Royale du Canada afin d'être protégé des agissements des policiers de la Sûreté du Québec et du Service de police municipal. Au niveau des comportements dits motivés par une idée délirante, on note que monsieur a brisé des rétroviseurs parce qu'il n'avait pas respecté

les principes du végétalisme. Il voulait ainsi se punir en provoquant son arrestation, et redevenir végétalien en prison.

Pour le P4, le fait d'avoir quitté le domicile familial à seize ans, puis changer de région trois fois, ont été des tentatives pour échapper aux problèmes que lui causait sa famille. Demander à ses proches de faire des aveux en espérant que les choses s'arrangent ensuite peut également être vu comme un comportement de protection atypique qui n'a pas eu les effets anticipés. Enfin, il est tentant de voir le délit de monsieur (agression de sa mère) comme un autre comportement de protection; toutefois son intention au moment des faits n'est pas connue. Il est donc impossible de conclure en ce sens.

Dans le cas du P5, les comportements de protection recensés pourraient être classés dans la catégorie des comportements agressifs, lesquels semblent parfois teintés d'une demande d'aide. Monsieur a porté plainte contre ses présumés persécuteurs. Il a installé sur son terrain une affiche dénonçant la présence de violeurs dans sa localité. Il a déposé chez ses présumés persécuteurs des documents disant qu'ils sont des violeurs et des complices de viol. Il appelle les policiers et les traite de violeurs. Il a rapporté à son médecin qu'il entend mettre le feu dans une plantation de cannabis protégée par des policiers.

S'il est difficile de classer hors de tout doute les comportements de protection par catégorie, on peut tout de même constater que tous les participants ont fait usage de ce type de comportement.

## **Profil du participant 1**

**Situation clinique au moment des entretiens.** Au moment des entretiens, monsieur est âgé de 47 ans et a reçu depuis peu son congé de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Il a été hospitalisé à cet établissement pendant deux mois. On a conclu à un trouble délirant de persécution.

**Enfance et vie familiale.** Les parents de monsieur sont nés en Italie. Il est né lui-même au Québec, dans une grande municipalité, et y a toujours vécu. Sa famille était de classe moyenne et catholique. On y valorisait la vie familiale, le travail et le respect d'autrui. À la maison, les langues d'usage étaient l'italien et l'anglais. C'est en milieu scolaire que monsieur a appris le français qu'il maîtrise bien.

Il est né un mois avant terme, mais n'a pas eu à recevoir de soins particuliers et il s'est retrouvé rapidement à la maison. En autant qu'il le sache, il n'y a eu aucune complication significative durant la grossesse ni durant la période périnatale. Son développement s'est fait sans problème.

Le père était électricien. Il était peu présent parce qu'il était préoccupé par les besoins financiers de la famille; il était souvent au travail. Il est décrit comme sociable, gentil, généreux, capable de compassion et parfois orgueilleux. Il y a cinq ans, étant septuagénaire, le père a été hospitalisé pendant trois mois pour un trouble mental caractérisé par des symptômes dépressifs et des idées délirantes religieuses s'articulant autour de l'interprétation de la Bible.

La mère travaillait comme couturière dans l'industrie du textile en usine ainsi qu'à son compte à la maison. Elle est décrite comme sociable, ayant bon cœur, généreuse,

travaillante, dévouée à sa famille et participant au réseau d'entraide des immigrés d'origine italienne. Septuagénaire, elle souffre de la maladie d'Alzheimer depuis cinq ans.

Les parents avaient une bonne entente conjugale. L'atmosphère familiale était exubérante, joyeuse et « typiquement italienne ». Monsieur explique que, même si ses parents n'étaient pas très présents, ils faisaient de leur mieux compte tenu de la situation financière de la famille. Il s'est néanmoins senti aimé et ne trouve pas à se plaindre du sort qu'il a connu.

Monsieur était le second de deux enfants. Son frère est décrit comme un homme instruit qui était extraverti et bon vivant, mais qui, après avoir fait des dépressions à l'âge adulte, est devenu plutôt solitaire, limitant ses relations à sa famille immédiate. Tant au cours de leur jeunesse que de leur vie adulte, ils se sont bien entendu malgré quelques chicanes considérées comme normales, notamment autour de l'âge de onze ans, alors qu'ils se taquinaient mutuellement ou encore lorsqu'ils avaient des divergences d'opinion.

Monsieur se décrit lui-même comme ayant été un enfant plein d'énergie, qui faisait toutes sortes de pitreries et qui n'écoutait pas toujours les consignes. Par exemple, il a pu courir nu dans la rue, lancer des œufs sur les autobus, faire de fausses commandes téléphoniques de pizza, voler un *go-kart*, tirer un passant avec une carabine à plomb ou intimider un professeur. Il n'a jamais reçu de diagnostic de trouble déficitaire de l'attention mais, ayant un fils hyperactif, il croit maintenant l'avoir été lui aussi. Si c'était à refaire, il prendrait une médication, dit-il. Il avait de bonnes relations avec ses

pairs. Il aimait le hockey, le vélo et la pêche au chalet de son oncle. À l'adolescence, il s'est montré un peu oppositionnel, mais conservait de bonnes relations avec ses parents.

Les parents étant très absorbés par leur travail, les enfants étaient souvent laissés à eux-mêmes, mais leurs besoins physiques n'ont jamais été négligés. Monsieur estime toutefois que la personne la plus présente pour lui était son frère, et non pas sa mère ou son père. Pour exercer la discipline, il leur arrivait de recourir à la fessée. Parfois, le seul regard du père suffisait à induire la crainte de conséquences. Une fois, vers l'âge de onze ou douze ans, suite à un mauvais coup, son père avait eu un accès de colère. Monsieur s'est réfugié sous le lit et son père a essayé de le déloger de là en le poussant avec un balai, mais l'a accidentellement frappé près de l'œil. Monsieur a alors eu peur d'être battu.

**Fonctionnement scolaire.** Tant au primaire qu'au secondaire, il n'écoutait pas en classe, parlait trop et dérangeait les autres élèves, mais il n'a jamais eu de problèmes scolaires ou disciplinaires sérieux. Il était plus attentif lors des cours qui captaient son intérêt, comme la chimie et la physique. Il s'entendait bien avec ses pairs. Il obtenait des notes oscillant entre 70 % et 85 % et ce, en faisant le minimum d'effort. Il a même obtenu une note de 98 % en physique.

Après ses études secondaires, monsieur a fréquenté le cégep pendant un an en sciences sociales, d'une part, parce qu'il avait de la difficulté à retenir ce qu'il étudiait, et, d'autre part, parce que son rêve était de faire de la course automobile. Il a alors décidé d'abandonner ses études pour s'adonner à une activité lucrative afin de pouvoir réaliser son rêve.

**Fonctionnement professionnel.** De 18 à 21 ans, il a occupé un premier emploi non spécialisé dans une usine; il a rapidement été nommé contremaître. Lorsque l'entreprise qui l'embauchait a fermé ses portes, il a alors ouvert sa propre entreprise dans le domaine du commerce. Comme il n'appréciait pas le travail de bureau, il a fondé à 28 ans une petite entreprise d'aménagement paysager qu'il continue à opérer. Il détient également un permis d'agent d'immobilier depuis 2006 et il a quelques activités professionnelles dans ce domaine. L'aménagement paysager n'est pas un métier passionnant ni très lucratif, dit-il, mais cela lui permet de vivre.

**Réseau social et vie relationnelle.** Monsieur vit avec sa conjointe, avec laquelle il a une bonne entente, ainsi qu'avec ses deux fils. Il voit ses parents. Il estime avoir une dizaine d'amis significatifs ainsi que « des connaissances ».

Il rapporte deux chicanes avec des amis, suivies d'une interruption prolongée de la relation. Il explique que c'était au fond pour des questions anodines. Par exemple, un ami qu'il avait souvent aidé a refusé de l'aider à réparer son camion. Il rapporte également un conflit avec son père il y a quelques années, ce dernier voulant alors régenter la vie des autres. De plus, son père le traitait de « stupide » et de « niais ». Cela s'est toutefois résorbé après qu'il ait commencé à prendre une médication psychiatrique.

Sur le plan de la vie amoureuse, monsieur se souvient que ses premiers sentiments amoureux n'étaient pas réciproques à l'adolescence, ce qui, à l'époque, était un peu dramatique pour lui. Il a eu deux ou trois fréquentations avant de connaître son actuelle conjointe. Il vit avec cette dernière depuis dix-sept ans. Il la décrit comme sociable,

généreuse, travaillante, gentille et aimant s'amuser. Leur relation a connu un creux il y a environ cinq ans mais, règle générale, ils se sont toujours bien entendus.

Sur le plan de la vie familiale, monsieur a deux fils âgés de sept et treize ans. Il décrit l'aîné comme intelligent, cérébral et mature pour son âge. Il souffre d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et prend un psychostimulant. Il décrit le second comme indiscipliné et arrogant. Il ne croit pas qu'il présente un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, bien qu'un généraliste lui ait aussi prescrit un psychostimulant et que cela ait contribué à améliorer sa situation sur le plan scolaire. Il considère avoir de bonnes relations avec ses fils malgré leurs difficultés, notamment parce qu'il a eu des difficultés similaires, et parce qu'il les considère comme « des personnes à part entière », au même titre que des adultes.

**Perception de soi.** Monsieur se décrit comme une personne honnête. Il est toujours prêt à aider les autres. Il fait confiance aux autres et les voit comme bons jusqu'à preuve du contraire. Enfin, dit-il, il est habile de ses mains. Monsieur rapporte qu'il a une facilité à comprendre les gens après que ces derniers n'aient prononcé que quelques mots. Il parle également d'une facilité à « lire les personnes » et à savoir s'il s'agit de gens bien après dix ou quinze minutes.

**Vie spirituelle.** Monsieur explique qu'il ne croit pas en Dieu, mais en l'être humain et en son évolution physique et mentale qu'il nomme « adaptative radiation », l'humain ayant acquis une résistance à la radiation au même titre que certains singes ont acquis une résistance au virus du sida et que certains insectes ont acquis une résistance aux pesticides.

**Consommation de substances psychoactives.** Monsieur prend un ou deux verres de son propre vin chaque jour, au souper. Il peut également prendre un verre de bière à l'occasion. Il a fumé du haschich trois fois, il y a longtemps. Il a cessé parce qu'il commençait à apprécier les effets de cette substance et qu'il voulait s'assurer de ne pas en devenir dépendant.

**Situation légale.** Monsieur n'a jamais eu de démêlés avec la justice, mis à part ceux qu'il a connus il y a quelques mois en lien avec ses idées délirantes. Il a alors été accusé de méfait.

**Santé mentale.** Monsieur pense avoir souffert d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité au cours de l'enfance. Il rapporte avoir éprouvé des sentiments dépressifs pendant quelques semaines au cours de l'adolescence suite à une déception amoureuse. À l'âge adulte, il a consulté son généraliste une fois pour insomnie, suite à quoi il a pris du lozazépam, une benzodiazépine, au coucher pendant une semaine ou deux. Finalement, mis à part les idées délirantes apparues il y a environ deux ans, monsieur estime n'avoir connu aucun véritable problème de santé mentale. Il admet souffrir de psychose et avoir eu des idées délirantes mais, simultanément, il continue à croire que les idées qui sont délirantes, selon les cliniciens, sont vraies.

Il y a six ou sept ans, en naviguant sur Internet, il tombe sur un article intitulé : « *Est-ce que les Illuminati contrôlent le monde?* ». Il le lit par curiosité. En cliquant sur les hyperliens, il arrive sur divers sites parlant d'autres sociétés secrètes, notamment celle des francs-maçons et des rosicruciens. Il en vient à développer un intérêt grandissant pour ces sociétés, qu'il perçoit comme des organisations ayant des visées bienveillantes,

mais sans connaître précisément leurs buts. Chacune est « une petite pyramide dans la grande pyramide des organisations secrètes. Je voulais comprendre comment fonctionne la structure », dit-il. Il commence également à lire des passages de la Bible et à faire des liens entre ce qu'il y lit et les sociétés secrètes. Il lit notamment le Deutéronome où il est question de tuer des gens. Ses recherches l'amènent également à s'intéresser à des sites antisémites, aux *9/11 Truthers* et à la fortune cachée de la famille royale. « J'étais passionné par ça », explique-t-il.

Il y a trois ans, parlant d'un tiers d'origine juive, il dit à une connaissance : « Cette personne-là, c'est pas son argent, c'est un *front*. Cet argent-là appartient à quelqu'un d'autre ». Il ajoute : « Les Juifs contrôlent le monde ». Le lendemain matin, il constate qu'au cours de la nuit, trois pneus de ses véhicules ont été crevés. Ce même jour, sa connaissance lui chuchote à l'oreille : « Toi, dans trois mois, tu vas être mort. Fais ce que tu as à faire, et fais ça vite ». Il croit alors que ses propos de la veille ont été vus comme médisants ou déplacés, que la personne en question est protégée par les francs-maçons, que c'est pour cette raison qu'on s'en est pris à ses véhicules et qu'on veut maintenant s'en prendre à sa vie. Il en vient également à croire qu'on pourrait s'en prendre à sa famille. Il devient alors très anxieux, ne sort plus de chez lui et ne veut plus que les membres de sa famille quittent la maison. Deux jours plus tard, convaincu que, puisqu'il doit mourir, s'il s'enlève la vie lui-même, il protégera ainsi sa famille. « Je vais me suicider et tout cela va arrêter », se dit-il. Il tente de se rendre dans un endroit isolé avec son camion, mais est victime d'un problème mécanique et se retrouve sur le terrain d'une station-service. Il se couche dans son camion et ouvre la bouteille de gaz propane

dont il s'est muni. Il perd conscience, mais est découvert avant de mourir. Il est amené à l'hôpital où on le garde entre 24 et 48 heures. On lui donne son congé et on lui remet une prescription d'escilatopram, un antidépresseur qu'il prend pendant environ trois semaines. Il continue à s'intéresser aux sociétés secrètes, mais ne se croit plus menacé de mort, croyant qu'on lui a laissé une chance parce qu'il est une bonne personne.

Il y a quelques mois, en deux jours, il a eu trois fois des problèmes avec ses camions. La première fois, on aurait mis un produit dommageable dans son réservoir à essence. La seconde fois, il a eu un problème d'embrayage. La troisième fois, c'est le mécanisme qui sert à fixer une pelle à son camion qui s'est enrayé et il n'arrivait pas à le réparer. De plus, alors qu'il s'est absenté pendant quelques minutes, un ami a réglé le problème. Il en est venu à la conclusion qu'il s'agissait de bris orchestrés par les francs-maçons et que son ami était probablement de mèche avec eux.

Pendant quelques jours, il a la conviction que bien des gens le regardent de façon étrange, comme s'ils savaient ce qui se passait. Il rapporte qu'il se sentait observé comme si on lui avait mis un costume de Père Noël ou de ballerine. Cherchant à expliquer ce qui se passait, il fait aussi référence à un changement de couleur de son corps qui aurait pu être induit par un médicament qu'on lui aurait donné à son insu et qui, en faisant changer sa température, aurait induit un changement de couleur détectable avec une caméra infrarouge ou des lunettes particulières.

L'ami présumé franc-maçon lui a dit : « Toi, t'es pas bien, il faut que tu ailles voir le médecin », et il insistait. Toutefois, suite à son hospitalisation de 2010, un ami lui avait dit : « Tu as été chanceux de t'en sortir. Si ça t'arrive une autre fois, tu vas passer ta vie

dans une camisole de force », ce qu'il interprétait non pas comme une référence à un problème de santé mentale, mais plutôt comme une référence à des représailles des sociétés secrètes. Il ne voulait donc pas aller voir le médecin, de peur de ne jamais sortir de l'hôpital. Finalement, ce sont ses cousins qui l'ont amené à l'urgence, ce qu'il a interprété comme le fait qu'ils étaient eux-mêmes liés à la franc-maçonnerie. Le médecin lui a prescrit un médicament à dissolution sublinguale et lui a donné rendez-vous le lendemain. Il s'est rendu à la pharmacie où on lui a servi ce médicament. Toutefois, monsieur était convaincu qu'il s'agissait de cyanure.

De retour à la maison, résolu à mourir afin d'éviter d'être interné à vie, il a demandé à son épouse de mettre les comprimés dans sa bouche au cours de son sommeil. Le lendemain matin, constatant qu'il n'était pas mort, il a pris deux couteaux et il est monté sur le toit de sa maison dans l'intention de s'ouvrir les veines ou de sauter du toit. Il a tenté de s'ouvrir les veines sans succès, puis a pensé à se compresser les carotides afin de tomber du toit alors qu'il serait inconscient, ce qui ne fut pas un succès non plus. Finalement, les policiers sont intervenus et il s'est retrouvé en milieu hospitalier.

Au fil du temps, monsieur en est venu à la conclusion qu'il savait trop de choses, et que les francs-maçons avaient décidé de lui faire vivre une psychose, par exemple, en provoquant des pannes sur ses véhicules afin qu'il soit hospitalisé en psychiatrie et qu'on lui donne des médicaments l'empêchant de s'intéresser à leurs activités. Il croit même probable qu'on soit entré en contact avec ses médecins et que ceux-ci soient de mèche avec les sociétés secrètes. Actuellement, malgré cette idée, il continue à prendre ce médicament, non pas parce qu'il a besoin d'un traitement pour une psychose, mais

parce que cela lui permet d'éviter des problèmes en limitant son intérêt pour les sociétés secrètes. « ... dans le fond, avec les pilules, tu penses moins à ces affaires-là. T'sais, avant, c'était comme une préoccupation. Maintenant, c'est comme si ça existe, si ça existe pas, ça existe pas. Je m'en fiche ». Toute autre explication que celle-là lui paraît fort improbable.

**Symptomatologie.** Monsieur présente des idées délirantes modérées et un problème d'autocritique modéré. Les dimensions les plus saillantes de ses IDP sont le degré de conviction, l'attribution d'un pouvoir important au persécuteur et un grand sentiment de vulnérabilité face au persécuteur. Toutefois, globalement, à son score global, à l'échelle mesurant les dimensions de l'IDP, il se situe sous la moyenne des gens présentant une idée délirante. Son histoire personnelle suggère que les IDP présentes lors de deux épisodes psychotiques aigus se sont formées et résorbées très rapidement, la première fois avec intervention médicale, mais sans véritable traitement pharmacologique; la seconde fois, avec un traitement pharmacologique approprié. Les persécuteurs allégués sont des hommes familiers et une femme familière, soit sa propre épouse, ligüée avec des hommes étrangers appartenant à des sociétés secrètes, lesquels sont ligüés avec d'autres hommes étrangers, soit ses propres médecins.

**Stresseurs distaux.** Au cours de l'enfance, monsieur a connu peu de stresseurs notables, sinon la crainte de l'autorité du père et, à une occasion, la crainte d'être battu par ce dernier.

**Stresseurs proximaux.** Dans l'année précédant la survenue des premières IDP, monsieur avait connu divers stresseurs : insécurité financière, accident survenu à l'un de

ses fils et diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité pour un autre de ses fils. Toutefois, pour les deux épisodes psychotiques, ce sont des dommages ou des bris d'origine inconnue sur ses véhicules qui ont vraisemblablement été des déclencheurs.

**Expériences déroutantes.** Il semble que les stressors proximaux aient constitué des expériences déroutantes, et que les idées paranoïdes elles-mêmes aient constitué une expérience déroutante, que monsieur cherchait à expliquer en invoquant la malveillance d'autrui.

**Facteurs neuropsychologiques.** L'estimation du QI ne laisse pas suspecter de difficulté. L'estimation de la flexibilité sur le plan du fonctionnement exécutif ne laisse pas non plus suspecter de difficulté. Le TRP ne suggère pas la présence du biais de saut aux conclusions. Le THC ne suggère pas la présence de problèmes de mentalisation.

**Facteurs cognitifs.** Sur le plan de l'autocritique cognitive, monsieur présente une flexibilité cognitive très élevée et un niveau de certitude très élevé, la première faisant contreponds pour le second, du moins sur le plan psychométrique, de sorte qu'il obtient un score composite ne laissant pas suspecter de difficultés sur le plan de l'autocritique cognitive. Par contre, ce niveau de certitude élevé demeure un élément explicatif potentiel. Monsieur présente des métacognitions associées à une propension à l'anxiété, mais il ne se voit pas comme une personne ayant une propension aux ruminations, sauf pendant les épisodes psychotiques au cours desquels les ruminations étaient intenses. Monsieur présente un besoin de fermeture élevé, comparable à celui des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée ou des idées délirantes. Sur le plan du style

attributionnel, il présente un biais d'externalisation, mais ne présente pas de biais l'amenant à attribuer les événements négatifs à des tiers. Monsieur ne présente pas de biais d'anticipation de la menace. Les composantes positives et négatives de l'estime de soi sont dans la moyenne; au niveau des schèmes fondamentaux, on constate que monsieur présente une vision de soi positive plus élevée que la moyenne.

**Facteurs émotionnels.** Sur le plan émotionnel, monsieur ne se présente ni comme une personne anxieuse, ni comme une personne dépressive, ni comme une personne colérique. Il se présente comme une personne ayant une faible propension à vivre des émotions négatives mais qui, pendant les épisodes psychotiques, s'est senti triste, et surtout méfiant et impuissant. Pendant ces épisodes, sa capacité à vivre des émotions positives s'est effondrée.

**Comportements de sécurité.** Monsieur a adopté des comportements d'évitement, d'échappement et de soumission pour se protéger de ses persécuteurs, soit les membres des sociétés secrètes et les gens qui collaborent avec eux, tels que ses proches ainsi que les psychiatres. De plus, de son point de vue, le fait de prendre sa médication constitue un comportement de soumission qui lui apporte une certaine protection.

**Autres éléments pertinents.** Par ailleurs, il est possible d'observer que monsieur semble présenter une certaine propension à adopter des idées qui sont généralement qualifiées d'ésotériques ou de bizarroïdes : il peut « lire » rapidement les personnes, il s'intéresse aux sociétés secrètes, il croit à « adaptative radiation ». On note également que les véhicules pourraient avoir une importance particulière pour lui : il a abandonné

ses études pour devenir pilote de course, les bris ou dommages sur ses véhicules semblent avoir été des déclencheurs des IDP, et il a tenté de se suicider dans son camion.

**Résumé de la situation.** Monsieur traversait une période de sa vie marquée par différents stressseurs, dont des bris ou des dommages sur ses véhicules, lesquels seraient des objets particulièrement investis pour lui. De plus, lors du premier épisode, le fait d'avoir médité d'une personne l'aurait laissé avec un sentiment de malaise, surtout lorsqu'un tiers lui a tenu des propos relatifs à cet incident qu'il n'arrivait pas à s'expliquer. Ces événements auraient eu un caractère non seulement stressant mais aussi déroutant, monsieur n'arrivant pas à se les expliquer. Il aurait eu recours à l'idée de la malveillance d'autrui, mais celle-ci aurait fait augmenter son niveau de stress ainsi que le caractère déroutant de l'expérience. Cela l'aurait amené à développer des IDP, lesquelles lui seraient parues plus probables que d'autres explications plus rationnelles, mais moins susceptibles d'expliquer son expérience interne. Sa propension à adopter des idées bizarroïdes, d'une logique questionnable, aurait aussi favorisé l'adhésion à de telles idées. Des métacognitions favorables à l'anxiété auraient pu contribuer à ce qu'il rumine ces idées et vive un malaise important. Son niveau de certitude élevé face à ses propres croyances, et un besoin de fermeture élevé, auraient contribué à ce que ses croyances se cristallisent et se maintiennent. Les comportements de protection adoptés lui seraient apparus suffisamment efficaces pour éviter la réalisation immédiate de la menace, mais insuffisamment efficaces pour mettre en échec ses persécuteurs, ce qui aurait contribué au maintien des idées délirantes. Enfin, au moment des entrevues, le comportement de soumission consistant à prendre sa médication aurait également

contribué au maintien des IDP même si, paradoxalement, la médication les avait tout de même atténuées.

## **Profil du participant 2**

**Situation clinique au moment des entretiens.** Au moment des entrevues, monsieur est âgé de 54 ans et il est hospitalisé depuis huit ans à l'IPPM où, tout au long de son séjour, un diagnostic de trouble délirant de persécution a été maintenu.

**Enfance et vie familiale.** Monsieur est né dans une municipalité de 25,000 habitants. Il s'est installé dans la région métropolitaine au début de l'âge adulte. Il n'y a eu aucune complication pendant la période périnatale et son développement s'est fait sans difficulté, mis à part un problème d'énurésie. Sa famille était catholique. Elle prônait des valeurs prosociales.

Le père possédait une petite entreprise manufacturière. Il est décrit comme « assez ouvert d'esprit, gentil, respectueux des droits, sociable et religieux ». Ce dernier lui infligeait toutefois des « volées » assez fréquemment, avec une courroie ou un bâton, parfois au point de lui laisser des ecchymoses.

La mère ne travaillait pas à l'extérieur de la maison. Elle est décrite comme « très religieuse, sociable, communautaire, familiale et humaine ». À certains moments, elle a présenté des affects dépressifs qui ont alourdi l'atmosphère familiale habituellement joviale, mais qui ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations.

Monsieur avait une sœur jumelle avec laquelle il s'entendait bien. Ils occupaient respectivement les cinquième et sixième rangs dans une fratrie de huit enfants. Il se décrit comme ayant été un enfant actif et turbulent, qui aimait socialiser avec ses pairs

qu'il narguait et qui le narguaient. Ses proches lui ont rapporté qu'il a été souvent malade au cours de l'enfance, mais il ne sait pas de quel problème il s'agissait. Il a également souffert d'énurésie jusqu'à l'âge de dix ans, mais ne croit pas que cette condition ait été la cause ou la conséquence d'une difficulté sur le plan psychologique.

**Fonctionnement scolaire.** En milieu scolaire, monsieur se montrait également turbulent et rapporte que ses professeurs le frappaient. Il avait de bonnes relations avec ses pairs. Il obtenait des notes se situant autour de 85 %. Au secondaire, il a échoué volontairement afin d'être orienté vers une formation professionnelle de courte durée comme il le souhaitait. Ceci fait, il a tout de même quitté l'école en secondaire III. Jeune adulte, il a complété son secondaire V à l'éducation aux adultes puis, plus tard, après avoir débuté sa carrière, il a pris un congé sans solde pour compléter des études collégiales.

**Fonctionnement professionnel.** En quittant l'école, monsieur a travaillé comme technicien dans un domaine saisonnier. Il a occupé ce type de fonction pour différents employeurs, changeant lorsqu'il vivait trop de contrariétés. Il a cessé de travailler au cours de la quarantaine suite à d'importants démêlés avec la justice. Depuis, il n'a plus travaillé et se considère à la retraite, bien qu'il soit hospitalisé depuis huit ans en raison de conditions légales.

**Vie relationnelle et amoureuse.** Monsieur a eu une conjointe de l'âge de 28 à 39 ans. Il avait une bonne entente avec elle. Toutefois, lorsque madame a renoncé à s'impliquer dans un projet d'entreprise élaboré en commun, il a décidé de mettre fin à la

relation. Il est à noter que, selon un document au dossier, il s'agirait plutôt du projet d'avoir un enfant.

**Perception de soi.** Monsieur dit être athée. Il se décrit comme une personne « assez intelligente, sociable et communicatrice ». Il considère également être une personne entêtée. Ses propos mettent en relief une vision positive des autres et de la société, sauf lorsqu'il est question des récriminations découlant de ses idées délirantes qui seront décrites plus loin.

**Consommation de substances psychoactives.** Monsieur a fait des abus d'alcool et de haschich de l'adolescence à l'âge de 25 ans environ. Hospitalisé depuis huit ans, il ne prend plus ni l'une ni l'autre de ces substances.

**Situation légale.** Monsieur a écopé d'un bon nombre de sanctions pour infractions au Code de la route, et il a eu des démêlés avec la justice au début de la vingtaine, ayant perpétré un vol avec effraction dans un magasin. Il a alors été condamné à une sentence de probation. Monsieur s'en est pris à plusieurs reprises à la propriété publique ou à des agents de la paix alors que des problèmes de santé mentale se manifestaient. Il est toujours sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux.

**Santé mentale.** Sur le plan de la santé mentale, il affirme ne jamais avoir eu de problème, ni auparavant ni maintenant.

Il estime que ses difficultés ont commencé il y a environ treize ans lorsqu'il a écopé d'une contravention qu'il a jugée injuste et qu'il a refusé de payer. Il pensait que, au pire, il en serait quitte pour quelques jours d'incarcération. Toutefois, les choses se sont déroulées autrement : pénalités, suspension du permis, puis saisie de véhicule.

S'opposant à cette saisie, il s'est armé d'une hache et d'un marteau avec lesquels il a frappé son propre véhicule pour en faire sortir le préposé au remorquage, puis il s'est barricadé chez lui. L'intervention de l'escouade tactique a été nécessaire pour procéder à son arrestation.

Dès sa sortie de prison, il s'en est pris aux biens de la municipalité. Il a causé des dommages importants, puis s'est livré aux autorités avant d'être de nouveau incarcéré. Ce cycle s'est répété trois fois. C'est alors qu'une expertise psychiatrique portant sur la responsabilité criminelle a été demandée par la Cour et qu'un diagnostic de trouble délirant a été posé et maintenu depuis huit ans.

Monsieur explique que cette série d'événements est survenue parce qu'il voulait lutter contre le droit des municipalités d'imposer aux citoyens des amendes abusives avec l'espoir que d'autres se joignent à lui et forment un regroupement. Cette volonté de lutter contre ce droit des municipalités persiste toujours et monsieur affirme : « S'ils me libèrent, je vais automatiquement m'en prendre aux biens de la municipalité ». Monsieur estime qu'il ne souffre d'aucun trouble mental, que le diagnostic de trouble délirant et sa détention dans un institut psychiatrique sont le fruit d'une collusion entre les juges qui ont voulu le mettre hors d'état de nuire de manière définitive. Selon lui, les médecins ont obtempéré au désir des juges en émettant « un faux diagnostic ». Il est donc en désaccord avec le diagnostic émis et avec son internement dans un hôpital psychiatrique, considérant qu'il devrait plutôt se trouver dans un pénitencier. Toutefois, il ne souhaite pas être libéré : « Ça fait partie de ma lutte. Je veux que la société me prenne en charge pour le combat que je mène. Je refuse de quitter l'hôpital ». Il se réjouit donc de coûter

172,000 \$ par année à la société pour une contravention de 40 \$ qui lui a injustement été imposée.

Il est également à signaler que, depuis onze ans, monsieur a fait trois grèves de la faim qui auraient pu mettre son intégrité physique en danger. La première fois, alors qu'il était en détention, le motif était que les autorités n'avaient pas acquiescé à l'une de ses demandes. Les deux autres fois, alors qu'il était à l'institut, ces grèves faisaient suite à des conflits avec des intervenants pour des motifs initiaux bénins. Monsieur explique que c'était sa façon de se défendre, étant donné qu'il lui était impossible d'embaucher un avocat. Selon ce qu'on peut lire au dossier, il s'agissait d'événements mineurs déclenchant une réaction disproportionnée. De plus, rien n'empêchait monsieur de recourir à d'autres moyens pour se défendre. Il aurait facilement pu, par exemple, s'adresser au commissaire local aux plaintes.

Monsieur ne croit pas avoir été affecté par certains événements potentiellement difficiles qui ont émaillé le cours de sa vie : maladie au cours de l'enfance, énurésie, affects dépressifs de la mère, châtiments physiques infligés par le père, séparation et arrestation au début de l'âge adulte. Toutefois, adolescent et jeune adulte, plutôt « rebelle et contestataire », il était épris de justice sociale. Il a milité contre les valeurs religieuses et capitalistes, notamment au sein d'un parti marxiste. Il a également milité pour l'indépendance du Québec. Devant le peu d'effet de son militantisme, il a vécu une « désillusion » qui l'a laissé avec un sentiment d'impuissance et un sentiment diffus de colère. Toutefois, il ne croit pas que cela ait eu un impact sur sa santé psychologique.

**Symptomatologie.** Monsieur présente des idées délirantes modérément sévères et un problème sévère d'autocritique. Les dimensions les plus saillantes de ses IDP sont la durée des préoccupations, le degré de conviction et l'impact sur sa vie. Son score global à l'échelle mesurant les dimensions de l'IDP le situe dans la moyenne des gens présentant une idée délirante de persécution. Les persécuteurs allégués sont essentiellement des hommes étrangers : policiers, juges, médecins, membres du personnel correctionnel, membres du personnel hospitalier. Les IDP semblent s'être formées graduellement, au fil d'événements survenus alors qu'il était dans la quarantaine, jusqu'à devenir aiguës, puis elles se sont résorbées partiellement avec hospitalisation et traitement pharmacologique.

**Stresseurs distaux.** Au cours de l'enfance, les stresseurs qui paraissent les plus importants sont le fait d'avoir été frappé plusieurs fois par son père et par ses professeurs.

**Stresseurs proximaux.** Dans les années précédant ses difficultés légales et psychiatriques, monsieur a vécu une séparation. De plus, au cours de l'âge adulte, il considérait vivre pauvrement. Un tournant a été cette contravention qu'il a jugé irrecevable, qu'il a refusé de payer, ce qui a entraîné une cascade d'événements, tous plus stressants les uns que les autres : amendes additionnelles, saisie de son véhicule, intervention de l'escouade tactique, judiciarisation, incarcération, de même que démêlés et échauffourées avec le personnel correctionnel, hospitalisations dans un contexte légal et traitement contre le gré.

**Expériences déroutantes.** Il semble que les stressseurs proximaux aient constitué des expériences déroutantes. Monsieur cherchait à les expliquer en invoquant la malveillance de ses persécuteurs allégués.

**Facteurs neuropsychologiques.** Sur le plan cognitif, l'estimation du QI ne laisse pas suspecter de difficulté. L'estimation de la flexibilité sur le plan du fonctionnement exécutif ne laisse pas non plus suspecter de difficulté. Le TRP ne suggère aucunement un biais de saut aux conclusions. Au contraire, même après avoir reçu beaucoup d'information, il doute encore et n'arrive pas à émettre une conclusion. Le THC ne suggère pas non plus de problème de mentalisation. Au contraire, l'estimation obtenue suggère que monsieur se situerait légèrement au-dessus de la moyenne.

**Facteurs cognitifs.** À l'échelle d'insight cognitif, les résultats obtenus suggèrent que monsieur manque de flexibilité et qu'il présente un degré de certitude élevé, ce qui indique qu'il est inflexible et qu'il présente peu d'autocritique cognitive. Monsieur présente des métacognitions associées à une prédisposition à l'anxiété. Par contre, il ne se voit pas comme une personne ayant une propension aux inquiétudes et aux ruminations, même lorsqu'il présente un état psychotique aigu. Monsieur présente un besoin de fermeture élevé, même lorsqu'il est comparé à d'autres personnes présentant une idée délirante ou à des gens souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée. Sur le plan du style attributionnel, monsieur ne tend pas à attribuer les événements négatifs à des facteurs externes situationnels ni à des tiers. Toutefois, il ne présente ni biais d'externalisation ni biais de personnalisation. Monsieur ne présente pas de biais d'anticipation de la menace. Les composantes positives et négatives de l'estime de soi

sont dans la moyenne. Au niveau des schèmes fondamentaux, les résultats obtenus suggèrent que monsieur se situe dans la moyenne pour ce qui est de la vision positive et de la vision négative de soi, de même que des autres.

**Facteurs émotionnels.** Sur le plan émotionnel, monsieur ne se présente ni comme une personne anxieuse, ni comme une personne déprimée, ni comme une personne colérique. Lorsqu'il évalue lui-même son niveau d'activation émotionnelle, les résultats suggèrent qu'il est peu émotif, qu'il perçoit ses propres émotions de manière lacunaire ou encore qu'il dénie ses émotions. Cependant, au moment du développement des IDP, il y a eu augmentation du niveau d'activation des émotions négatives et diminution du niveau d'activation des émotions positives.

**Comportements de sécurité.** Monsieur a adopté des comportements de sécurité agressifs : contestation, attaque physique, comportement d'allure passive-agressive. Ses comportements ne semblent pas avoir eu les effets attendus. Au contraire, les persécuteurs allégués ont continué à agir comme ils le faisaient. Il semble donc que ce ne soit pas le succès de ces comportements qui ait contribué au maintien des IDP. Au contraire, il semble que leur échec ait convaincu monsieur de la malveillance et de la puissance de ses persécuteurs.

**Autres éléments pertinents.** Il est possible d'observer qu'à plusieurs étapes de sa vie, monsieur a eu des difficultés au niveau de ses liens avec les figures d'autorité : au cours de la jeunesse, il était frappé par son père et par ses professeurs; au début de l'âge adulte, il a milité dans des mouvements contestant l'ordre établi; à l'âge adulte, il a été arrêté et condamné pour vol; au mitan de l'âge adulte, les événements décrits précédemment l'ont

amené à s'opposer à des policiers, à des juges, à des médecins, à des intervenants du système correctionnel et à des intervenants en milieu hospitalier. De plus, il pourrait y avoir chez lui, en filigrane, un sentiment d'injustice qui alimente son opposition à l'autorité.

**Résumé de la situation.** Monsieur a été frappé par son père et ses professeurs au cours de la jeunesse, ce qui pourrait avoir amené un sentiment latent d'injustice et avoir coloré négativement ses rapports avec l'autorité. Des difficultés avec la justice au début de l'âge adulte ont pu agir de la même façon. Par ailleurs il y a une histoire de recherche de justice sociale chez monsieur, notamment à travers son militantisme, ce qui peut être interprété comme une recherche de réparation face aux injustices subies. Au mitan de l'âge adulte, monsieur, qui considérait vivre pauvrement, a trouvé irrecevable une contravention que les policiers lui avait remise. Ayant de longue date une propension à s'opposer aux autres, il a choisi cette fois encore de s'opposer. Cependant, les choses ne se sont pas déroulées comme il le prévoyait. Le système judiciaire a rétorqué par des mesures de plus en plus sévères. Tout cela semble avoir constitué une série de stressseurs et d'événements déroutants, surtout au moment de la saisie de son camion, qu'il considérait comme son principal outil de travail. Monsieur, dérouté par ces événements, en serait venu à les interpréter comme découlant de la malveillance de tiers, mais sans qu'il y ait un biais généralisé d'attribution des événements négatifs à des tiers. Cependant, plus il s'opposait à ces tiers malveillants, plus ceux-ci rétorquaient avec force, ce qui augmentait la charge de stressseurs pesant sur lui, ainsi que le caractère déroutant de la situation. Compte tenu de la nature de son expérience interne, la

malveillance d'autrui lui est apparue comme l'explication la plus plausible de ses difficultés. Les IDP qui se sont développées lui seraient parues plus probables que d'autres explications d'allure plus rationnelle. Par ailleurs, monsieur présente un faible degré de flexibilité, un degré de certitude élevé dans ses propres croyances et une faible propension à l'autocritique, ce qui pourrait avoir favorisé le maintien de sa croyance dans la malveillance d'autrui. Même si rien ne laisse présager un degré d'anxiété élevé chez lui, il présentait des métacognitions favorisant, sinon l'anxiété, du moins les ruminations, plutôt qu'une pensée lui permettant de voir les choses sous une autre perspective, plus constructive. Monsieur admet d'ailleurs penser quotidiennement, et cela depuis des années, à sa situation et à ses persécuteurs. Un besoin de fermeture élevé aurait également contribué à ce que monsieur adopte une explication peu rationnelle, mais sécurisante. Enfin, l'échec des comportements de sécurité aurait contribué à convaincre monsieur de la justesse de ses convictions.

### **Profil du participant 3**

**Situation clinique au moment des entretiens.** Au moment des entretiens, monsieur est âgé de 27 ans et il est hospitalisé à l'IPPM depuis environ treize mois. Un diagnostic de trouble délirant de persécution a été posé. Il était sur le point d'être transféré vers un centre hospitalier de deuxième ligne, dans sa communauté. Un trouble délirant avait déjà été diagnostiqué lors d'une expertise produite au début de 2011, diagnostic maintenu lors d'une seconde expertise produite par un second psychiatre à la fin de l'année 2011. Plus stable lors d'un séjour dans un centre hospitalier de deuxième ligne, ce diagnostic n'avait pas été maintenu. En 2013, alors qu'il doit de nouveau se soumettre à des

expertises, le diagnostic de trouble délirant est émis et maintenu par un troisième psychiatre lors d'une longue hospitalisation au cours de laquelle plusieurs observations cliniques ont pu être faites.

**Enfance et vie familiale.** Monsieur est né dans la région métropolitaine et y a vécu jusqu'à l'âge de sept ans. Ses parents étaient des professionnels. Alors que le père avait une vie professionnelle active, la mère a fait passer sa carrière au second plan afin de s'occuper des enfants.

Le père est décrit comme un homme dévoué à son travail, qui faisait vivre la famille, et qui consacrait néanmoins du temps à ses proches. Il était modéré, bon vivant, parfois colérique. La mère est décrite comme aimante et protectrice, mais plutôt « contrôlante », particulièrement avec lui. La relation entre les parents est décrite comme tendue. Ils avaient l'un envers l'autre des propos acrimonieux et se disputaient souvent. Selon monsieur, sa mère souffrait de cette situation et pleurait souvent.

Monsieur est l'aîné de trois garçons. Il avait de bonnes relations avec ses frères, mais ceux-ci le voyaient comme le fauteur de troubles à cause de sa consommation de cannabis. Ils lui attribuaient la responsabilité du climat tendu qui régnait à la maison.

Selon ce qui lui a été rapporté, monsieur aurait connu un développement normal et aurait bénéficié d'une éducation stimulante et d'un bon encadrement. Jeune enfant, il aurait été un peu colérique et parfois jaloux de l'attention accordée à ses jeunes frères. Il était par ailleurs un enfant curieux et enjoué. Il avait des amis. Il respectait les règles. Toutefois, alors qu'il était en cinquième année du primaire, une certaine rébellion s'est exprimée chez lui à travers la consommation de tabac et de cannabis.

Lorsqu'il avait sept ans, la famille a quitté la région métropolitaine pour s'installer dans une ville comptant plus de cent mille habitants. C'est à cette époque que les tensions entre les parents sont apparues, tensions qui ne se sont jamais dissipées par la suite. S'ils s'invectivaient à propos de tout et de rien, parfois en public, ce qui faisait honte à monsieur, leurs différends concernaient souvent son éducation. Dans son souvenir, lors des discussions entre parents, il était souvent décrit comme fautif. Cela le « traumatisait » au point où il lui arrivait de s'enfermer dans le placard de sa chambre.

À douze ans, monsieur a consulté une travailleuse sociale à cause des tensions qu'il ressentait dans son milieu familial, cherchant une solution à ce problème. Pendant un à deux ans, des consultations individuelles et familiales ont eu lieu.

Vers l'âge de treize ou quatorze ans, suite à une altercation avec son père à cause de sa consommation de cannabis, il a tenté de fuger. Son père l'a retenu. Monsieur a résisté à ce dernier et il a été rudoyé au cours de l'intervention visant à le faire réintégrer le domicile de force. La mère a appelé les policiers qui sont intervenus. Il a été décrit comme ayant été violent envers son père alors que, de son point de vue, c'était le contraire qui était survenu. Il a vécu cette situation comme une trahison, entraînant une perte de confiance envers ses parents. Suite à cet incident, il a été placé en famille d'accueil pendant un an et demi. Monsieur a connu quatre milieux de placement. La seule chose qu'il trouve à redire à propos de ces différents milieux, c'est que l'hygiène des salles de toilette y était habituellement négligée, ce qui le répugnait. Il est ensuite revenu dans sa famille parce que ses parents ne voulaient plus payer la pension qui leur

était réclamée, croit-il. Après une accalmie, la relation parents-enfant est redevenue tendue.

Vers l'âge de quinze ou seize ans, monsieur s'est intéressé à un mouvement américain conservateur nommé *Straight Edge*. Ce mouvement prône l'abstinence sexuelle hors mariage, l'abstinence de tabac et de substances psychoactives, de même qu'une alimentation végétalienne, ce à quoi monsieur a adhéré. Les adeptes de ce mouvement apprécient la musique punk *hardcore* dont il était lui aussi un amateur. Simultanément, il adopte la cause environnementaliste pour laquelle il a milité. Enfin, sportif polyvalent, il s'est passionné pour les arts martiaux. Pour lui, tout cela s'amalgamait autour d'un même noyau de valeurs. Enfin, il est devenu fort critique des instances gouvernementales qu'il voyait comme étant liées à la corruption des multinationales, possiblement par le biais de sociétés secrètes. Aujourd'hui, monsieur décrit son attitude de l'époque comme ayant été excessive. Il ajoute que s'était une manière de « chasser ses démons » et d'utiliser son énergie de manière positive. Il ajoute également que c'était sa manière de faire la morale à ceux qui lui faisaient la morale en devenant plus rigoureux qu'eux.

Vers l'âge de 17 ou 18 ans, monsieur a su qu'il ne pourrait bénéficier d'un prêt ou d'une bourse pour ses études postsecondaires, les revenus de ses parents étant trop élevés. Par ailleurs, des propos tenus par ses parents ont laissé entendre à monsieur qu'ils ne voulaient pas payer pour ses études postsecondaires, ce qui l'a inquiété. Il les a donc poursuivis au civil et a obtenu qu'ils lui versent des prestations. Cependant, ce qui a le plus marqué monsieur, c'est que son père a déboursé 3000 \$ pour se défendre afin

de ne pas avoir à lui verser d'argent, ce qui, selon lui, signifiait qu'il ne voulait pas qu'il réussisse. Cette situation a bien sûr accru les tensions dans la relation parents-enfant, et a exacerbé la perte de confiance de monsieur envers ses parents.

**Fonctionnement scolaire.** Sur le plan du fonctionnement scolaire, monsieur avait d'excellentes notes à l'école primaire. Il se classait parmi les premiers de classe. Il avait un bon comportement. Il avait de bonnes relations avec ses pairs. Au secondaire, il avait également de bonnes notes. Toutefois, il pouvait se montrer opposant ou arrogant, mais sans que cela constitue un problème de comportement important.

Après ses études secondaires, monsieur se cherchait. Il a alors pris un temps d'arrêt d'un an pendant lequel il a occupé un petit emploi et fait du bénévolat pour un comité d'aide au tiers-monde. Il a ensuite intégré le cégep en sciences humaines et a fait ses études en deux ans. À cette époque, il était toujours très impliqué pour la cause environnementale et, si cela lui a valu d'être récompensé par un prix, cela l'amenait également à se sentir « marginalisé ».

Suite à ses études collégiales, monsieur a pris une nouvelle « année sabbatique » pendant laquelle il travaillait comme commis dans une épicerie végétarienne, ainsi que comme agent de sécurité. Il s'est ensuite inscrit dans une université montréalaise où il a étudié une discipline des sciences humaines pendant deux ans. Cela supposait toutefois qu'il s'installe à Montréal, ce qui a amené un certain isolement. Finalement, ne voyant guère de débouchés, il a abandonné ses études universitaires et a commencé à étudier un métier, études qu'il avait pratiquement terminées lorsque son parcours a été interrompu par des arrestations, des incarcérations et des hospitalisations. Il a ensuite repris ses

études, lesquelles ont été interrompues de nouveau dans des circonstances similaires. C'est dans ce contexte qu'il a été admis à l'IPPM pour une seconde fois.

**Vie relationnelle et amoureuse.** Sur le plan de la vie relationnelle et amoureuse, monsieur rapporte qu'il s'est senti souvent marginalisé, d'abord à cause de ses valeurs et de son militantisme, puis à cause de sa situation légale et psychiatrique. Toutefois, il a toujours eu des amis, et garde encore certains liens d'amitié. Sur le plan amoureux, il a fréquenté une jeune femme au cours de l'adolescence, mais n'a pas eu d'autres relations par la suite. Il explique cette situation par ses valeurs qui l'amènent à rechercher une épouse plus qu'une simple fréquentation, et par ses mésaventures judiciaires et psychiatriques des dernières années. À ce chapitre, monsieur rapporte également que sa mère avait une attitude répressive face à ses relations avec des jeunes femmes. Enfin, il rapporte aussi quelques inquiétudes liées à la santé sexuelle. Bien qu'il n'ait jamais contracté d'infection transmissible sexuellement, il tend à se montrer fort prudent à cet égard.

**Vie spirituelle.** Sur le plan des valeurs religieuses et spirituelles, on note que monsieur est né dans une famille catholique. À l'adolescence, il a adhéré à un mouvement qui l'a amené à avoir des valeurs conservatrices, à adopter des comportements cohérents avec ses valeurs et à se montrer fort discipliné. Vers l'âge de 23 ans, il a adhéré à une forme idiosyncrasique de la religion musulmane. Il appréciait les prières et prosternations quotidiennes, mais ne connaissant pas l'arabe, il substituait le Notre-Père aux sourates du Coran. Aujourd'hui, il se dit universaliste, c'est-à-dire qu'il emprunte à diverses religions pour en créer une qui lui convienne, exempte de

dogmatisme. Toutefois, actuellement, sa présente situation l'amène à entretenir une certaine rancœur envers Dieu et à prier moins. Il est également à noter que monsieur craint d'aller en enfer depuis son enfance et, pour cette raison, il tend à adopter un mode de vie conforme à ses valeurs conservatrices afin d'éviter cette éventualité. Il tend à vivre des sentiments de culpabilité. Ceux-ci se manifestent notamment lorsqu'il fume ou lorsqu'il mange de la viande.

**Perception de soi.** Invité à se décrire, monsieur laisse entendre qu'il a une faible estime de lui-même, qu'il est malheureux et découragé, que sa vie lui semble un long cauchemar.

**Consommation de substances psychoactives.** En ce qui concerne l'utilisation de substances psychoactives, monsieur a commencé à faire usage de tabac et de cannabis. Très tôt, dès l'âge de treize ans, il prenait cette dernière substance à raison de trois ou quatre fois par jour. Il a cessé d'en consommer vers l'âge de quinze ou seize ans en raison de son adhésion au mouvement *Straight Edge*. Depuis, il lui est arrivé de prendre un peu d'alcool et a fait une rechute tabagique en détention, ce qui a amené des sentiments de culpabilité.

**Situation légale.** Il y a deux ans, monsieur a écopé d'une sentence suspendue après avoir été reconnu coupable de menaces, de possession d'armes non autorisées et d'omission de se conformer à un engagement. Au moment des entrevues, ayant été reconnu non criminellement responsable de méfaits, il se trouvait sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux.

**Santé mentale.** Sur le plan de la santé mentale, monsieur admet qu'il souffre de psychose depuis deux ans. Selon le dossier, il en serait à un second épisode en trois ou quatre ans. Par ailleurs, il ne reconnaît pas tous les symptômes consignés à son dossier. La comparaison entre les deux sources, soit les entrevues avec monsieur et la consultation du dossier, laisse penser que monsieur dénie certains symptômes et qu'il en minimise d'autres. Il aurait notamment eu des comportements beaucoup plus vindicatifs et désorganisés que ce qu'il rapporte; ce serait d'ailleurs ces comportements qui expliqueraient ses démêlés avec les policiers et la justice. Par contre, il admet plusieurs symptômes, notamment des idées de référence.

Si les divers fragments de son récit, présentés dans le désordre en cours d'entrevue, sont placés en ordre chronologique, le tableau suivant se dessine. Il y a trois ans, monsieur a travaillé dans une entreprise où étaient entreposées des matières radioactives. Inquiet à propos de la légalité de la chose, et des risques encourus par les travailleurs, il a appelé la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Quelques semaines plus tard, les matières radioactives avaient disparu et il s'est demandé si c'était suite à son appel.

Il y a deux ans, suite à l'inquiétude de certaines personnes de son entourage qui ont avisé les autorités compétentes, monsieur a été avisé qu'il perdait le droit d'avoir en sa possession des armes à feu. Par ailleurs, en plus des armes à feu dûment enregistrées, il avait en sa possession de nombreuses armes blanches utilisées dans les arts martiaux, armes qu'il collectionnait, mais dont certaines étaient prohibées, sans qu'il le sache. D'une part, monsieur s'est senti trahi par les gens de son entourage et il a considéré que les policiers et le système judiciaire ont réagi de manière excessive, ce qui l'a amené à

dire qu'il avait été kidnappé et séquestré. Il s'en est plaint à deux autres corps policiers. Tout cela l'a amené à croire qu'on le persécutait à cause de ses valeurs et de son militantisme, ou encore qu'il s'agissait de représailles orchestrées par la compagnie où avaient été entreposées des matières radioactives qui avaient retracé son appel grâce à l'intervention des services secrets. Parallèlement à ces croyances, il a aussi pensé que les médias électroniques lui livraient des messages personnels, ou encore que son professeur parlait de lui à travers son enseignement. Dans le but d'en avoir la preuve, il a même procédé à des enregistrements, mais sans réussir à obtenir les preuves recherchées. Il a également pensé que les professeurs de son école lui créaient des difficultés, ne voulant pas qu'il réussisse. Pendant ce temps, il se sentait poursuivi par les policiers et craignait à tout moment d'être arrêté, ou encore qu'on l'implique faussement dans un crime en déposant ses mégots de cigarettes sur les lieux d'un délit dont il n'était pas l'auteur. Cela l'amenait à prendre des mesures pour tenter de déjouer les policiers. Tout cela a mené à des arrestations, des incarcérations et des hospitalisations contre le gré, mesures que monsieur voyait comme d'autres événements visant à lui nuire. Enfin, il a cru que le traitement pharmacologique qui lui était administré sur ordonnance de la Cour était en fait une expérience au cours de laquelle des substances potentiellement dangereuses lui étaient administrées à son insu, comme l'avait fait jadis le docteur Cameron au Allan Memorial Institute pour le compte de la Central Intelligence Agency. Il cessait donc le traitement dès que les ordres de Cour arrivaient à échéance. Finalement, après une longue hospitalisation, il a accepté de collaborer à son traitement et de prendre la médication recommandée. Son psychiatre a constaté une amélioration rapide et

significative; monsieur estime également qu'il y a eu une amélioration importante. Il reconnaît maintenant que la plupart des idées énoncées ci-haut étaient des symptômes de sa psychose, mais conserve certains doutes. Il aimerait avoir accès à certains documents produits par les policiers ou par la Commission canadienne de la sûreté nucléaire, lesquels pourraient démontrer qu'il n'avait pas entièrement tort.

Enfin, certaines divergences entre les faits rapportés au dossier et les propos de monsieur ressortent. Bien que la trame soit la même, le dossier décrit davantage de comportements inquiétants ou délictuels, de même que des symptômes plus nombreux et plus sévères.

**Symptomatologie.** Monsieur présente des idées délirantes légères et un problème d'autocritique léger. La dimension la plus saillante des IDP est la fréquence des préoccupations. Son score à l'échelle globale mesurant les dimensions de l'IDP le situe dans la moyenne des personnes présentant une idée délirante de persécution. Les persécuteurs allégués sont des hommes étrangers. Les idées délirantes sont apparues plutôt rapidement, il y a environ deux ans, après que ses armes aient été saisies. Les IDP et les comportements associés se sont résorbés avec le traitement, et même pour un certain temps en l'absence de traitement. Elles sont ensuite réapparues de manière très aiguë pendant environ un an, jusqu'à ce qu'il accepte de nouveau une médication, environ un mois avant les entrevues menées avec monsieur. Au moment de ces entrevues, il y avait une amélioration notable alors que monsieur était sous médication et toujours hospitalisé.

**Stresseurs distaux.** Au cours de l'enfance et de son adolescence, monsieur a vécu dans un climat familial tendu, notamment à cause des mésententes entre parents. Par moments, cela l'a « traumatisé » au point où il se cachait dans son placard pour ne plus les entendre. Il avait lui-même des relations tendues avec ses frères et, surtout, avec ses parents. À une occasion, il a été giflé par sa mère et, à une autre occasion, il a été rudoyé par son père, événements qui paraissent avoir eu un impact important pour lui. Il a transité par diverses familles d'accueil et, dans un de ces foyers, il a été frappé par un pair. Il s'est retrouvé impliqué dans un litige au civil contre ses propres parents.

**Stresseurs proximaux.** Dans l'année précédant le développement des IDP, monsieur a dénoncé ce qu'il croyait être une faute de son employeur. De manière concomitante au développement des IDP, ses armes ont été saisies par des policiers, il a été incarcéré et il a subi une fouille à nu; il a alors craint d'être abusé sexuellement. S'en est suivie une cascade de stresseurs, tels que les hospitalisations contre son gré et la judiciarisation. De plus, monsieur identifie ses propres IDP comme étant une source supplémentaire de stress.

**Expériences déroutantes.** La saisie de ses armes et la cascade d'événements qui s'en est suivie ont vraisemblablement constitué une expérience déroutante pour monsieur. Ne sachant comment s'expliquer ces événements, il a eu recours à l'idée de la malveillance d'autrui.

**Facteurs neuropsychologiques.** L'estimation du QI ne laisse pas suspecter de difficulté au niveau du fonctionnement intellectuel. L'estimation du niveau de flexibilité suggère la présence d'une faiblesse sur ce plan. Un léger biais de saut aux conclusions

semble présent. Une légère difficulté pourrait être présente sur le plan de la mentalisation.

**Facteurs cognitifs.** Monsieur montre une bonne flexibilité cognitive, mais un niveau de certitude élevé. Toutefois, la flexibilité compensant pour la certitude, son score composite ne suggère pas la présence d'un problème d'autocritique cognitive. Monsieur ne présente pas de métacognition favorisant les ruminations et l'anxiété. Par ailleurs, l'auto-évaluation du niveau de propensions aux inquiétudes et aux ruminations ne suggère pas que cette condition était présente avant le développement des IDP; elle suggère que les propensions aux inquiétudes et aux ruminations se sont manifestées au moment du développement de ces idées et que cette condition s'est maintenue par la suite. Le besoin de fermeture n'est pas une condition présente. Sur le plan du style attributionnel, la présence d'une tendance à l'attribution externe situationnelle des événements négatifs est à noter, mais il n'y a pas de tendance à l'attribution externe personnalisée. L'anticipation de la menace n'est pas un facteur à considérer. Les niveaux d'estime de soi positive et négative sont dans la normale. Quant aux schèmes cognitifs fondamentaux, ils ne se caractérisent ni par une vision négative de soi, ni par une vision négative de l'autre.

**Facteurs émotionnels.** Le niveau d'anxiété-état se situe dans la normale, alors que le niveau d'anxiété-trait se situe à la limite supérieure de la normale. Le niveau de dépression est léger. Le niveau de colère se situe dans la normale. En ce qui concerne l'auto-évaluation de l'activation émotionnelle, monsieur ne semble pas se décrire comme une personne ayant eu auparavant une propension à l'émotivité négative.

Toutefois, au moment du développement des IDP, le niveau d'émotivité négative et, notamment le niveau d'anxiété, a augmenté.

**Comportements de sécurité.** Ce participant a émis de nombreux comportements d'évitement en lien avec ses idées délirantes qui ont pu lui laisser l'impression de l'avoir protégé contre ses persécuteurs. Par exemple, s'il se cachait pour ne pas être arrêté et qu'il ne l'était effectivement pas, cela pouvait le convaincre que ce comportement l'avait protégé d'un danger réel. Il a tenté d'obtenir l'aide d'un professeur et de policiers, ce qui ne lui a valu aucun succès. Enfin, certains comportements, tels que briser des rétroviseurs afin de redevenir végétalien en prison, relevaient davantage du délire; ils lui ont valu d'être arrêté par ses persécuteurs allégués.

**Autres éléments pertinents.** Les entrevues ont permis de mettre en relief ses relations conflictuelles avec ses proches au cours de la jeunesse, ce climat familial tendu et ce sentiment d'être perçu comme le fauteur de troubles par ses frères et ses parents. Il vivait lui-même le sentiment d'être fautif et craignait l'enfer. C'est dans ce contexte que monsieur s'est engagé dans un mouvement marginal prônant des valeurs plus conservatrices que celles de ses parents, comme s'il voulait ainsi les narguer. Adhérent toujours à ces valeurs à l'âge adulte, il a gardé l'impression d'être rejeté à cause de celles-ci, notamment par des personnes représentant l'autorité et pouvant être vues comme ayant un rôle parental : employeurs, professeurs, policiers, médecins.

**Résumé de la situation.** Monsieur a été exposé à des stressseurs distaux au cours de sa jeunesse et à des stressseurs proximaux, notamment la saisie de ses armes. Cette épreuve, et la cascade de stressseurs qui a suivie, a vraisemblablement constitué une

expérience déroutante que monsieur a expliqué en ayant recours à l'idée de la malveillance d'autrui, dans un contexte où il était aux prises avec des figures d'autorité pouvant évoquer chez lui, plus ou moins consciemment, ses relations âpres avec ses propres parents. Sur le plan neuropsychologique, certains facteurs peuvent contribuer à expliquer le développement et le maintien des IDP : faiblesse au niveau de la flexibilité; léger biais de saut aux conclusions; légère difficulté de mentalisation. Sur le plan cognitif, ce niveau de certitude élevé et cette tendance à attribuer les événements négatifs à des facteurs externes situationnels sont à noter. Sur le plan émotionnel, il semble y avoir une activation de l'émotivité négative, notamment de l'anxiété et de la dépression, de manière concomitante aux IDP. Cette activation ne s'est ensuite que partiellement résorbée. Finalement, les comportements d'évitement ont pu contribuer au maintien des IDP mais, dans l'ensemble, les comportements de sécurité ont surtout contribué à l'apparition d'une cascade de stressseurs.

#### **Profil du participant 4**

**Situation clinique au moment des entretiens.** Monsieur est âgé de 30 ans et il est hospitalisé à l'IPPM depuis 14 mois. Il a fait l'objet de multiples observations cliniques. Ses proches ont également été rencontrés par les membres de son équipe traitante. Il a été évalué en psychologie, en criminologie et en psychiatrie. Dans ce contexte, on a conclu à la présence d'un trouble délirant de persécution. Il est difficile de savoir exactement quand les IDP se sont développées, mais il semble que cela se soit fait graduellement entre les âges de 20 et 25 ans.

**Enfance et vie familiale.** Monsieur a grandi dans une municipalité de 70,000 habitants. Il avait deux sœurs qui avaient respectivement deux ans et quatre ans de plus que lui.

À sa connaissance, la grossesse de sa mère s'est déroulée normalement. Il estime avoir eu un développement lent, ce qu'il attribue au fait que ses parents l'ont négligé. Cela semble toutefois être une impression personnelle, plutôt que des faits rapportés par des proches au cours de sa vie.

Les parents ont eu une petite entreprise manufacturière qu'ils ont fermé lorsque monsieur avait dix ans. Le père a ensuite travaillé dans le domaine de la construction, alors que la mère a occupé un emploi de bureau.

Monsieur décrit son père comme un homme fier, direct et débrouillard. Il rapporte toutefois avoir eu une relation difficile avec cet homme qui était également exigeant, qui lui faisait de nombreux reproches, qui ne lui donnait pas le droit à l'erreur et qui ne l'aidait pas à faire les apprentissages requis pour éviter les erreurs.

Monsieur dit de sa mère qu'elle voulait qu'il marche droit et qu'il soit un petit gars parfait. Il rapporte également qu'elle le réprimandait et le punissait beaucoup. Parlant d'elle, à plusieurs reprises, il dit : « C'est la femme que j'ai le plus serrée dans mes bras, mais j'ai eu beaucoup de misère avec elle ». Questionné à ce propos, il explique qu'il aimait sa mère, mais qu'il ne se sentait pas aimé par elle. La prendre dans ses bras était à la fois une manière de lui exprimer ses sentiments, mais également une manière de lui demander de l'aimer.

Monsieur est convaincu que ses parents se montraient froids et distants avec lui; qu'ils le réprimandaient et qu'ils le punissaient à la moindre occasion, souvent pour des peccadilles; qu'ils cherchaient constamment à se débarrasser de lui de sorte qu'il devait toujours se débrouiller seul; qu'ils agissaient ainsi uniquement avec lui et qu'ils avaient une attitude bien différente avec ses sœurs; qu'ils se comportaient ainsi de manière intentionnelle dans le but de lui nuire. Monsieur est également convaincu qu'ils ont élevé ses sœurs de manière à ce qu'elles aussi lui nuisent. Ils rapportent qu'elles se montraient agressives avec lui et que, à deux occasions, il a dû être traité à l'urgence à cause de blessures que l'une ou l'autre de ses sœurs lui avait infligées.

Parlant de ses parents, monsieur fait référence à un documentaire portant sur les troubles de l'attachement dans lequel on voit une mère réagir de manière synchrone avec son bébé, puis cesser toute réaction, ce qui entraîne des signes d'inquiétude et de détresse chez l'enfant. Il garde l'impression que ses parents se sont toujours comportés avec lui comme cette mère qui cesse toute réaction.

Monsieur trouvait que les choses se présentaient autrement dans les autres familles et il enviait les autres enfants. Vers l'âge de dix ans, il a voulu aller en famille d'accueil et s'en est ouvert à sa mère. Pour l'en dissuader, cette dernière lui a dit que, dans ces familles, il y avait des batteurs et des violeurs d'enfants. Elle a ajouté que, s'il voulait néanmoins y aller, il n'avait qu'à téléphoner. Il a pris l'appareil et a composé le 911. Sa mère a repris l'appareil, a raccroché, lui a administré une fessée et l'a mis en punition dans sa chambre. Il a alors compris qu'il allait devoir endurer sa situation familiale jusqu'à ce qu'il soit en mesure de partir, ce qu'il a fait à l'âge de seize ans.

À l'adolescence, selon lui, ses proches continuaient à lui nuire, mais ne recouraient plus à la punition physique ou à des gestes violents. Selon monsieur, ils souhaitaient ainsi éviter qu'il ait des souvenirs trop clairs de ces mauvais traitements et ils agissaient à l'intérieur des limites de la légalité afin d'éviter toute forme de représailles éventuelles.

Monsieur ne sait pas véritablement pourquoi ses proches auraient agi avec une telle malveillance. Il se souvient toutefois que, vers l'âge de dix ans, sa mère lui aurait dit qu'il n'était pas un enfant désiré, ce qui l'avait marqué. « Je m'en rappelle comme si c'était hier », dit-il. Il pense que ce pourrait être la raison pour laquelle ils auraient agi ainsi.

À l'extérieur de la maison, monsieur n'avait pas d'amis et il n'aimait pas les autres enfants. La seule exception est une « petite blonde » avec laquelle il se sentait bien, mais qui l'a laissé pour un autre garçon après quelques semaines.

Monsieur estime avoir été un enfant et un adolescent solitaire, taciturne, malheureux et qui n'aimait pas les gens. Cependant, par la force des choses, il se montrait débrouillard et indépendant.

Bien qu'il n'aime pas les gens, monsieur ne leur prêtait pas les mêmes intentions qu'aux membres de sa famille. Ainsi, il pense que des pairs ont tenté de l'aider, que leurs parents étaient enviables et que ses professeurs l'aimaient bien.

**Fonctionnement scolaire.** Monsieur était distrait et agité à l'école primaire. Il n'obtenait généralement que des notes de passage. Il a redoublé sa troisième année. Il

était solitaire, n'aimait pas les autres et pouvait se montrer agressif avec ses pairs, faisant comme ses sœurs, commente-t-il.

Au secondaire, il a été inscrit dans un pensionnat. Il demeurait très solitaire et ne se mêlait aux autres que le soir pour les activités sportives. À cette époque, ses parents l'ont amené voir un spécialiste; du méthylphénidate (un psychostimulant) lui a été prescrit. Il reste avec le souvenir que ce médicament l'aidait, mais il ne le prenait habituellement pas, car cela lui donnait le sentiment déplaisant d'être différent des autres. Il n'avait pas de grave problème de comportement, mais tendait à faire à sa tête et ne se souciait guère ni des consignes, ni des réprimandes. Il avait de mauvaises notes et a dû redoubler la deuxième année du secondaire. Toutefois, à cette époque, sa famille s'est brièvement installée dans une autre province espérant y avoir du succès sur les plans de l'emploi et des finances. Il s'est donc retrouvé en secondaire III dans une école francophone, située dans un milieu anglophone. Là, il a eu quelques problèmes de comportement, notamment une dispute avec un autre élève, un bris de vitres et un comportement d'opposition avec le directeur, problèmes qui lui ont valu des suspensions. Finalement, suite à une troisième suspension, monsieur a décidé de quitter l'école, estimant que ce n'était pas un endroit pour lui. Il est alors retourné au Québec et, après un bref passage sur le marché du travail, il a fréquenté l'éducation aux adultes pour y obtenir une équivalence de secondaire V dans le but de pouvoir travailler dans le domaine de la construction.

**Fonctionnement professionnel.** Sur le plan du fonctionnement professionnel, à l'âge de 16 ans, après avoir quitté l'école, monsieur a travaillé pendant un an dans une usine

appartenant à son oncle. Il estimait que tout allait très bien. Il appréciait beaucoup l'autonomie que lui procuraient ses revenus. Il pouvait notamment vivre en appartement et avoir sa propre voiture. Cependant, suite à une mésentente avec son cousin, son oncle l'a congédié.

Après avoir obtenu son équivalence d'études secondaires, monsieur a travaillé dans la construction avec son père qui était revenu au Québec. Il rapporte que ce dernier se montrait très demandant et fort critique. Il courait constamment pour donner suite aux ordres que son père lui donnait en criant et en se moquant de lui. Leur relation était donc tendue et, après deux ou trois mois, monsieur a quitté de son propre chef.

Monsieur est alors allé vivre dans une autre municipalité et a travaillé quelques mois pour un premier entrepreneur. Cependant, des membres de sa famille connaissaient cet employeur et parlaient de lui en mal à ce dernier. Il est donc allé travailler pour un second entrepreneur de la même municipalité mais, cette fois, c'était le premier employeur qui parlait en mal de lui au second. Son patron l'a finalement congédié après un mois, lui suggérant de retourner travailler pour son employeur précédent.

Monsieur est alors parti vivre dans une autre région du Québec, mais avait d'importantes difficultés financières. Il vivait donc parfois en chambre et parfois dans la rue; il n'arrivait plus à se loger adéquatement. Il a travaillé pour un premier entrepreneur qu'il a quitté pour une peccadille, ce qu'il voit maintenant comme une erreur de jugement. Il a obtenu un second emploi, mais a été congédié pour avoir fumé de la marijuana. Monsieur estime néanmoins qu'il avait de bonnes relations avec ses collègues et ses patrons.

Sans argent et sans voiture, monsieur a décidé de s'installer dans la région de Montréal où il croyait pouvoir travailler sans voiture. Il a obtenu quelques « jobines » pour de courtes durées, n'arrivant pas à trouver mieux.

Il s'est finalement retrouvé dans la rue pendant quelques années, bénéficiaire de la sécurité du revenu, allant de refuge en refuge, consommant les substances qu'il trouvait sans s'inquiéter de leur nature. Il était méfiant, seul, malheureux; il ressassait continuellement les problèmes familiaux et il pensait au suicide, bien qu'il n'ait pas posé de geste suicidaire.

**Vie relationnelle et amoureuse.** Sur le plan de la vie relationnelle et amoureuse, monsieur a toujours été solitaire et isolé. Dès le début de l'âge adulte, il s'est éloigné de sa famille. Néanmoins, il cherchait régulièrement à reprendre contact avec eux, à obtenir leur aide et à obtenir des explications à propos de sa maltraitance. Cependant, toutes ses tentatives tournaient à l'échec.

Sur le plan amoureux, peu de choses se sont passées. Dans la première moitié de la vingtaine, avant de revenir dans la région de Montréal, monsieur a eu une amie pendant quelques mois; il estime qu'ils avaient une relation correcte. Toutefois, lorsqu'il a décidé de s'installer dans la région de Montréal, il a mis fin à cette relation. Par la suite, alors qu'il vivait dans la rue, il a eu quelques amies de passage, sans plus. Il ne se sentait pas prêt à investir sérieusement une relation à cause de son instabilité mentale et de ses difficultés financières, commente-t-il.

**Perception de soi.** En ce qui concerne la perception de soi, monsieur se décrit comme une personne solitaire qui n'aime guère les gens, et que les gens n'aiment guère.

Il a également une image plutôt pauvre de lui-même, disant, par exemple, en parlant des autres personnes sur son unité : « Mentalement, je suis pas aussi bon qu'eux autres. J'aurais mieux aimé être dans leur peau que dans la mienne. Ils sont meilleurs que moi sur tous les points, mentalement et psychologiquement. Je suis dépassé sur toute la ligne ». Il rapporte que son seul talent est d'être un bon travailleur. Il se dit peu satisfait de sa vie et peu satisfait de lui-même. Monsieur se décrit également comme quelqu'un qui a la mèche longue, c'est-à-dire qu'il encaisse les frustrations sans réagir. Parlant de sa colère, il dit : « J'ai encaissé toute ma vie et j'ai péti une coche », mais sans pour autant faire de lien avec son délit.

**Situation légale.** En ce qui concerne sa situation légale, monsieur a été arrêté au cours de la première moitié de la vingtaine. Du cannabis a été trouvé dans sa voiture, ce qui lui a valu de légers démêlés avec la justice. Puis, entre l'âge de 24 et 26 ans, ses parents ont appelé les policiers plusieurs fois, soit parce qu'on le craignait ou parce qu'on souhaitait qu'il quitte le domicile de l'un ou de l'autre (ils étaient alors séparés). Il y a donc eu des interventions policières, mais cela ne lui a pas valu d'accusations. C'est à l'âge de 26 ans que monsieur s'en est pris physiquement à sa mère et à sa sœur dans des circonstances qui seront décrites plus loin. Suite à ces événements, il s'est retrouvé en détention préventive pendant environ deux ans, avant d'être reconnu non criminellement responsable de divers chefs d'accusation et d'être hospitalisé en psychiatrie légale.

**Consommation de substances psychoactives.** En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, monsieur utilisait principalement les dérivés du cannabis.

Il a commencé à faire usage de ces substances vers l'âge de 18 ans, usage qui est rapidement devenu quotidien. Monsieur appréciait cette substance qui le calmait et l'aidait à se concentrer davantage. Lorsqu'il avait moins d'argent, sa consommation demeurait tout de même sa priorité et passait avant ses autres besoins. Dans les derniers mois qu'il a passés dans la rue, il avait de plus en plus de difficultés. Il consommait ce qui lui tombait sous la main, souvent des drogues dures dont il ne connaissait même pas la nature.

**Santé mentale.** Sur le plan de la santé mentale, monsieur rapporte avoir vu un spécialiste à cause de son attitude, de son comportement et de ses difficultés scolaires, après avoir redoublé sa troisième année. Il ne se souvient pas que quoi que ce soit ait découlé de cette consultation. Il a vu un autre spécialiste au début de l'adolescence qui lui a prescrit du méthylphénidate (un psychostimulant), médicament qu'il n'a pratiquement jamais pris.

À partir du moment où il s'est installé dans une autre région, monsieur a rapidement connu des problèmes financiers et de logement. Il rapporte qu'à cette époque, il ne se sentait « pas stable mentalement », mais ne peut décrire son état plus explicitement. Dans ce contexte, il s'est retrouvé dans une salle d'urgence où il a été gardé pour une nuit seulement.

Par ailleurs, monsieur sait que les gens qui l'ont évalué suite à son délit, et qui le suivent maintenant, ont conclu à « une psychose paranoïde », ou dit dans un langage moins médical, qu'il avait « amplifié » certains faits, selon la formule utilisée auprès de lui. S'il les entend et leur accorde une confiance certaine, il est clair que monsieur n'est

pas pour autant convaincu d'avoir amplifié les faits. Au cours des entretiens, il répète souvent qu'il a vécu ces faits et qu'ils sont bel et bien vrais. Il demeure convaincu que sa famille cherche à lui nuire depuis toujours, et qu'elle tente encore de lui nuire. Lorsqu'il est allé vivre dans d'autres régions, souvent ses proches continuaient à lui faire du tort, explique-t-il. Lorsqu'il s'est retrouvé dans la rue, il a voulu plusieurs fois que les choses s'arrangent avec ses proches; il aurait voulu que ceux-ci admettent leurs torts et lui expliquent pourquoi ils avaient agi ainsi. Cependant, il n'en était rien. Après qu'ils l'aient hébergé quelques jours, dans le meilleur des cas, ils lui demandaient de partir. S'il refusait, ils appelaient les policiers pour qu'il soit expulsé. À chaque fois que ses proches refusaient d'admettre leurs torts, qu'ils lui demandaient de quitter, ou que les policiers intervenaient, monsieur y voyait la preuve que ses proches agissaient de manière malveillante avec lui. C'est dans ce contexte qu'il s'en est pris à sa mère et à sa sœur. Il rapporte toutefois avoir gardé un souvenir flou de ces événements et n'avoir aucune idée des raisons qui pourraient l'avoir amené à s'en prendre à ses proches. Il ne voit pas sa colère comme le moteur de son délit. Il répète à de nombreuses reprises qu'il regrette ses gestes. Même s'il est convaincu que ses proches continuent de lui nuire, il souhaite malgré tout maintenir un contact avec eux, et il voudrait « que les choses s'arrangent » et espère encore des aveux. Enfin, même s'il ne croit pas souffrir d'un trouble mental, il considère son hospitalisation prolongée en centre de psychiatrie légale comme la meilleure chose qui lui soit arrivée.

**Informations de sources collatérales.** Enfin, il est à noter que, contrairement à ce que monsieur mentionne, les membres de sa famille rapportent qu'il a vécu une enfance

normale au sein d'une famille unie. Ce serait vers l'âge de 20 ans, alors qu'il a commencé à consommer des dérivés du cannabis sur une base régulière, qu'on aurait commencé à le trouver méfiant, bizarre, inquiétant et menaçant. Il a également eu quelques comportements agressifs envers ses proches. Ces derniers étaient de plus en plus craintifs, évitaient de se retrouver seuls avec lui et demandaient parfois l'intervention des policiers. Par ailleurs, les intervenants qui ont rencontré les proches de monsieur n'avaient aucune raison de mettre en doute leur version des faits alors que celle de monsieur comportait beaucoup d'invraisemblances.

**Symptomatologie.** Monsieur présente des idées délirantes modérées et un problème d'autocritique modéré. Les dimensions les plus saillantes des IDP sont la durée des préoccupations, le degré de conviction et le degré de détresse. Son score à l'échelle globale mesurant les dimensions de l'IDP le situe dans la portion supérieure de la moyenne des gens présentant une idée délirante. Les persécuteurs allégués sont principalement des proches des deux sexes. Des idées de longue date à l'effet qu'on agissait envers lui de manière malveillante auraient pris une tournure délirante au début de la vingtaine; elles seraient devenues progressivement de plus en plus importantes, de manière inversement proportionnelle à son niveau de fonctionnement qui déclinait. L'hospitalisation et les traitements reçus auraient amené une nette amélioration de son niveau de fonctionnement, mais une légère diminution des IDP.

**Stresseurs distaux.** Le milieu familial est décrit comme normal par les proches de monsieur, mais malveillant par monsieur. Chose certaine, il reste avec la ferme conviction d'avoir été traité avec malveillance par ses proches depuis son enfance,

d'avoir également été un enfant solitaire et parfois agressif en milieu scolaire. Il existe toutefois une importante divergence de point de vue entre monsieur et ses proches quant à ce qui s'est déroulé au cours de son enfance. Enfin, de son point de vue, il y a eu pour le moins des stressseurs relationnels chroniques au cours de l'enfance et de l'adolescence.

**Stresseurs proximaux.** Plusieurs stressseurs étaient présents lorsque les idées délirantes de persécution se sont développées : difficultés d'insertion au marché du travail, pertes d'emplois, difficultés financières, difficultés de logement, absence de domicile fixe, relation insatisfaisante avec ses proches, interventions policières. De plus, sa situation se détériorait progressivement. Enfin, plus il tentait de se rapprocher de ses parents, plus ceux-ci le craignaient, limitaient les contacts avec lui et le faisaient parfois expulser, *manu militari*. Il y avait présence de stressseurs proximaux et d'une forme d'escalade des stressseurs.

**Expériences déroutantes.** Il est possible de postuler que monsieur vivait la dégradation de son niveau de fonctionnement, ses difficultés familiales, notamment le refus de ses proches d'admettre les torts qu'il leur prêtait, comme étant une situation déroutante qu'il s'expliquait en leur prêtant des intentions malveillantes.

**Facteurs neuropsychologiques.** L'estimation du QI ne laisse pas suspecter de difficulté. L'estimation de la flexibilité sur le plan du fonctionnement exécutif ne laisse pas non plus suspecter de difficulté. Le TRP suggère la présence d'un biais de saut aux conclusions. Le THC ne suggère pas la présence d'un problème de mentalisation.

**Facteurs cognitifs.** Monsieur présente une bonne flexibilité cognitive, mais il présente par ailleurs un niveau de certitude élevé. La flexibilité cognitive compensant

pour le niveau de certitude, il obtient un score composite dans la normale, ne laissant pas suspecter de problème d'autocritique cognitive. Il ne présente pas formellement de métacognitions favorisant l'anxiété. Il estime toutefois avoir toujours eu tendance à l'inquiétude et aux ruminations. Il demeure dans la moyenne sur le plan du besoin de clôture. En ce qui concerne le style attributionnel, une tendance à attribuer les événements négatifs à des tiers est présente. Cependant, l'ensemble des résultats fait en sorte qu'il ne présente pas de biais de personnalisation. Par ailleurs, bien que ces résultats n'aient pas été décrits dans la section précédente, il est intéressant de noter que monsieur ne s'attribue pas les événements positifs; il les attribue plutôt à des situations externes. Il ne présente pas cette anticipation d'événements négatifs. Il présente une faible estime de soi caractérisée à la fois par l'absence de vision positive de lui-même et par la présence d'une vision négative de lui-même. Enfin, sur le plan des schèmes fondamentaux, il présente une vision négative de lui-même et de l'autre. Il est à noter que les résultats obtenus pour le style attributionnel, pour l'estime de soi et pour les schèmes fondamentaux, pointent tous vers un problème d'estime de soi.

**Facteurs émotionnels.** Le niveau d'anxiété-trait est élevé. Le niveau de dépression serait de modéré à sévère, mais il convient de noter ici que les items principalement responsables de cette élévation font référence au sentiment d'être puni, aux sentiments négatifs envers soi et à une attitude critique envers soi plutôt qu'aux symptômes classiques de dépression. Le niveau de colère se trouve dans la normale. Enfin, l'auto-évaluation de l'état émotionnel suggère que monsieur a toujours été passablement méfiant, anxieux et aux prises avec un sentiment d'impuissance. Les émotions négatives

ont toutes augmenté au moment du développement des IDP, sauf la méfiance qui est demeurée au même niveau. Outre l'irritabilité et la méfiance, ces émotions ne se sont guère résorbées au cours de la période de maintien.

**Comportements de sécurité.** Quant aux comportements de sécurité, monsieur rapporte que le fait de quitter le domicile familial à 16 ans, puis de changer trois fois de région, ont été des tentatives pour échapper aux problèmes que lui causait sa famille. Il constate cependant que cela n'a jamais eu les effets souhaités. Demander à ses proches de faire des aveux en espérant que les choses s'arrangent ensuite peut également être vu comme un comportement de protection atypique qui n'a pas eu les effets anticipés. Enfin, il est tentant de voir le délit de monsieur comme un autre comportement de protection. Toutefois, son intention au moment des faits n'étant pas connue, il est impossible de conclure en ce sens. Néanmoins, ses comportements s'avéraient des échecs. Ce n'est donc pas leur succès qui était un facteur de maintien mais, au contraire, leur insuccès. Malgré ses comportements de sécurité, monsieur se percevait toujours comme victime de la malveillance de ses proches; il en concluait que ceux-ci faisaient encore preuve de malveillance à son égard.

**Autres éléments pertinents.** En entrevue, monsieur revient de manière itérative sur les comportements malveillants de ses proches depuis son enfance jusqu'à aujourd'hui. À cet égard, la relation avec la mère revêt une importance particulière. De plus, il semble que la mère ait été la seule personne pour laquelle monsieur ait eu des sentiments positifs, bien qu'il se soit toujours senti rejeté par elle. Pourtant, malgré ses revers continuels avec ses proches, monsieur a toujours persisté dans ses tentatives pour que

ceux-ci reconnaissent leurs torts afin qu'il y ait finalement un rapprochement avec eux. Sur un autre plan, monsieur faisait souvent référence à une vision très négative de lui-même comme en font foi les propos rapportés plus haut à propos de sa perception de lui-même. Enfin, il répétait souvent que les gestes qu'il avait eus envers sa mère n'avaient pas eu de conséquences graves (ce qui était objectivement faux), qu'il regrettait tout de même ses gestes, ce qui ne semblait pas du tout être des propos à visée utilitaire.

**Résumé de la situation.** Des difficultés relationnelles (voire un trouble de l'attachement) auraient été présentes au cours de l'enfance et de l'adolescence, ce qui aurait constitué un stresser persistant. De nombreux stressers étaient présents dans les années où les idées relatives à la malveillance d'autrui ont pris une tournure délirante. Tous ces événements, notamment les difficultés avec ses proches, auraient constitué des expériences déroutantes que monsieur cherchait à s'expliquer par la malveillance d'autrui. Ainsi, plus monsieur s'acharnait à obtenir des explications de ses proches et à se rapprocher d'eux, plus ceux-ci tentaient de l'éloigner, ce qui rendait la situation d'autant plus stressante et déroutante. Sur le plan neuropsychologique, un problème de raisonnement probabiliste a pu entrer en ligne de compte. Sur le plan cognitif, différents facteurs ont pu contribuer au développement et au maintien des idées délirantes de persécution : un niveau élevé de certitude, une propension à l'inquiétude et aux ruminations, une tendance à attribuer les événements négatifs à autrui, une faible estime de soi, une vision négative de lui-même et d'autrui. Sur le plan affectif, une anxiété-trait et une émotivité négative sont à noter. Enfin, l'échec des comportements de sécurité

aurait contribué à convaincre monsieur que ses proches se montraient effectivement malveillants envers lui.

### **Profil du participant 5**

**Situation clinique au moment des entretiens.** Monsieur est âgé de 38 ans. Il est connu de la psychiatrie depuis cinq ans. Il est hospitalisé à l'IPPM depuis deux mois où un diagnostic de trouble délirant de persécution posé antérieurement est maintenu. Un transfert vers un hôpital de deuxième ligne, dans sa région, était prévu. Le diagnostic établi dans les deux établissements était le même.

**Enfance et vie familiale.** Monsieur est né et a vécu dans une petite municipalité rurale comptant près de 5000 habitants. Il a une sœur qui est de quatre ans son aînée.

À sa connaissance, la grossesse de sa mère s'est déroulée normalement. Il n'y a pas eu de complications périnatales et son développement s'est déroulé normalement. Au cours de sa jeunesse, il a toujours été en bonne santé physique et mentale.

Son père était agriculteur et travaillait également comme journalier. Monsieur le décrit comme une bonne personne et un homme travaillant, mais qui parlait peu. La mère ne travaillait pas à l'extérieur de la maison. Il la décrit comme une personne sympathique et plus extravertie que le père. Il décrit sa sœur comme une personne tranquille. Tous étaient en bonne santé mentale et physique. Il était lui-même un enfant actif et enjoué qui ne présentait pas de problème de comportement. Dès l'âge de cinq ans, il a été impliqué dans les travaux agricoles, dans la mesure de ses capacités. Il a toujours souhaité participer à ces travaux tout au long de sa jeunesse. Il s'entendait bien avec ses pairs. Il ne rapporte aucune forme de négligence ni d'abus. À l'adolescence,

comme la plupart des jeunes de son âge, il s'est rapproché de ses amis et s'est éloigné un peu de sa famille. Ses parents ont fait quelques interventions à propos de sa consommation de dérivés du cannabis qu'ils désapprouvaient, mais cela n'a pas entraîné de conflit ou de détérioration du climat familial.

**Fonctionnement scolaire.** Monsieur était en classe régulière au primaire. Il avait un bon comportement, s'entendait bien avec ses camarades et obtenait des notes dans les B. Il aimait les sports; il était notamment apprécié comme gardien de but au soccer.

Au secondaire, monsieur avait de très bonnes notes en langues, mais des notes de passage en mathématiques et en sciences, lesquelles lui ont valu de redoubler le secondaire II. Sur le plan du comportement, il rapporte qu'il se démarquait par ses cheveux longs et ses chandails arborant des dessins à connotation violente, de même que par ses vestes de cuir, ce qui lui valait des suspensions et des réprimandes. Il pouvait alors se montrer insolent. C'est la répétition d'incidents où il se montrait insolent qui lui a valu un renvoi au cours du secondaire V. Il était également connu pour sa consommation de dérivés du cannabis; même s'il ne consommait pas à l'école, cela ternissait sa réputation auprès des personnes en autorité. Il n'avait toutefois pas de véritable problème de comportement. Après une brève incursion sur le marché du travail, il s'est inscrit à une école pour raccrocheurs et a complété son secondaire V à l'âge de 17 ans.

Après le secondaire, monsieur a fait une session en sciences humaines au cégep, mais il a abandonné ses études collégiales au cours de la seconde session parce qu'il ne voyait guère où cela le mènerait et parce que la bourse qu'il recevait était insuffisante.

**Fonctionnement professionnel.** Sur le plan professionnel, monsieur rapporte qu'il a commencé très jeune à participer aux travaux sur la ferme familiale, ce qu'il a fait jusqu'à son entrée sur le marché du travail. Après avoir quitté l'école secondaire, il a travaillé comme journalier dans une manufacture pendant quelques mois puis a repris ses études. Par la suite, il a travaillé dans une autre manufacture pendant dix ans et, parce qu'il s'agissait d'une industrie saisonnière, il travaillait également dans l'industrie forestière au cours de la saison froide. Il s'est ensuite trouvé un emploi dans une autre manufacture ayant des activités toute l'année. Il occupe cet emploi depuis dix ans. Monsieur rapporte qu'il aime travailler et se décrit comme un bourreau de travail qui détient des records de productivité. Enfin, il s'entend bien tant avec ses camarades de travail qu'avec ses patrons.

**Vie relationnelle et amoureuse.** Sur le plan du fonctionnement interpersonnel, monsieur a une vie sociale plutôt restreinte, ce dont il ne se plaint pas. Il voit des gens dans le mouvement des Alcooliques Anonymes, et il rencontre des connaissances lorsqu'il va voir des spectacles. Il voit donc surtout ses parents à raison de deux ou trois fois par semaine. Il semble notamment avoir une grande confiance en son père. Enfin, il fait plusieurs fois mention de sa relation avec son chien qui paraît très importante pour lui.

Sur le plan de la vie amoureuse, monsieur rapporte qu'il a eu une première amie à l'âge de 16 ans. Dix ans se sont ensuite écoulés avant qu'il ne fréquente une autre personne. Il rapporte que cet intervalle ne lui a paru ni trop long ni trop difficile à supporter parce que, pour lui, le travail passait avant tout.

À 26 ans, il a fréquenté une femme pendant deux ans. Il s'agissait d'une femme souffrant d'alcoolisme, impulsive, qui s'emportait pour un rien et qui se montrait physiquement violente avec lui, allant jusqu'à lui briser des dents. Il se décrit d'ailleurs lui-même comme un homme battu. Avant de la fréquenter, monsieur n'avait pas de problème d'alcool, mais c'est alors qu'il la fréquentait qu'il a commencé à boire quotidiennement, devenant lui-même alcoolique. Il a décidé de la quitter alors qu'il avait 28 ans. Il s'est alors retrouvé seul pour une nouvelle période de cinq ans. Cette fois, ce n'était pas le travail qui lui permettait de bien tolérer l'absence d'une amie, mais sa consommation d'alcool et la fréquentation des bars.

À l'âge de 33 ans, il a rencontré une nouvelle personne, mais celle-ci l'a laissé abruptement après quelques mois, le croyant pédophile, ce qui fut un coup dur pour lui. Il s'agit de madame A dont il sera question plus loin. Depuis six ans, à part un début de fréquentation qui a échoué avec une autre personne souffrant d'alcoolisme, monsieur n'a pas eu de nouvelle amie.

Questionné sur ses difficultés relationnelles et sur les longs intervalles qui ponctuent sa vie amoureuse, monsieur ne s'en dit guère malheureux; il explique la situation par ses cheveux longs, lesquels feraient en sorte qu'il n'attire que des femmes « rock and roll », qui ne lui valent qu'un « paquet de troubles ».

**Consommation de substances psychoactives.** En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, monsieur a commencé à consommer de l'alcool et des dérivés du cannabis de manière occasionnelle à l'âge de douze ans. À l'âge de 17 ans, étant sur le marché du travail et disposant de plus d'argent, il a commencé à consommer

du haschich ou de la marijuana quotidiennement et ce, en quantité importante, ce qui s'est poursuivi jusqu'à l'âge de 25 ans. Depuis, il consomme toujours quotidiennement, et ce, à raison de 0,5 gramme de marijuana par jour. Il n'a toutefois pas consommé depuis quelques mois en raison de son hospitalisation prolongée dans sa région, puis de son transfert à l'IPPM. Il pense poursuivre sur cette lancée et continuer à s'abstenir de cannabis lorsqu'il sera de retour dans la communauté.

À l'âge de 26 ans, au contact d'une conjointe alcoolique, il est devenu lui-même dépendant de l'alcool; il buvait au moins douze consommations par soir. Il estime avoir été ivre quotidiennement pendant cinq ans, soit jusqu'à ce qu'il décide d'arrêter, avec l'aide du mouvement des Alcooliques Anonymes, vers l'âge de 33 ans, dans la foulée d'une nouvelle rupture qu'il cherchait à s'expliquer.

Enfin, vers l'âge de 28 ans, monsieur a fait l'essai des amphétamines et en a consommé deux ou trois fois par année depuis. Il estime que les effets nocifs de cette substance sont de le rendre insomniaque et impulsif.

**Perception de soi.** Monsieur se décrit comme une personne serviable, tranquille, timide, qui aimerait pouvoir s'affirmer davantage.

**Situation légale.** En ce qui concerne sa situation légale, monsieur se trouve sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux depuis 2010, après avoir été reconnu non criminellement responsable de harcèlement contre une voisine, et de voies de fait contre une connaissance de celle-ci. Il s'agit de madame B dont il sera question plus loin.

Monsieur fait également face à une autre accusation pour menaces suite à des événements survenus quelques années plus tard, suite à des propos tenus à des policiers et interprétés par ces derniers comme signifiant qu'il pourrait mettre le feu dans une école, ce que monsieur n'a jamais eu l'intention de faire, selon lui.

Enfin, monsieur fait face à une accusation pour trafic de cigarettes suite à des événements survenus il y a quatre ans.

**Santé mentale.** Sur le plan de la santé mentale, monsieur présente un diagnostic de trouble délirant de persécution depuis quatre ans. Il sait que ce diagnostic a été posé, mais ne reconnaît pas présenter actuellement, ni avoir présenté dans le passé, des idées délirantes. Selon lui, tous les faits allégués sont bel et bien véridiques. Il considère toutefois avoir été déprimé en 2009 et en 2010 à cause d'une situation qui sera décrite un peu plus loin. Les faits rapportés par monsieur sont ici présentés selon un ordre chronologique mais, dans le récit de monsieur, ils apparaissaient plutôt dans le désordre.

En 2006, madame A vient s'installer dans le village où habite monsieur. Peu après, alors qu'il circule à bord de son véhicule, monsieur voit deux individus transporter madame A qui est inconsciente, selon lui. Un de ces individus est l'un de ses voisins, l'autre lui est inconnu. La scène se passe dans un espace public du village et non dans un endroit isolé.

Au cours de l'été 2008, devant chez lui, monsieur répare la bicyclette de la fille de madame A. Cette dernière vient voir ce qui se passe. Peu après, ils commencent à se fréquenter et monsieur s'attache rapidement à elle et à ses enfants. Pendant les quelques mois de fréquentation, madame lui raconte que des gens lui font prendre des

médicaments qui lui font perdre la mémoire. Monsieur fait alors un lien entre cette déclaration et la scène vue en 2006. Il conclut qu'il s'agit de la drogue du viol et que madame est victime de viol, mais n'ose pas lui en parler à cause de la présence des enfants.

Du premier au huit novembre 2008, madame est hospitalisée pour un problème de santé physique. Le huit novembre, monsieur va la chercher à l'hôpital pour la ramener chez elle. Ils s'arrêtent chez une voisine, madame B, chez laquelle elle récupère ses clés pendant que monsieur l'attend dans son véhicule. Madame A ressort en pleurs, déclare à monsieur qu'il est un agresseur sexuel et lui dit qu'elle ne veut plus jamais le revoir. Monsieur ne comprend absolument pas ce qui se passe. Il en perd l'appétit, fait de l'insomnie et souffre d'une crise d'eczéma. Il cherche à comprendre ce qui est arrivé et conclut que madame B a fait des allégations sans fondement afin de l'éloigner de madame A parce qu'elle est impliquée, avec son conjoint, dans un complot visant à violer madame A. Il ne peut toutefois pas dire quel est l'intérêt de madame B dans cette présumée affaire.

Dans la foulée de ces événements, la Direction de la protection de la jeunesse retire à madame A la garde de ses enfants; monsieur en conclut que cela est survenu suite aux allégations mensongères de madame B qui considérait que la fille de 8 ans de madame A devenait un témoin gênant.

En décembre 2008, lors d'un appel téléphonique, le propriétaire de la maison habitée par madame B menace monsieur de lui casser les jambes. Monsieur croit que ce dernier

craignait, qu'en raison de ce qu'il savait à propos du complot, les occupants de la maison renoncent à l'acheter et c'est ce qui explique, selon lui, les menaces dont il a été victime.

Au cours de la même période, alors qu'il se déplace à pied, monsieur évite de justesse d'être frappé par le véhicule de son voisin, le conjoint de madame B, en sautant sur un terre-plein. Il est convaincu qu'il s'agit d'un geste intentionnel. Il porte plainte aux policiers, mais ceux-ci lui conseillent de ne pas amener l'affaire en Cour pour éviter des problèmes, conseil suivi par monsieur. Cela le laisse toutefois suspicieux.

Au cours de l'hiver 2009, monsieur installe une pancarte sur son perron sur laquelle il est écrit qu'il y a des violeurs dans le village. Un jour, une résidente du village l'interpelle et lui demande s'il fait référence à madame A qui, selon elle, est victime de viol. Monsieur la considère donc comme un témoin et conclut que cela corrobore les faits.

Au cours de l'été 2009, alors qu'il circule en voiture, il laisse tomber devant chez madame B des documents disant que son conjoint, et elle, sont des violeurs et des complices de viol.

En juillet 2010, suite à des accusations de harcèlement découlant de l'événement de l'été 2009, l'avocat de monsieur lui suggère un séjour en milieu psychiatrique. Monsieur croit qu'il s'agit de soins psychiatriques, mais il est plutôt soumis à une évaluation médico-légale. Éventuellement, lors de son procès, monsieur est reconnu non criminellement responsable et il considère alors avoir été floué par son avocat. Il collabore néanmoins à son suivi psychiatrique en externe et prend une médication antipsychotique.

Entre 2009 et 2011, il reçoit une kyrielle de contraventions pour des infractions mineures pour lesquelles les policiers se montrent habituellement cléments. Vers 2010, monsieur constate qu'un policier de la Sûreté du Québec est en fait un des hommes qui avaient transporté madame A en 2006. Il constate également qu'un autre policier se rendait occasionnellement chez madame A. Il en déduit donc que ces deux policiers ont violé madame A. Monsieur appelle au poste de police et traite les policiers de violeurs. Il fait également une plainte en déontologie policière, dénonçant les agressions sexuelles et les abus de contraventions. Il obtient gain de cause pour l'affaire des contraventions qu'il n'a finalement pas à payer. Il en conclut que les policiers avouent par le fait même leur implication dans cette prétendue affaire de viol.

En 2010, monsieur est convaincu que des plantations de marijuana sont protégées par des policiers municipaux ou provinciaux. Il va alors rencontrer des policiers de la Gendarmerie Royale du Canada pour dénoncer la situation, mais rien n'en découle. Toutefois, cinquante mille plants sont saisis en 2013, ce qui confirme à monsieur qu'il n'était pas dans l'erreur.

En février 2013, il cesse sa médication qui le rend somnolent et qui lui occasionne des retards au travail. Un peu plus tard, au cours de l'hiver, il est hospitalisé pour une période de deux semaines. Il continue à être suivi en externe et prend sa médication. Au cours de cette période, son médecin recommande que le mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux soit maintenu, recommandation qui est suivie par les commissaires. Monsieur éprouve alors un sentiment de ressentiment contre son médecin.

En juillet 2013, il se présente en clinique externe, irrité et sous l'effet des amphétamines. Vu son allure, son médecin décide de repousser le rendez-vous. Monsieur est en colère, se comporte de manière agressive et quitte les lieux. Il est ramené dans l'heure suivante par les policiers, et hospitalisé. Il se montre coopératif pendant son hospitalisation, mais il est transféré à l'IPPM en novembre 2013 pour que soit évalué le risque de passage à l'acte violent.

Ici, quelques disparités entre les propos de monsieur et ce qui est rapporté dans son dossier sont à noter. Selon le dossier, le 8 juillet 2013, lors d'une visite en clinique externe, il injurie son médecin et lance ses contenants de médicaments à une secrétaire. Il est alors escorté jusqu'à la sortie. Toutefois, l'hôpital ayant une délégation de pouvoir de la Commission d'examen, les policiers sont avisés et ramènent monsieur à l'hôpital. Il s'agit de sa troisième hospitalisation. Au cours de cette hospitalisation, il est hostile et non collaborant, il a des idées paranoïdes et il n'a aucune autocritique. Il en veut aux policiers qui sont corrompus et qui ont drogué et violé madame A, décrite par monsieur comme sa « blonde ». Il en veut au système de justice. Il pense que ses parents, qu'il décrit toutefois comme ses faux parents, le font passer pour un pédophile.

Au moment des entrevues, monsieur demeure convaincu que l'ensemble des faits allégués est vrai, que son ex-amie a été droguée et violée par des voisins et des policiers, lesquels sont impliqués dans différentes affaires de corruption. Il croit que c'est pour cette raison que sa voisine a allégué qu'il était pédophile, qu'un tiers a tenté de le frapper avec un véhicule, que les policiers l'ont empêché d'amener l'affaire en Cour et lui ont imposé une kyrielle de contraventions injustifiées. Il ne considère pas souffrir d'un

trouble mental ni avoir besoin d'une médication, même si celle-ci a le bénéfice de le calmer, estime-t-il. Il ne la prend toutefois qu'à cause du cadre légal dans lequel il se trouve.

**Symptomatologie.** Monsieur présente des idées délirantes modérées et un problème d'autocritique modéré. La dimension la plus saillante des IDP est le degré de conviction. Son score à l'échelle globale mesurant les dimensions de l'IDP le situe tout juste sous la moyenne des gens présentant une idée délirante. Les persécuteurs allégués sont des étrangers des deux sexes. Les idées délirantes se seraient développées assez rapidement alors qu'il était âgé de 32 ans, suite à des allégations de pédophilie et à une rupture. Les hospitalisations et les traitements reçus semblent avoir amené une diminution des préoccupations reliées aux idées délirantes ainsi que des comportements de sécurité, mais son degré de conviction ne semble guère avoir diminué.

**Stresseurs distaux.** Rien dans ce que rapporte monsieur ne permet de mettre en relief des stresseurs distaux.

**Stresseurs proximaux.** Dans l'année précédant le développement des idées délirantes de persécution, monsieur a vraisemblablement connu un niveau de stress significatif à cause d'une transaction immobilière qui a échoué. Par ailleurs, les allégations de pédophilie et la rupture de la relation ont immédiatement précédé le développement des IDP. Ici, ces allégations ont été considérées comme bien réelles parce que rien ne laisse croire que monsieur présentait des IDP auparavant, et parce que le récit qu'il fait des événements laisse penser qu'il s'agit d'un déclencheur. Cependant, s'il s'agissait d'une idée délirante, elle pourrait néanmoins agir comme

stresseur. Cette possibilité est abordée dans la section discussion. Ces stressseurs proximaux ont entraîné une cascade de nouveaux événements stressants : conflit avec ses voisins, problèmes judiciaires, démêlés avec les policiers, hospitalisations contre le gré et judiciarisation.

**Expériences déroutantes.** Les allégations de pédophilie et la rupture semblent bien avoir constitué une expérience déroutante pour monsieur.

**Facteurs neuropsychologiques.** L'estimation du QI ne laisse pas suspecter de difficulté sur le plan du fonctionnement intellectuel. L'estimation du niveau de flexibilité sur le plan du fonctionnement exécutif ne laisse pas non plus suspecter de difficulté. Le TRP suggère toutefois la présence d'un biais de saut aux conclusions. Le THC ne suggère pas la présence d'un problème de mentalisation.

**Facteurs cognitifs.** Monsieur ne présente pas de problème de flexibilité cognitive, mais il présente un niveau de certitude élevé. La flexibilité compensant pour le degré de certitude, il obtient un score composite dans la normale ne laissant pas suspecter la présence d'un problème d'autocritique cognitive. Il ne présente pas de métacognitions favorisant l'anxiété. S'il estime avoir eu une propension élevée aux ruminations lorsque les IDP étaient très aiguës, il n'estime pas avoir une propension à la rumination et à l'inquiétude. Il demeure dans la moyenne sur le plan du besoin de clôture. En ce qui concerne le style attributionnel, une tendance à attribuer les événements négatifs à des tiers est à noter. Cependant, l'ensemble des résultats fait en sorte qu'il ne présente pas de biais de personnalisation. Il ne présente pas de biais d'anticipation des événements négatifs. Il présente une estime de soi positive et une estime de soi négative dans la

moyenne. Sur le plan des schèmes fondamentaux, il ne présente pas cette vision négative de soi ni cette vision négative de l'autre.

**Facteurs émotionnels.** Les niveaux d'anxiété-état et d'anxiété-trait sont dans la moyenne. Le niveau de dépression correspond à celui des sujets non dépressifs. Le niveau de colère se trouve dans la normale. Quant à l'auto-évaluation des émotions, elle suggère que monsieur se percevait auparavant comme une personne peu mobilisée émotionnellement, qu'il a été très sollicité sur ce plan au moment du développement des IDP, mais il affirme avoir maintenant retrouvé son faible niveau de mobilisation émotionnelle antérieur.

**Comportements de sécurité.** Monsieur a présenté plusieurs comportements de sécurité qui peuvent être considérés de type agressif. Ils peuvent parfois être teintés d'une demande d'aide : plainte contre ses présumés persécuteurs; dénonciations publiques; invectives dirigées contre ses persécuteurs; menaces de mettre le feu. Ses comportements s'avéraient généralement des échecs, mais cela renforçait chez monsieur la conviction que diverses personnes voulaient lui nuire. Dans un cas, il a obtenu du succès lorsqu'il a obtenu de ne pas avoir à payer les amendes qui lui étaient imposées; cela a été vu par monsieur comme un aveu de culpabilité de la part de ses persécuteurs.

**Autres éléments pertinents.** Les entrevues permettent de mettre en relief que monsieur était une personne relativement isolée, qui a eu une vie amoureuse plutôt pauvre. Sa première relation a été brève. Il a mis dix ans avant de connaître une nouvelle relation, très dysfonctionnelle, qui a duré trois ans. Il a ensuite mis cinq ans avant d'avoir une troisième relation, qui était importante pour lui, mais qui a pris fin

abruptement, suite à des allégations de pédophilie, vraisemblablement sans fondement. Il est maintenant seul depuis six ans.

**Résumé de la situation.** Jusqu'à l'âge de 33 ans, monsieur n'aurait pas connu de problème de santé mentale. Or, des IDP se sont développées suite à ces allégations de pédophilie et à cette rupture, événements stressants qui auraient également constitué une expérience déroutante pour lui. D'une part, la rupture de cette nouvelle relation assez fortement investie par monsieur, qui avait vécu de longues périodes de solitude, semble avoir amené une grande charge d'émotivité négative. Tentant de s'expliquer cette expérience déroutante, il a eu recours à l'idée de la malveillance d'autrui envers son ex-conjointe et envers lui-même. Sur le plan neuropsychologique, un biais de saut aux conclusions a pu contribuer à la formation et au maintien des IDP. Sur le plan cognitif, ce niveau de certitude élevé et cette tendance à attribuer les événements négatifs à des tiers ont pu entrer en ligne de compte. Enfin, les comportements de sécurité émis, qu'ils aient échoué ou amené le résultat attendu, semblent avoir contribué à convaincre monsieur que des gens agissaient de manière malveillante envers lui. De plus, ces comportements de sécurité, de type agressif, valaient à monsieur de vivre d'autres événements stressants : conflit avec les voisins, démêlés avec les policiers, hospitalisations contre le gré, judiciarisation.

## **Discussion**

### **L'approche évolutionniste**

L'idée d'une dysrégulation d'un système de détection de la menace découlant d'une vision évolutionniste est intéressante d'un point de vue théorique, mais elle est difficilement applicable en clinique, du moins avec les moyens actuellement à la disposition des cliniciens. Ici, avec la méthodologie utilisée, il était simplement possible d'observer le sexe du présumé persécuteur et son degré de familiarité avec la personne présentant une IDP. Ces quelques résultats ne permettent évidemment pas de soutenir l'idée que ce facteur était en jeu, mais on ne peut pas pour autant conclure qu'il n'ait pas joué un rôle.

### **Les événements de vie**

Les résultats obtenus sont résumés dans le Tableau 6. Ils sont commentés dans les paragraphes qui suivent.

La présence des événements de vie, soit les stressors distaux, les stressors proximaux et les expériences déroutantes, était évaluée à partir des informations qualitatives fournies par les participants lors des entrevues semi-structurées. Il aurait été intéressant de le faire également avec des instruments psychométriques, mais aucun instrument pertinent n'a été repéré, même après avoir communiqué avec des chercheurs spécialisés dans l'étude du stress. Les instruments examinés ne couvraient qu'un registre limité de stressors, et très souvent ne prenaient pas en compte l'impact du stressor sur la personne. Leur usage aurait pu être pertinent si le but avait été de mesurer une

tendance centrale. Cependant, dans le cadre d'études de cas, il était plus pertinent de recourir à une entrevue semi-structurée. Cela permettait de faire un examen attentif de ce que chaque participant avait vécu.

Des stressseurs distaux étaient clairement présents chez trois participants. Ce résultat est compatible avec la littérature scientifique établissant un lien entre stressseurs distaux et psychose. Selon la littérature, ces stressseurs amèneraient la formation de schémas cognitifs propices au développement d'idées de persécution, ainsi qu'une vulnérabilité physiologique prédisposant à la psychose. Cependant, comme cela sera discuté un peu plus loin, les schémas attendus n'ont été repérés que chez le P4. Quant à la question de la vulnérabilité physiologique, elle n'était pas étudiée ici.

Des stressseurs proximaux étaient clairement présents chez les cinq participants. Cependant, si la littérature laisse penser que ce sont des facteurs antérieurs à l'IDP, les observations faites ici montrent plutôt que, si certains stressseurs sont antérieurs, d'autres sont concomitants, voire même postérieurs au développement de l'IDP. Les faits rapportés par les cinq participants suggèrent qu'une IDP, établie ou en développement, amène la personne à interpréter les événements d'une manière qui amplifie leur effet stressant. Elle les amène aussi à agir de manière à générer, involontairement, davantage d'événements stressants, notamment par l'émission de comportements de protection. Les stressseurs en cause ne sont donc pas des événements uniques prenant place dans une courte fenêtre temporelle. Il s'agit plutôt d'un enchaînement de stressseurs pouvant se dérouler sur une longue période et interagissant avec d'autres facteurs.

Les expériences déroutantes sont également présentes chez tous les participants. Elles découlaient toutefois d'événements moins bien définis que ce que suggèrent les exemples proposés par Maher (1974, 2003, 2005), tels un problème auditif, un malaise physique ou une hallucination. Néanmoins, chacun des participants s'est trouvé déconcerté par un événement ou par une série d'événements et a recouru à une explication de type paranoïde dans sa quête de sens. Cependant, encore une fois, les observations faites suggèrent que, plus un participant recourait à une explication paranoïde, plus le niveau de stress et le caractère déroutant de l'expérience augmentaient. Comme les stresseurs, l'expérience déroutante ne prenait donc pas place dans une fenêtre temporelle courte et définie, mais elle s'étendait sur une longue période. Enfin, il y avait une interaction entre les stresseurs, l'expérience déroutante et l'IDP elle-même.

Les observations faites sur le plan des événements de vie vont donc dans le sens suggéré par la recension des écrits scientifiques. Par contre, elles indiquent que, dans le cas de ces cinq participants, les stresseurs proximaux et les expériences déroutantes sont non seulement antérieures à l'IDP mais concomitantes. Elles indiquent aussi que les stresseurs, les expériences déroutantes et les IDP elles-mêmes entrent en interaction, ce qui contribue vraisemblablement à l'amplification et au maintien de l'IDP. L'interprétation paranoïde de l'expérience vécue semble donc avoir un effet auto-perpétuant. Par exemple, une personne qui est arrêtée par les policiers pour une raison qui lui semble injustifiée ne vit pas cela seulement comme un événement légal déroutant et stressant, mais aussi comme un acte de persécution perpétré contre elle par des policiers. Par la suite, si elle fait entrave au travail des policiers, se croyant justifiée de se

protéger ainsi de ses persécuteurs, non seulement se mettra-t-elle les policiers à dos, mais ceux-ci pourront utiliser la force et déposer une nouvelle accusation, ce qui sera vu comme de nouveaux actes de persécution, stressants et déroutants, entraînant ainsi une spirale inflationniste.

*Tableau 6*

Événements de vie

Événements de vie	P1	P2	P3	P4	P5
Stresseurs distaux significatifs	I	P	P	P	A
Stresseurs proximaux significatifs	P	P	P	P	P
Expérience déroutante	P	P	P	P	P

*Note:* Compilation des résultats pour l'ensemble des facteurs étudiés et pour les cinq participants. A = absent, I = incertain, P = présent.

### **Les facteurs neuropsychologiques**

Sur le plan neuropsychologique (voir Tableau 7), il va de soi que le QI estimé de tous les participants soit dans la normale puisqu'il s'agissait d'un critère de sélection. Toutefois, le fait que les participants présentent une idée délirante, tout en ayant un fonctionnement intellectuel normal, est conforme avec la conception de Maher (1974, 2003, 2005), maintenant largement adoptée (Ibanez-Casas & Cervilla, 2012). Ce sont plutôt, disait Maher, des interprétations découlant d'une pensée rationnelle confrontée à une expérience anormale ou déroutante.

Par ailleurs, le fait que peu d'écarts à la moyenne aient été détectés sur le plan neuropsychologique correspond à ce que décrit la littérature scientifique, c'est-à-dire que les déficits neuropsychologiques, souvent présents dans la schizophrénie, ne sont toutefois pas associés à la classe des symptômes positifs à laquelle appartient le délire.

Néanmoins, selon Ibanez-Casas et Cervilla (2012), une légère inflexibilité cognitive pourrait être présente chez les personnes présentant un trouble délirant; c'était le cas de l'un des cinq participants.

En ce qui concerne l'association entre saut aux conclusions et idées délirantes, ce serait un des résultats les plus robustes obtenus par les études quantitatives (Dudley & Over, 2003), bien que seulement la moitié ou les deux tiers des personnes aux prises avec une idée délirante présentent ce problème de raisonnement probabiliste (Freeman, 2007). Ici, trois participants présentaient ce biais, et un participant présentait plutôt le biais opposé. Ce résultat indique donc que le saut aux conclusions est un facteur entrant en ligne de compte chez certaines personnes, tout en n'étant pas un facteur essentiel. On peut toutefois se demander pourquoi ce facteur, mis en relief avec une tâche employant des stimuli neutres, n'entraîne des idées délirantes que pour un registre de situations bien délimité.

Finalement, un problème de mentalisation a été dépisté chez un seul participant, ce qui est compatible avec les études révisées qui indiquaient que, s'il y avait une association entre un problème de mentalisation et la schizophrénie, cette association n'avait pas été constatée dans le trouble délirant. Ce dernier facteur a été inclus dans l'étude, même s'il n'était pas mis en relief par des études quantitatives, parce que, d'un point de vue idiosyncrasique, il était possible qu'il entre tout de même en ligne de compte chez certains participants; il semble que ce soit effectivement le cas pour l'un d'eux.

Comme il n'existe pas de mesure de la frénésie inférentielle, l'idée de Braun et Suffren (2010), selon laquelle l'idée délirante résulterait d'un relâchement du contrôle de la fonction inférentielle, ne pouvait être étudiée ici. Cependant, comme pour le saut aux conclusions, on peut se demander pourquoi un tel relâchement n'entraînerait des idées délirantes que dans une sphère de la vie de la personne, comme c'est le cas dans le trouble délirant.

Les résultats vont donc dans le sens attendu et appuient l'idée que l'inflexibilité, les problèmes de mentalisation et, surtout, les problèmes de raisonnement probabiliste peuvent entrer en ligne de compte, mais sans constituer des éléments explicatifs incontournables.

*Tableau 7*

Facteurs neuropsychologiques

Facteurs neuropsychologiques	P1	P2	P3	P4	P5
Estimation du QI	N	N	N	N	N
Inflexibilité, plan neuropsychologique	A	A	P	A	A
Problème de raisonnement probabiliste	A	A	P	P	P
Problème de mentalisation	A	A	P	A	A

*Note* : Compilation des résultats pour l'ensemble des facteurs étudiés et pour les cinq participants. A = absent, N = normale, P = présent.

### **Les facteurs cognitifs**

Le Tableau 8 décrit la répartition des facteurs cognitifs pour les cinq participants. L'ÉICB permet de mesurer la flexibilité cognitive, la certitude face à ses propres croyances (pas spécifiquement des croyances délirantes, mais des croyances de tout ordre) et d'obtenir un indice composite reflétant la capacité d'autocritique cognitive. La

première constatation est que, bien que l'ÉICB soit un instrument valide, les moyennes et les écarts-types décrits par Martin, Warman et Lysaker (2010) ne permettent pas de distinguer le groupe témoin du groupe avec psychose, du moins avec le type de calcul simple utilisé ici, type de calcul qui correspond tout de même à ce qui se fait lors de l'interprétation de résultats de tests en clinique. Il aurait néanmoins été possible que les participants se distinguent par la faiblesse de leur autocritique cognitive. Cependant, un seul participant correspond à un tel profil. Les résultats obtenus permettent plutôt de décrire les quatre autres participants comme flexibles et capables d'autocritique. Toutefois, les cinq participants obtiennent des résultats indiquant une certitude dans leurs croyances supérieure à celle des deux groupes de référence. Il faut rappeler que ces résultats sont obtenus non pas avec un questionnaire portant spécifiquement sur les idées délirantes, mais constitué d'items, tels que *Si quelque chose me semble correct, cela veut dire que c'est correct* ou *Les interprétations que je fais de mes expériences sont certainement justes*. À moins qu'il ne dépende d'un problème de mesure, ce qui est peu probable, ce niveau de certitude doit être considéré comme présent chez les cinq participants. Une croyance communément acceptée ne détonne guère, même si elle est maintenue avec un niveau de certitude élevé, niveau qui n'est alors pas apparent pour un tiers. Cependant, lorsqu'une croyance ayant un caractère idiosyncrasique est maintenue avec ce même niveau de certitude, elle détonne et donne à l'idée en question ce caractère étrange propre à l'idée délirante.

Deux participants ont obtenu des résultats élevés au questionnaire de métacognitions. Curieusement, alors que ces métacognitions sont associées aux ruminations et à

l'anxiété, aucun des deux ne se décrivait comme une personne anxieuse ou ayant tendance à entretenir des ruminations. De plus, aucun des deux n'a obtenu des résultats positifs à l'échelle mesurant l'anxiété-trait et l'anxiété-état. Par contre, il s'agit des deux participants pour lesquels les résultats évoquent des traits obsessionnels, traits qui n'ont toutefois pas été évalués à l'aide d'un instrument dans le cadre de cette étude. Une interprétation possible est que ces deux participants présentaient effectivement des ruminations, mais sans le réaliser. Par ailleurs, ils pourraient, si ces ruminations étaient présentes, ne pas vivre d'anxiété ou encore la dénier. Finalement, ces métacognitions pourraient avoir contribué au développement et au maintien de l'IDP chez ces deux participants.

Les deux mêmes participants ont obtenu des scores positifs à l'échelle mesurant le besoin de fermeture. Leurs résultats étaient similaires à ceux des groupes de référence avec idée délirante et trouble d'anxiété généralisée. Par contre, si les ruminations supposent une multiplication des pensées à propos d'un thème sans permettre d'arriver à une réponse définitive, le besoin de fermeture est au contraire un moyen d'arriver à une réponse, même boiteuse, plutôt que de vivre dans la confusion et l'ambiguïté. Ces résultats sont donc contradictoires, du moins à première vue. Peut-être ce besoin de fermeture constituait-il une tentative plus ou moins fructueuse de se défendre contre l'anxiété secondaire aux ruminations.

Avec l'instrument mesurant les composantes du style attributionnel, seulement deux participants ont obtenu des résultats indiquant un recours à l'attribution externe personnalisée, et aucun participant n'a obtenu un résultat positif à l'indice du biais de

personnalisation. Par contre, les cinq participants, ont obtenu un score plus élevé que celui du groupe de référence avec IDP à l'échelle d'attribution externe situationnelle, et deux participants ont obtenu un résultat indiquant la présence d'un biais d'externalisation. Il y avait donc présence d'une tendance chez les participants à attribuer les événements négatifs à des causes externes, mais, dans deux cas seulement, il s'agissait de l'attribution externe personnalisée, censée favoriser l'IDP. Les résultats obtenus à propos du style attributionnel des participants ne correspondent donc pas aux résultats attendus. En effet, selon la littérature, c'est à l'échelle d'attribution externe personnalisée, ainsi qu'à l'indice de personnalisation que les participants auraient dû obtenir des résultats élevés.

Aucun participant n'a obtenu de score positif au questionnaire d'anticipation de la menace. Il s'agit donc d'un résultat inverse à ce qui était attendu. Les participants n'endossaient pas ces items neutres, tels *Votre santé physique se détériore* ou *Vous avez un accident* (dans le futur). Par contre, les informations qualitatives obtenues en entrevue, montrent que les participants avaient tous craint d'être victime de la malveillance de leurs persécuteurs, du moins lorsque leurs idées délirantes étaient très intenses. Au moment où la recherche a été menée, cette crainte s'était partiellement résorbée. Il est donc possible que ce résultat soit attribuable au fait que les participants étaient sous traitement et que leur IDP s'était partiellement résorbée. Il est également possible que le questionnaire utilisé ait été un peu trop simpliste pour obtenir des résultats cliniquement significatifs, bien qu'il ait permis d'obtenir des résultats intéressants dans des études utilisant des tests statistiques. Des items, tels que ceux qui

apparaissent ci-haut, ont l'avantage d'être neutres, mais il est possible qu'ils ne reflètent pas le genre de menace anticipée par les participants.

En ce qui concerne les mesures de l'estime de soi et le questionnaire sur les schèmes qui se recoupent quelque peu (estime de soi positive et vision positive de soi; estime de soi négative et vision négative de soi), seul un participant obtient des résultats positifs pour toutes les mesures, alors que les autres participants ne présentent aucun résultat allant dans le sens attendu. Deux interprétations sont possibles. D'un côté, il est possible que ces facteurs n'aient tout simplement pas été en jeu pour quatre des participants. D'un autre côté, il est possible, encore une fois, que le questionnaire sur les schèmes fondamentaux, qui contient des items, tels que *Je n'ai pas de valeur* ou *Les autres sont hostiles*, ait été trop transparent, même s'il est validé, et qu'il a permis d'obtenir des résultats intéressants avec de grands groupes de participants.

Tableau 8

## Facteurs cognitifs

<i>Facteurs cognitifs</i>	P1	P2	P3	P4	P5
Inflexibilité cognitive	A	P	A	A	A
Certitude élevée dans ses croyances	P	P	P	P	P
Pauvre autocritique cognitive	A	P	A	A	A
Métacognitions favorisant les ruminations et l'anxiété	P	P	A	A	A
Besoin de fermeture	P	P	A	A	A
Tendance à l'attribution externe personnalisée	A	A	A	P	P
Anticipation de la menace	A	A	A	A	A
Faible estime de soi positive	A	A	A	P	A
Forte estime de soi négative	A	A	A	P	A
Faiblesse de la vision positive de soi	A	A	A	P	A
Forte vision négative de soi	A	A	A	P	A
Faible vision positive de l'autre	A	A	A	P	A
Forte vision négative de l'autre	A	A	A	P	A

*Note* : Compilation des résultats pour l'ensemble des facteurs étudiés et pour les cinq participants. A = absent, P = présent.

### Les facteurs émotionnels

Le Tableau 9 décrit la répartition des facteurs émotionnels pour les cinq participants. Sur le plan des facteurs émotionnels, encore une fois, les résultats ne vont guère dans le sens attendu. L'activation émotionnelle constitue pourtant un des facteurs clés dans la littérature révisée, et l'anxiété est même la pierre d'achoppement du modèle de Freeman (2007). Ici, aucun participant ne présente un état d'anxiété; un seul participant présente un trait d'anxiété; seulement deux participants ont un score cliniquement significatif à l'inventaire de dépression; enfin, aucun participant ne présente un état de colère, voire même un trait de colère. Par contre, les résultats qualitatifs obtenus en entrevue et quantifiés par les participants à l'aide d'une échelle de Likert indiquent que tous les participants ont connu une augmentation du niveau d'émotion négative et une diminution

du niveau d'émotion positive pendant le développement de l'IDP, développement qui s'est étendu sur des périodes allant de quelques jours à plusieurs années. L'ensemble de ces résultats indique que quatre des participants ne présentaient pas de propension à vivre des émotions négatives, mais que les cinq participants ont néanmoins connu une réaction émotionnelle notable pendant la période de développement de l'IDP. Cela signifierait que l'activation émotionnelle n'était pas antérieure à la phase de développement, mais concomitante. Il est toutefois impossible de déterminer si cette activation émotionnelle favorisait le développement de l'IDP, si c'était plutôt le développement de l'IDP qui favorisait des changements émotionnels ou s'il y avait un effet d'interaction.

Par ailleurs, l'examen qualitatif de l'histoire des participants permet de mettre en relief un thème, ou un fil de trame, que chacun des participants semble avoir investi émotionnellement, souvent depuis l'enfance. Pour le P1, il s'agit de l'importance accordée aux véhicules motorisés et aux sociétés secrètes. Pour le P2, il s'agit d'une sensibilité particulière face à l'injustice et d'une rébellion contre les figures d'autorité. Le P3 présente le même fil de trame que le P2. De plus, il adhère à des valeurs marginales. Le P4 a une histoire familiale particulière et a connu un grand isolement. Le P5 a eu une vie amoureuse pauvre et a connu de longs moments de solitude. Cette constatation permet de postuler que les stressseurs auraient plus d'effets lorsqu'ils concernent cette trame de leur vie, et que la personne serait alors plus encline à réagir par une activation émotionnelle. Par exemple, le P2 a été victime de comportements violents perpétrés par des figures d'autorité au cours de sa jeunesse. Par la suite, au début de l'âge adulte, il

s'est engagé dans un mouvement en faveur d'une plus grande justice sociale. Par ailleurs, il a toujours considéré qu'il vivait pauvrement. Or, c'est justement lorsqu'une figure d'autorité lui a remis une contravention qu'il jugeait injuste, que le processus menant vers l'IDP a débuté et ne s'est jamais arrêté, et dans son délire, monsieur prétendait lutter contre une injustice et réclamait, en gage de dédommagement, que la société lui assure dorénavant le gîte et le couvert.

Un lien peut également être fait avec le concept de logique affective proposée par Ciompi (1988, 1994, 1997). Ainsi, il est possible de postuler que les stressseurs, agissant sur cette trame investie émotionnellement, amènent une dysrégulation de cet équilibre osmotique entre affect et logique, laquelle peut amener de l'incohérence. Ce pourrait donc être pour cette raison que les participants demeurent capables de raisonner de manière cohérente dans l'ensemble de leur vie, mais qu'ils développent et maintiennent des IDP en dépit de preuves évidentes de leur fausseté. Il faudrait toutefois mener une autre recherche pour soutenir empiriquement une telle hypothèse.

*Tableau 9*

Facteurs émotionnels

Facteurs émotionnels	P1	P2	P3	P4	P5
Anxiété-état	A	A	A	A	A
Anxiété-trait	A	A	A	P	A
Dépression	A	A	P	P	A
Colère-état	A	A	A	A	A
Colère-trait	A	A	A	A	A
Augmentation rapportée des émotions négatives et diminution des émotions positives	P	P	P	P	P
Présence d'un fil de trame investi émotionnellement	P	P	P	P	P

*Note* : Compilation des résultats pour l'ensemble des facteurs étudiés et pour les cinq participants. A = absent, P = présent.

### **Les comportements de sécurité**

Tous les participants ont émis des comportements de sécurité (voir le Tableau 10), ce qui est compatible avec ce qui est rapporté dans la littérature scientifique. Les faits rapportés par les participants confirment également les effets pernicioeux qui sont décrits dans les écrits scientifiques. D'une part, si le comportement est vu comme protecteur par la personne, même si cet effet protecteur est aussi illusoire que la menace dont ladite personne voulait se protéger, cette dernière attribue à ce comportement le fait de n'être victime d'aucun tort. La personne conclut que, si elle n'avait pas émis un tel comportement, elle aurait été victime d'un tort; cela l'amène à confirmer qu'il existait une menace. Par ailleurs, cela prévient l'exposition à une situation correctrice, comme de constater que, malgré son inaction, aucun tort ne lui a été fait, ce qui aurait pu l'amener à constater qu'il n'existe aucune menace réelle. Par exemple, quand le P3 se cachait des policiers et qu'il n'était pas arrêté, même si aucun policier n'était à ses trousses, il croyait que son comportement avait été un succès et continuait à croire qu'il était persécuté. Un autre effet pervers est que, même lorsque le comportement émis est vu comme n'amenant pas la protection recherchée et que la personne croit être victime d'un tort qu'elle attribue erronément à ses persécuteurs allégués, cela confirme pour elle qu'elle est victime de persécution. Par exemple, quand le P2 résistait aux forces de l'ordre afin de se protéger, ces derniers se devaient de réagir en recourant à l'usage de la force; il se croyait alors victime de ses persécuteurs, ce qui confirmait sa croyance. Ainsi, dans le but de se protéger, la personne émet un comportement, mais celui-ci amène des gens qui

n'ont aucune intention malveillante à agir d'une manière qui peut être interprétée comme telle par la personne présentant une IDP, ce qui amène une confirmation de sa croyance.

*Tableau 10*

Comportements de sécurité

Comportements de sécurité	P1	P2	P3	P4	P5
Comportements de sécurité	P	P	P	P	P
Succès de comportements de sécurité	P	A	P	A	P
Échecs de comportements de sécurité	P	P	P	P	P

*Note* : Compilation des résultats pour l'ensemble des facteurs étudiés et pour les cinq participants. A = absent, P = présent.

En résumé, les facteurs neuropsychologiques, cognitifs et émotionnels étaient peu présents, contrairement à ce qui était attendu. Par contre, conformément à ce qui était attendu, les événements de vie et les comportements de sécurité étaient présents chez les participants.

Chez le P1 et le P2, la certitude élevée dans leurs croyances, la présence de métacognitions favorisant l'anxiété et le besoin de fermeture semblent des facteurs qui entraient en ligne de compte. Toutefois, même en les additionnant aux événements de vie et aux comportements de sécurité, il est difficile de voir comment ils auraient pu amener le développement et le maintien d'une idée ayant si peu de fondement dans la réalité.

Chez le P3, la conjonction de trois facteurs neuropsychologiques, soit l'inflexibilité, un problème de raisonnement probabiliste et un problème de mentalisation, peut expliquer partiellement pourquoi une IDP s'est développée et maintenue. Cependant, si

ces trois facteurs jouaient un rôle majeur, il est probable que le P3 présenterait des croyances dysfonctionnelles dans toutes les sphères de sa vie, ce qui n'était pas le cas.

Chez le P4, de nombreux facteurs étaient présents : problème de raisonnement probabiliste, certitude élevée dans ses croyances, tendance à l'attribution externe personnalisée, vision négative de soi, vision négative d'autrui, anxiété-état et dépression. Il s'agissait donc d'une personne psychologiquement plus vulnérable. Toutefois, malgré la présence de cette constellation de facteurs, il demeure difficile d'expliquer, de manière cliniquement satisfaisante, pourquoi des IDP se sont développées et se sont maintenues chez ce participant.

Enfin, le P5 présente ce problème de raisonnement probabiliste, ce niveau de certitude élevé et cette tendance à l'attribution externe. Cependant, encore une fois, malgré la présence de quelques facteurs, il est difficile d'en arriver à une compréhension clinique satisfaisante.

Finalement, les facteurs étudiés semblent bien entrer en ligne de compte, du moins chez certains participants, mais ils ne fournissent pas d'explication satisfaisante au développement et au maintien de l'IDP. Le clinicien demeure donc perplexe devant le développement et le maintien de ces idées.

Par ailleurs, une question persiste toujours quant au rôle des facteurs neuropsychologiques, cognitifs et émotionnels. En effet, tous ces facteurs devraient agir dans toutes les sphères de la vie des participants; or, les IDP demeurent encapsulées et les participants n'adoptent pas de croyances délirantes dans tous les domaines de leur vie. Peut-être ces facteurs se conjuguent-ils de manière différente d'un participant à

l'autre, de manière synergique, mais tout en demeurant invisible aux yeux d'un clinicien. Toutefois, les résultats obtenus ici suggèrent plutôt qu'ils n'aient qu'un rôle d'adjuvant plutôt qu'un rôle central. Par exemple, un problème de flexibilité pourrait favoriser le développement ou le maintien d'une IDP, mais le rôle de ce facteur ne serait pas incontournable.

Enfin, aucune structure claire ne se dessine dans la répartition des facteurs présents, ce qui est en faveur de l'hypothèse de routes différentes menant vers l'IDP, plutôt qu'en faveur de l'hypothèse d'une voie unique, du moins en ce qui a trait à ces facteurs considérés ici comme adjuvants.

Une autre piste d'explication consisterait à découvrir des éléments plus spécifiques. Par exemple, les stressseurs distaux, les stressseurs proximaux, les expériences déroutantes et les comportements de sécurité ont un caractère plus spécifique que les facteurs neuropsychologiques, cognitifs et émotionnels. De plus, ces facteurs peuvent constituer des trames fortement investies par la personne. Des exemples ont été donnés pour chacun des participants dans le second volet des résultats. Tel que mentionné un peu plus tôt, il est possible de postuler que des stressseurs et des expériences déroutantes agissant sur ces trames amènent une dysrégulation de cet équilibre osmotique entre affect et logique. Cette dysrégulation, décrite par Ciompi (1988, 1994, 1997) comme pouvant engendrer de l'incohérence, pourrait expliquer pourquoi un individu, par ailleurs capable de raisonnement logique, n'arrive plus à adhérer aux règles de la logique dans une sphère précise de sa vie. La recherche de sens décrite par Maher (1974, 2003, 2005), dans laquelle une personne s'engage suite à des événements stressants et déroutants,

serait alors dominée par l'affect au détriment de la logique, amenant une certaine incohérence dans le processus de raisonnement. Les facteurs neuropsychologiques, cognitifs et les facteurs émotionnels plus généraux auraient alors un simple rôle d'adjuvants, tel que décrit plus tôt. Quant aux comportements de sécurité, qui sont eux aussi plus spécifiques, ils pourraient contribuer au maintien de l'IDP. Enfin, une autre possibilité concerne le fait qu'il pourrait être illusoire de tenter d'étudier les facteurs psychologiques sans tenir compte de leur relation avec des facteurs physiologiques. Par exemple, dans cette optique, la théorie de la dysrégulation de la saillance (Howes & Kapur, 2009, 2014; Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi, & Li, 2005) qui propose qu'un stimulus devient saillant à cause d'un marquage dopaminergique aberrant pourrait contribuer à expliquer pourquoi les idées délirantes ne touchent qu'une sphère de la vie de la personne et demeurent encapsulées. Mais, comme Kapur le signale lui-même, l'aspect physiologique ne suffit pas à expliquer l'idée délirante et nécessite d'être associé à une explication psychologique.

## **Conclusion**

Cette étude a permis d'étudier cinq personnes présentant une IDP, dans leur singularité, leur entièresité, leur complexité et dans leur environnement particulier. Elle a notamment permis de faire ressortir des différences et des singularités chez ces cinq participants. Ils ont des histoires différentes, des personnalités différentes et vivaient dans des contextes différents. De plus, dans chaque cas, l'interaction entre leurs caractéristiques personnelles et toutes les particularités de leur environnement respectif forment des réseaux différents et complexes.

Cette étude a également permis de mettre en relief le fait que les événements de vie ne sont pas statiques et délimités dans le temps, mais qu'ils sont dynamiques, prolongés, et qu'ils entrent en interaction les uns avec les autres, de même qu'avec l'idée délirante elle-même. Par ailleurs, elle suggère que les facteurs neuropsychologiques, cognitifs et émotionnels plus généraux n'aient qu'un rôle d'adjuvant. Elle suggère enfin qu'il y a possiblement plusieurs routes menant à l'IDP.

Cette étude n'a toutefois pas permis de comprendre, de manière cliniquement satisfaisante, pourquoi des IDP se sont développées et se sont maintenues chez les participants. Elle n'a pas non plus permis de repérer un instrument, ou un groupe d'instruments, qui permette de repérer avec sensibilité et spécificité des processus sous-jacents à l'IDP, ce qui aurait eu pour avantage de faciliter le travail d'évaluation des cliniciens travaillant auprès de gens présentant des troubles psychotiques. Elle a cependant permis de mettre en lumière la complexité des facteurs en jeu ainsi que leur

caractère parfois idiosyncratique. Elle a également permis de suggérer de nouvelles pistes d'explications.

Sur un plan clinique, ces constatations ont amené le chercheur à affiner sa compréhension de la personne présentant une idée délirante. Elles l'ont également amené à modifier son approche thérapeutique avec les personnes présentant une telle idée, notamment à mettre moins d'emphase sur la contestation de l'IDP ou sur la *remédiation* cognitive, stratégies souvent utilisées dans le cadre d'une approche cognitive-comportementale. En effet, elles ont une dimension très rationnelle qui souvent ne fait pas écho à la conviction émotionnelle de la personne qui présente une IDP. Enfin, elles l'ont conduit à valider l'expérience émotionnelle, ainsi que le besoin de donner un sens à une expérience déroutante, sans bien sûr, approuver les conclusions de cette quête de sens. Il s'agit d'une pratique qui rejoint l'approche humaniste et expérientielle proposée par Geekie, Randal, Lampshire et Read (2012). Cette dernière approche semble favoriser la création d'une meilleure alliance de travail, d'une meilleure collaboration du patient et d'une amélioration de ses capacités d'adaptation dans les sphères de sa vie, où la réalité est interprétée à travers le prisme de l'IDP.

Les forces du présent devis sont de mettre en lumière la singularité de chaque participant ainsi que la complexité des facteurs en jeu. Par contre, il s'agit d'une démarche exploratoire dont les conclusions ne peuvent pas être généralisées.

Pour chercher de nouvelles pistes d'explication, il pourrait être intéressant, dans de futures études, d'examiner de manière plus détaillée le rôle des événements de vie. Il pourrait aussi être judicieux d'examiner les liens entre affect et logique dans l'IDP.

Enfin, il pourrait être intéressant de tenter de créer un pont entre la recherche portant sur les facteurs psychologiques et la recherche portant sur les facteurs physiologiques, comme le suggère d'ailleurs Kapur (Howes & Kapur, 2009, 2014; Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi, & Li, 2005).

## **Références**

- Achim, A. M., Ouellet, R., & Jackson, P. L. (2010). *Batterie intégrée de cognition sociale - Guide d'administration*. Document inédit.
- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M. A., & Jackson, P. L. (2012). Mentalizing in first-episode psychosis. *Psychiatry Research, 196*, 207-213.
- Addington, J., & Tran, L. (2009). Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 227-231.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders :DSM-5*, (5<sup>e</sup> éd.). Washington.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21*, 37-46.
- Bebbington, P., Fowler, D., Garety, P., Freeman, D., & Kuipers, E. (2008). Theories of cognition, emotion and the social world: Missing links in psychosis. Dans C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Éds), *Society and psychosis*. (pp. 219-237). New York: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research, 68*, 319-329.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory manual* (2<sup>e</sup> éd.). San Antonio: The Psychological Association.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Penguin.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143-1192.

- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Moutoussis, M. (2008). The role of self-esteem in paranoid delusions, the psychology, neurophysiology, and development of persecutory beliefs. Dans D. Freeman, R. Bentall, & P. Garety (Éds.), *Persecutory delusions* (pp. 79-87). Oxford: Oxford University Press.
- Bentall, R. P., Rouse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., et al. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: The transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 375-383.
- Bömmers, I., & Brüne, M. (2006). Social cognition in "pure" delusional disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 493-503.
- Borteyrou, X., Bruchon-Schweitzer, M., & Spielberger, C. D. (2008). Une adaptation française du STAXI-2, inventaire de colère-trait et de colère-état de C.D. Spielberger. *L'Encéphale*, 34, 249-255.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Thibodeau, C., & Ivers, H., 1999. L'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété forme Y dans une population d'étudiant(e)s de niveau collégial. *Revue canadienne de psychoéducation*, 1999, 279-288.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.
- Boydell, J., & McKenzie, K. (2008). Society, place and space. Dans C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Eds.), *Society and psychosis*. (pp. 77-94). New York, NY : Cambridge University Press.
- Braun, C. M. J., & Suffren, S. (2011). A general neuropsychology model of delusion. *Cognitive Neuropsychiatry* 16, 1-39.
- Brillon, P. (2007). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* (3<sup>e</sup> éd.). Outremont : Québecor.
- Broome, M. R., Woolley, J. B., Tabraham, P., Johns, L. C., Murray, G. K., Bramona, E., et al. (2005). What causes the onset of psychosis? *Schizophrenia Research*, 79, 23-34.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Centre de psychologie appliquée, (1996). *Manuel de BDI-II*, (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Édition du centre de psychologie appliquée.

- Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). The aberrant salience inventory: A new measure of psychosis proneness. *Psychological Assessment, 22*, 688-701.
- Ciampi, L. (1988). *The psyche and schizophrenia: the bond between affect and logic*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Ciampi, L. (1994). Affect logic: an integrative model of the psyche and its relation to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 164*, 51-55.
- Ciampi, L. (1997). The Concept of affect logic: an integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia. *Psychiatry, 60*, 158-170
- Colbert, S. M., Peters, E. R., & Garety, P. A. (2010). Delusions and belief flexibility in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 45-57.
- Combs, D. R., & Penn, D. L. (2008). Social cognition in paranoia. Dans D. Freeman, R. Bentall, & P. Garety (Éds), *Persecutory delusions: Assessment, theory and treatment* (pp. 175-204). Oxford: Oxford University Press.
- Corcoran, R., Cummins, S., Rowse, G., Moore, R., Blackwood, N., Howard, R., et al., (2006). Reasoning under uncertainty: heuristic judgments in patients with persecutory delusions or depression. *Psychological Medicine, 36*, 1109-1118.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- David, A. (1999). On the Impossibility of Defining Delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 16*, 17-20.
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *D-KEFS, Executive function system: Examiners manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R., & Lewis, S. (2007). The psychotic symptom rating scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 89*, 119-122.
- Dudley, R. E., & Over, D. E. (2003). People with delusions jump to conclusions: a theoretical account of research findings on the reasoning of people with delusions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 263-274
- Dudley, R. E., John, C. H., Young, A. W., & Over, D. E. (1997a). Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 243-258.

- Dudley, R. E., John, C. H., Young, A. W., & Over, D. E. (1997b). The effect of self-referent material on reasoning of people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 575-584.
- Favrod, J. (2004). *Échelle de cotation des symptômes psychotiques*. Document inédit.
- Favrod, J., Zimmermann, G., Raffard, S., Pomini, V., & Khazaal, Y. (2008). The Beck cognitive insight scale in outpatients with psychotic disorders: Further evidence from a french-speaking sample. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*, 783-787.
- Fisher, H., & Craig, T. (2008). Childhood adversity and psychosis In C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Eds.), *Society and psychosis*. (pp. 112-126). New York, NY : Cambridge University Press.
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., et al. (2006). The brief core schema scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 36*, 749-759.
- Freeman, D., Garety, P. A., & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance dans emotional distress. *Psychological Medecine, 31*, 1293-1306.
- Freeman, D. (2007). Suspicious mind: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425-457.
- Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research, 169*, 107-112.
- Freeman, D., & Garety P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive, Psychotherapy, 27*, 47-52.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 923-947.
- Freeman, D. Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., Emsley, et al. (2013). Current paranoid thinking in patients with delusions; the presence of cognitive-affective biases. *Schizophrenia Bulletin, 2013, 39*, 1281-1287.
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Colbert, S., Jolley, S., Fowler, D. et al. (2006). Delusions and decision making style: Use of the need for closure scale. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1147-1158.

- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 331-347.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Bebbington, P. E., & Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 89-99.
- Frith, C. D. (1996). *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Paris : PUF.
- Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 26*, 521-530.
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 113-154.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R., & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 194-201.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement, 5*, 559-578.
- Geekie, J., Randal, P., Lampshire, D., & Read, J. (2011). *Experiencing psychosis - Personal and professional perspectives*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 17-27.
- Gold, J. M., & Green, M. F. (2009). Schizophrenia: Cognition. Dans B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Éds), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1)* (9<sup>e</sup> éd., pp. 1436-1448. Philadelphie: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Gosling, P. (1996). *Psychologie sociale*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., et al. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 280-289.
- Green, M. G. (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 3-42.

- Green, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Social threat and the evolution of paranoia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 333-342.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment* (5<sup>e</sup> ed.). Hoboken: Wiley.
- Hacker, D., Birchwood, M., Tudway, J., Meaden, A., & Amphlett, C. (2008). Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 201-213.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 29, 879-889.
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III - The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 549-562.
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2014). A neurobiological hypothesis for the classification of schizophrenia: Type A (hyperdopaminergic) and type B (normodopaminergic). *The British Journal of Psychiatry*, 205, 1-3.
- Huq, S. F., Garety, P. A., & Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 40, 801-812.
- Ibanez-Casas, I., & Cervilla, J. A. (2012). Neuropsychological research in delusional disorder: A comprehensive review. *Psychopathology*, 45, 78-95.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. Toronto: Double Day Canada.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., Dewey, M. E., & Bentall, R. P. (1997). Two predictions about paranoid ideation: Deluded, depressed and normal participants' subjective frequency and consensus judgments for positive, neutral and negative events. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 349-364.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis--linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 59-68.

- Karsenti, T., & Demers, S. (2004). L'étude de cas. Dans T. Karsenti, & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation : Étapes et approches* (3<sup>e</sup> éd.), (pp. 209-233). Sherbrooke: Éditions du CRP.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Ressource*, 33, 99-110.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Keefe, R. S. E., & Eesley, C. E. (2006). Neurocognitive impairments. Dans J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (Éds), *Textbook of Schizophrenia*, pp. 245-260). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20, 261-264.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341-345.
- Kronmüller, K. T., von Bock, A., Grupe, S., Büche, L., Gentner, N. C., Rückl, et al. (2011). Psychometric evaluation of the psychotic symptom rating scale. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 102-108.
- Kruglanski, A. W., Webster, D. M., & Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 861-876.
- Larøi, F., & Brédart, S. (2001). Presentation of a french version of the internal, personal and situational attributions questionnaire. *European Review of Applied Psychology*, 51, 133-141.
- Larøi, F., & Van, D. L. (2005). Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1425-1441.
- Larøi, F., Van, D. L., & d'Acremont, M. (2009). Validity and reliability of a french version of the metacognitions questionnaire in a nonclinical population. *Swiss Journal of Psychology*, 68, 125-132.

- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry Research, 143*(1), 99-108.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J., & Nuechterlein, K. H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 258-292.
- MacLeod, A. K., Williams, J. M., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 478-486.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology, 30*, 98-113.
- Maher, B. A. (2003a). Schizophrenia, aberrant utterance and delusions of control: The disconnection of speech and thought, and the connection of experience and belief. *Mind & Language, 18*, 1-22.
- Maher, B. A. (2003b). Psychopathology and delusions: Reflections on methods and models. Dans M. F. Lenzenweger, J. M. Hooley, M. F. Lenzenweger & J. M. Hooley (Éds), *Principles of experimental psychopathology: Essays in honor of brendan A. maher*. (pp. 9-28). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Maher, B. A. (2005). Delusional thinking and cognitive disorder. *Integrative Physiological & Behavioral Science, 40*, 136-146.
- Maher, B. A. & Spitzer, M., (1993). Delusions. Dans P. B. Sutker & H. E. Adams (Éds), *Comprehensive handbook of psychopathology*, (pp. 263-291). New-York: Plenum Press.
- Martin, J. M., Warman, D. M., & Lysaker, P. H. (2010). Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: An examination using the beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research, 121*, 39-45.
- McIntyre, K. M., Norton, J. R., & McIntyre, J. S. (2009). Diagnosis and psychiatry: Examination of the psychiatric patient. Dans B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Éds), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1)* (9<sup>e</sup> éd., pp. 886-906). Philadelphie: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- McKenzie, C., Fearon, K., & Hutchison, P. (2008). Introduction. Dans C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie, & P. Fearon (Eds.), *Society and Psychosis*. (pp. 77-94). New York, NY : Cambridge University Press.

- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2006). Need for closure, jumping to conclusions, and decisiveness in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 422-426.
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2007). Jumping to delusions? paranoia, probabilistic reasoning, and need for closure. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 362-376.
- Morgan, C., McKenzie, K., & Fearon, P. (2008). Dans Morgan C., McKenzie K., & Fearon P. (Éds), *Society and Psychosis*. New York: Cambridge University Press.
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Ashcroft, K., Manousos, I. R., White, R., Gillan, K. et al. (2011). Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non - patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 223-233.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1593-1600.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, L. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidayer, R. et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 493-499.
- Mueser, T. M., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53 123-143.
- Mueser, T. M., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C. et al. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 45-57
- Munro, A. (1999). *Paranoia and related illnesses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2008). Adult adversity: Do early environment and genotype create lasting vulnerabilities for adult social adversity in psychosis? Dans C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie & P. Fearon (Éds), *Society and Psychosis*. (pp. 127-142). New York: Cambridge University Press.
- Noveck, I., Mercier, H., Rossi, S., & van der Henst, J. B. (2007). Psychologie cognitive du raisonnement. <http://l2c2.isc.cnrs.fr/publications/files/Noveck%20Mercier%20Rossi%20et%20Van%20der%20Henst%202007%20Psy%20Cog%20et%20Raisonnement.pdf>

- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., & Gitlin, M. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 58-64.
- Nugent, W. R. (1994). A differential validity study of the self-esteem rating scale. *Journal of Social Service Research*, *19*, 71-86.
- Nugent, W. R. (2004). A validity study of two forms of the self-esteem rating scale. *Research on Social Work Practice*, *14*, 287-294.
- Nugent, W. R., & Thomas, J. W. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice*, *3*, 191-207.
- Oliver, J. E., O'Connor, J. A., Jose, P. E., McLachlan, K., & Peters, E. (2012). The impact of negative schemas, mood and psychological flexibility on delusional ideation - mediating and moderating effects. *Psychosis*, *4*, 6-18.
- Ouellet, R. (2011). *Caractérisation de l'alexithymie chez les personnes atteintes de schizophrénie en début d'évolution*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Philips, L. D., & Edwards, W. (1966). Conservatism in a simple probability inference task. *Journal of Experimental Psychology*, *72*, 346-354.
- Politzer, G. (2007). *La logique, le langage et les variétés du raisonnement*. [http://superieur.deboeck.com/resource/extra/9782804155421/PSYRAI\\_-\\_Ch1.pdf](http://superieur.deboeck.com/resource/extra/9782804155421/PSYRAI_-_Ch1.pdf)
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*, 515-526.
- Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., & Beck, A. T. (2012). Assessment of cognitive insight: A qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, *38*, 338-350.
- Roy, M., Roy, M., & Grondin, S. (2008). Les perturbations de la conscience dans la schizophrénie : Évaluation du modèle de C.D. Frith. *L'encéphale*, *34*, 369-375.
- Rutten, B. P. F., van Os, J., Dominguez, M., & Krabbendam, L. (2008). Epidemiology and social factors: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). In D. Freeman, R. Bentall & P. Garety (Eds.), *Persecutory delusions: Assessment, theory and treatment* (pp. 53-71). Oxford: Oxford University Press.
- Salvatore, G., Lysaker, P. H., Popolo, R., Propaci, M., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2012). Vulnerable self, poor understanding of others minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia: a theoretical model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 247-259.

- Sarfati, Y. (2000). Déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie : Relecture clinique et revue des arguments expérimentaux. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, 363-368.
- Savla, N. G., Moore, D. J., & Palmer, B. W. (2008). Cognitive functioning in schizophrenia. Dans K. T. Mueser, & Jeste D. V. (Eds), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 91-99). New-York: Guilford.
- So, S. H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P. et al. (2012). Jumping to conclusions, a lack of flexibility and delusional conviction in psychosis: A longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 129-139.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory - Professionnal Manual*. Lutz: PAR.
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P. et al. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Steel, C., Garety, P. A., Freeman, D., Craig, E., Kuipers, E., Bebbington, P. et al. (2007). The multidimensional measurement of the positive symptoms of psychosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 88-96.
- Stip, E. (2005). La schizophrénie. Dans T. Botez-Marquard, & F. Boller (Éds), *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. (pp. 523-539). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Stowkowy, J., & Addington, J. (2012). Maladaptive schemas as a mediator between social defeat and positive symptoms in young people at clinical risk for psychosis. *Early Interventions in Psychiatry*, 6, 87-90.
- Tienari, P., & Wahlberg, K. (2008). Family environment and psychosis. In C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, C. Morgan, K. McKenzie & P. Fearon (Eds.), *Society and Psychosis*. (pp. 112-126). New York, NY: Cambridge University Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1984). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131. Walston, F., David, A.S., & Charlton, B.G. (1998). Sex differences in the content of persecutory delusion: A Reflection of the hostile threats in the ancestral environment?. *Evolution and Human Behavior* 19, 257-260.

- Walston, F., Blennerhasset, R. C., & Charlton, B. C. (2000). "Theory of mind", persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3, 161-174.
- Warman, D. M., & Martin, J. M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research*, 84, 297-304.
- Webster, D. M., & Kruglanski, A. W. (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1049-1062.
- Wechsler, D., Coalson, D. L., & Raiford, S. E. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (4<sup>e</sup> éd.) : *Canadian*. Toronto: Pearson.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Woodward, T. S., Moritz, S., Menon, M., & Klinge, R. (2008). Belief inflexibility in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13, 267-277.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Zolotova, J., & Brüne, M. (2006). Persecutory delusions: Reminiscence of ancestral hostile threats? *Evolution and Human Behavior*, 27, 185-192.

## **Appendices**

*Appendice A*  
Définition du délire selon le DSM-5

## Définition du délire selon le DSM-5

Comme la version française du DSM-5 n'est pas encore disponible, la version anglaise est proposée ici :

### Définition du délire

*Delusions* are fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence.

Their content may include a variety of themes (e.g., persecutory, referential, somatic, religious, grandiose). *Persecutory delusions* (i.e., belief that one is going to be harmed, harassed, and so forth by an individual, organization, or other group) are most common. *Referential delusions* (i.e., belief that certain gestures, comments, environmental cues, and so forth are directed at oneself) are also common. *Grandiose delusions* (i.e., when an individual believes that he or she has exceptional abilities, wealth, or fame) and *erotomanie delusions* (i.e., when an individual believes falsely that another person is in love with him or her) are also seen.

*Nihilistic delusions* involve the conviction that a major catastrophe will occur, and *somatic delusions* focus on preoccupations regarding health and organ function.

Delusions are deemed *bizarre* if they are clearly implausible and not understandable to same-culture peers and do not derive from ordinary life experiences. An example of a bizarre delusion is the belief that an outside force has removed his or her internal organs and replaced them with someone else's organs without leaving any wounds or scars. An example of a nonbizarre delusion is the belief that one is under surveillance by the police, despite a lack of convincing evidence. Delusions that express a loss of control over mind or body are generally considered to be bizarre; these include the belief that one's thoughts have been "removed" by some outside force (*thought withdrawal*), that alien thoughts have been put into one's mind (*thought insertion*), or that one's body or actions are being acted on or manipulated by some outside force (*delusions of control*). The distinction between a delusion and a strongly held idea is sometimes difficult to make and depends in part on the degree of conviction with which the belief is held despite clear or reasonable contradictory evidence regarding its veracity.

### Définition du délire de persécution selon le DSM-5

Persecutory type: This subtype applies when the central theme of the delusion involves the individual's belief that he or she is being conspired against, cheated, spied on, followed, poisoned or drugged, maliciously maligned, harassed, or obstructed in the pursuit of long-term goals.

*Appendice B*  
Formule de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet de recherche :** La formation et le maintien de l'idée délirante de persécution : études de cas

**Numéro du projet :** 12-013

**Chercheur responsable du projet :** Gilles Desjardins, psychologue, Institut Philippe-Pinel de Montréal

**Établissement participant :** Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. Le fait de participer ou non à cette recherche n'altérera pas la qualité des soins reçus par l'équipe traitante. Vous êtes entièrement libre de prendre la décision qui vous convient.

### **Description du projet**

Ce projet de recherche est mené dans le cadre d'études universitaires, aux fins de l'obtention du doctorat en psychologie. Le but de ce projet est de mieux comprendre ce qui se passe sur le plan psychologique chez les personnes dont on dit qu'elles présentent une idée délirante de persécution. Plus précisément, il s'agit de voir comment se forme et se maintient cette idée qui est souvent contestée par les membres de l'entourage ou par les professionnels de la santé mentale. Ce projet devrait durer environ 15 mois.

Même si vous ne croyez pas présenter une telle idée, ce n'est pas grave. L'important c'est que vous ayez été référé comme participant éventuel par un membre de votre équipe de traitement.

### **Nature de la participation**

Ce projet comporte six étapes. Elles auront toutes lieu à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, sur votre unité si vous êtes hospitalisé, ou aux services externes si vous y êtes suivi. Si vous participez à toutes les étapes, votre participation vous demandera, au total, approximativement douze heures, étalées sur plusieurs journées. De plus, si vous êtes sélectionné, le chercheur vous demandera la permission de consulter votre

dossier médical et votre dossier légal afin d'y repérer toute information clinique pertinente au sujet de la présente recherche. Enfin, toutes les rencontres avec le chercheur seront enregistrées en mode audio, avec votre permission. Le but de ces enregistrements est simplement de permettre au chercheur de recueillir des informations plus complètes que ne le permettrait la prise de notes. Les personnes qui acceptent d'être enregistrées seront recrutées de manière prioritaire. Il est toutefois possible que vous soyez recruté, dans un second temps, même si vous refusez d'être enregistré.

- **Étape de sélection** : Afin de déterminer si vous correspondez vraiment aux critères de sélection des participants, vous devrez passer une première entrevue portant sur la présence de certains symptômes, puis passer deux courts tests relatifs au fonctionnement intellectuel. Cette entrevue devrait durer environ deux heures. Que vous correspondiez ou non aux critères, vous en serez informé. Si vous ne correspondez pas aux critères, votre participation s'arrêtera ici. Si les critères d'admissibilité sont satisfaits et que vous êtes toujours intéressé à participer au projet, vous pourrez passer aux cinq autres étapes.
- **Deuxième étape** : Vous serez rencontré dans le cadre d'une première entrevue qui portera sur votre vie et sur votre situation actuelle. Par exemple, on pourra vous demander comment vous vous entendiez autrefois avec vos parents ou comment vous vous entendiez, plus récemment, avec vos collègues de travail. Cette entrevue devrait durer environ deux heures. À votre demande ou à la demande du chercheur, elle pourrait être réalisée en deux temps.
- **Troisième étape** : Vous serez à nouveau rencontré dans le cadre d'une deuxième entrevue qui portera principalement sur les stressors que vous avez vécus ainsi que sur votre façon d'élaborer et de maintenir des idées. Par exemple, on pourra vous demander si vous avez vécu des événements éprouvants à certains moments de votre vie ou vous demander si vous attribuez certains événements de votre vie à vous-même, à d'autres personnes ou à d'autres facteurs. Cette entrevue devrait durer environ deux heures. À votre demande ou à la demande du chercheur, elle pourrait être réalisée en deux temps.
- **Quatrième étape** : Au cours d'une autre rencontre d'environ deux heures, vous aurez à répondre à différents questionnaires en présence du chercheur. Ces questionnaires porteront sur différents thèmes, tels que l'estime de soi, la perception de soi et des autres, la crainte d'une menace, les comportements adoptés pour se protéger de cette menace, la manière d'arriver à une conclusion, la manière d'attribuer des causes à des événements, la capacité à comprendre les intentions d'autrui.
- **Cinquième étape** : La cinquième étape consiste à répondre à des questionnaires, en l'absence du chercheur, ce qui vous demandera environ deux heures. Il s'agit de questionnaires portant sur les émotions que vous vivez. Par exemple, on pourra vous demander de répondre à l'item « Je me sens calme » à l'aide du choix de réponses suivant : beaucoup, modérément, un peu, pas du tout.
- **Sixième étape** : Il y aura enfin une dernière entrevue d'une durée approximative de deux heures au cours de laquelle le chercheur pourra revenir sur les questions déjà abordées dans les étapes précédentes.

### **Avantages associés au projet de recherche**

Vous devez comprendre que votre participation à ce projet de recherche n'a pas pour but de recevoir un traitement ni de vous apporter une aide psychologique, médicale ou juridique. Toutefois, elle pourrait vous aider à mieux comprendre votre situation actuelle ou à mieux comprendre pourquoi votre médecin estime que vous présentez une idée délirante de persécution, quelle que soit votre propre opinion à ce sujet. À cela s'ajoute le fait que votre participation pourrait contribuer à l'avancement des connaissances entourant cette problématique.

### **Risques et inconvénients associés au projet de recherche**

Il se pourrait que le fait de parler de votre expérience, lors d'une entrevue, vous amène à vivre une situation difficile sur le plan émotionnel. Dans ce cas, vous ou le chercheur pourrez arrêter l'entretien. De plus, vous pourrez aussi en parler avec votre équipe traitante qui pourra alors vous venir en aide. Le chercheur pourra aussi le signaler lui-même à votre équipe traitante, si vous le lui demandez. Enfin, vous pourrez aussi choisir de ne pas répondre à une question que vous jugeriez embarrassante.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Au besoin, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment.

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez aussi vous retirer du projet à tout moment, sans avoir à motiver votre décision. Votre décision de ne pas participer à ce projet ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services fournis par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ni sur votre relation avec le chercheur ou les autres intervenants.

Certains motifs pourraient mener à l'arrêt du projet par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut ou le chercheur, par exemple, si vous ne répondiez plus aux critères de sélection ou si vous refusiez de suivre les directives qui vous sont données.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information vous concernant qui a été recueillie par le chercheur dans le cadre du projet (ex. : documents écrits, enregistrements en mode audio) sera détruite, à moins d'une décision contraire de votre part.

### **Confidentialité**

Durant votre participation, le chercheur responsable du projet recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements audio, habitudes de vie, résultats de tous les tests, examens et procédures que vous aurez à subir lors de ce projet.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur, à l'Institut. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée sous clé par le chercheur. Les enregistrements en mode audio seront détruits après la transcription de vos propos et une fois la qualité de la transcription vérifiée. Les autres données recueillies seront conservées pour une période n'excédant pas sept ans après la fin du projet, soit jusqu'en décembre 2021. Après cette période, elles seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans les documents conservés.

Il existe de rares cas où la confidentialité pourrait être levée. Ainsi, la loi prévoit que le chercheur doit communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger **sérieux et imminent** de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

Le chercheur utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Toutefois, avec votre autorisation, le chercheur pourrait vous contacter à nouveau pour vous inviter à participer à un autre projet portant sur ce thème.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous serait demandée au préalable.

Enfin, il est possible qu'à des fins de surveillance et de contrôle, le chercheur doive permettre l'accès à votre dossier de recherche aux autorités compétentes (ex. : représentant de l'un des comités d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet, du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'un organisme gouvernemental mandaté par la loi). Il est aussi possible, à des fins de gestion, que nous devions communiquer à un représentant de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, et ce, jusqu'à un an après la fin du projet. Dans le cadre de leurs activités, ces personnes pourraient vouloir communiquer avec vous. Toutes adhèrent à une politique stricte de confidentialité.

### **Communication des résultats du projet**

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informé de vos résultats et des conclusions de cette recherche. Cela pourra prendre un certain temps. Si vous obtenez votre congé de l'hôpital ou que votre adresse de résidence change, vous devrez en aviser le chercheur afin qu'il puisse communiquer avec vous. Si vous ne souhaitez pas obtenir ces résultats, vous n'avez pas à informer le chercheur de ces changements.

Oui  Non  Je désire être informé de mes résultats et des conclusions de cette recherche.

### **Communication des résultats à l'équipe traitante**

Le chercheur ne fait pas partie de votre équipe traitante et ne communiquera pas les informations obtenues aux membres de votre équipe sans votre consentement. Si toutefois vous souhaitez que ces informations soient communiquées à votre équipe traitante, vous pouvez l'indiquer ci-dessous.

Oui  Non  Je désire que les résultats de recherche me concernant soient transmis par le chercheur à mon équipe traitante.

### **Compensation financière**

Aux fins de votre participation, vos frais de transport en commun vous seront remboursés, le cas échéant. De plus, en guise de compensation pour votre participation au projet, vous recevrez un montant de 15 \$ par étape complétée, soit un maximum de 90 \$. Vos frais de déplacement et la compensation vous seront remis à la fin de chaque étape. Vous aurez alors à signer un reçu attestant que le montant auquel vous aviez droit vous a bien été remis.

### **Indemnisation en cas de préjudice**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur et les établissements en cause de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous désirez signaler un problème relié au projet ou votre retrait, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet, monsieur Gilles Desjardins, par courriel à l'adresse suivante : [gilles.desjardins.ippm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gilles.desjardins.ippm@ssss.gouv.qc.ca). ou en composant le 514-648-8461, poste 527.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à la recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, en composant le 514-648-8461, poste 174.

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le comité d'éthique de la recherche, Lettres et sciences humaines, de l'Université de Sherbrooke, ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportées au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez joindre le secrétariat de l'un ou l'autre de ces comités :

- Institut Philippe-Pinel de Montréal, en composant le 514-648-8461, poste 574;
- Lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, en composant le 819-821-8000, poste 62644, ou par courriel à : [cer\\_lsh@USherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@USherbrooke.ca).

### **Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je sais que je suis libre d'accepter de participer à ce projet tout comme je demeure libre de me retirer du projet en tout temps, par simple avis verbal, sans préjudice. Je sais que je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Je soussigné :

Oui  Non  consens à ce que le chercheur ait accès aux sections de mon dossier médical de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ainsi que les documents qui l'accompagnent déjà, tels que des résumés de dossier provenant d'autres hôpitaux ou des documents appartenant à mon dossier légal, afin d'y recueillir les renseignements qui ont une pertinence directe pour la présente étude;

Oui  Non  consens à ce que les séances soient enregistrées en mode audio;

Oui  Non  consens à ce que le chercheur me recontacte pour m'inviter à participer à une nouvelle recherche portant sur le même thème.

---

Nom et signature du participant à la recherche

Date

### **Déclaration d'engagement du chercheur responsable du projet**

Je certifie que j'ai expliqué au participant à la recherche la nature du projet et le contenu du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu à ses questions à cet égard et que je lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, à tout moment et sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à remettre au participant à la recherche une copie signée.

---

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

L'original du formulaire sera conservé par monsieur Gilles Desjardins, chercheur responsable du projet, dans son dossier de recherche.

*Appendice C*  
Entrevue semi-structurée

## **ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE**

### **PARTIE 1 : ANAMNÈSE**

#### **Consignes pour l'intervieweur**

L'intervieweur posera d'abord des questions ouvertes. Si ces questions n'apportent pas suffisamment d'information, il pourra utiliser des questions ciblées et éventuellement des questions fermées. L'intervieweur peut sauter des questions s'il juge que des informations suffisantes ont déjà été données par le participant. Il peut ajouter des questions s'il juge qu'il n'a pas réussi à obtenir l'information recherchée. Il peut modifier des questions si le participant éprouve de la difficulté à les comprendre. Il peut modifier les questions si le participant n'a pas vécu avec ses parents biologiques mais avec d'autres figures parentales. L'important est de couvrir tous les thèmes et d'obtenir un maximum d'information.

#### **Introduction pour le participant**

L'intervieweur révisé avec le participant le contexte de l'entrevue. Il dit ensuite : « *Au cours de cette première partie de l'entrevue, je vais vous poser de très nombreuses questions sur l'ensemble de votre vie et sur votre état psychologique passé et présent. Ça devrait prendre environ deux heures. Si vous êtes fatigué ou indisposé, dites-le moi, on pourra compléter l'entrevue un autre jour. Essayez de répondre aussi franchement que possible. S'il y a des questions que vous ne comprenez pas clairement, dites-le moi, je vous donnerai les précisions nécessaires. Est-ce que ça vous convient? Avez-vous des questions?* ». Au besoin, l'interviewer répond aux questions du participant.

## **Histoire familiale**

Je vais d'abord vous poser quelques questions sur votre famille.

Où sont nés vos parents?

Où êtes-vous né?

Quel était le niveau socio-économique de votre famille?

Dans quel type de milieu vivait votre famille?

Votre famille avait-elle une appartenance culturelle particulière?

Quelle était l'appartenance religieuse ou spirituelle de votre famille?

## **Vie familiale**

Comment pourriez-vous décrire vos parents?

Que faisait votre père?

Quel genre de personne était-ce?

Pourriez-vous me donner cinq mots qui décriraient sa personnalité?

Était-il en bonne santé physique?

Était-il en bonne santé sur le plan psychologique?

Que faisait votre mère?

Quel genre de personne était-ce?

Pourriez-vous me donner cinq mots qui décriraient sa personnalité?

Était-elle en bonne santé physique?

Était-elle en bonne santé sur le plan psychologique?

Quel était votre rang dans la fratrie?

Pourriez-vous me parler de vos frères et sœurs?

Comment vous entendiez-vous avec chacun de vos frères et sœurs?

### **Période périnatale et petite enfance**

Pourriez-vous me parler de votre petite enfance, soit la période allant de votre naissance jusqu'à votre entrée en milieu scolaire?

À votre connaissance, comment s'est déroulée la grossesse de votre mère lorsqu'elle vous portait?

La grossesse était-elle rendue à terme lorsque vous êtes né?

Comment s'est déroulé l'accouchement?

Y a-t-il eu des complications?

À votre connaissance, comment s'est déroulé votre développement au cours de la petite enfance?

Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à marcher? Si oui, de quel genre de difficultés s'agissait-il? À quel âge avez-vous appris à marcher?

Avez-vous eu de la difficulté à apprendre à parler? Si oui, de quel genre de difficultés s'agissait-il? À quel âge avez-vous appris à parler?

Avez-vous eu de la difficulté à devenir propre? Si oui, de quel genre de difficultés s'agissait-il? À quel âge êtes-vous devenu propre?

Pourriez-vous me parler de votre état de santé physique au cours de la petite enfance?

Étiez-vous en bonne santé psychologique? Sinon, quelles difficultés aviez-vous? Vos parents ont-ils cherché de l'aide auprès de quelqu'un? De qui s'agissait-il? Qu'on fait les personnes consultées?

Comment s'occupait-on de vous à la maison?

Comment exerçait-on la discipline?

Quelle était l'atmosphère dans la famille?

Qui était le plus présent à la maison pour vous?

Quel type de relations y avait-il entre vous et vos parents?

Quel type de relations y avait-il entre vous et vos frères et sœurs?

À quel âge êtes-vous entré en garderie?

Comment cela se passait-il pour vous à la garderie?

Selon vous, quel genre d'enfant étiez-vous?

Avez-vous été victime d'abus physiques ou sexuels? Pourriez-vous me parler de ces abus?

Avez-vous été victime d'accidents? Pourriez-vous me parler de ces accidents?

Quel souvenir global gardez-vous de cette période de votre vie?

### **Enfance et vie familiale**

Comment s'est passé votre enfance de l'entrée dans le milieu scolaire jusqu'à l'âge de la puberté?

Comment se passaient vos relations avec vos parents?

Comment se passait la relation entre vos parents?

Comment se passaient vos relations avec les autres membres de la famille?

Qui était le plus présent pour vous?

Comment s'occupait-on de vous?

Comment exerçait-on la discipline?

Quelle atmosphère régnait dans la famille?

Quelles valeurs étaient importantes dans votre famille?

Comment se passaient vos relations avec les autres enfants, à l'extérieur de la famille et de l'école?

Quelles étaient vos activités préférées?

Quel genre d'enfant étiez-vous?

Étiez-vous en bonne santé physique? Si non, quel genre de difficultés aviez-vous?

Avez-vous consommé de l'alcool ou d'autres drogues? Si oui, comment décririez-vous votre consommation?

Étiez-vous en bonne santé psychologique? Sinon, quel genre de difficultés aviez-vous?

Qui avez-vous consulté? Qu'on fait les personnes consultées?

Avez-vous été victime d'abus physiques ou sexuels? Pourriez-vous me parler de ces abus?

Avez-vous été victime d'accidents? Pourriez-vous me parler de ces accidents?

Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice? Si oui, quel genre de démêlés avez-vous eus?

Quel souvenir gardez-vous globalement de cette période de votre vie?

### **Enfance et milieu scolaire**

Comment s'est passé votre entrée dans le milieu scolaire?

Quel genre de comportement aviez-vous en classe?

Quel genre de comportement aviez-vous dans la cour de l'école ou dans la salle de récréation?

Aviez-vous des problèmes de discipline ou de comportement? Si oui, quel genre de problème?

Quel genre de notes obteniez-vous?

Aviez-vous des difficultés à apprendre certaines matières? Si oui, quel genre de difficultés aviez-vous?

Avez-vous déjà redoublé des années à l'école primaire? Si oui, suite à quel genre de difficultés avez-vous redoublé?

Avez-vous toujours été en classe régulière? Sinon, pour quelles raisons vous a-t-on placé dans un autre type de classe?

Comment se passaient vos relations avec les autres enfants à l'école?

### **Adolescence**

Comment s'est passé votre adolescence?

Comment se passaient vos relations avec vos parents?

Comment se passait la relation entre vos parents?

Comment se passaient vos relations avec les autres membres de la famille?

Qui était le plus présent pour vous?

Comment s'occupait-on de vous?

Comment la discipline était-elle exercée?

Quelle atmosphère régnait dans la famille?

Comment se passaient vos relations avec les autres jeunes, à l'extérieur de la famille et de l'école?

Quelles étaient vos activités préférées?

Quel genre d'adolescent étiez-vous?

Comment avez-vous vécu l'éveil de la sexualité?

Que s'est-il passé sur le plan de votre vie amoureuse et sexuelle?

Étiez-vous en bonne santé physique? Sinon, quel genre de difficultés aviez-vous?

Étiez-vous en bonne santé psychologique? Sinon, quel genre de difficultés aviez-vous?

Qui avez-vous consulté? Qu'on fait les personnes consultées?

Avez-vous été victime d'abus physiques ou sexuels? Pourriez-vous me parler de ces abus?

Avez-vous été victime d'accidents? Pourriez-vous me parler de ces accidents?

Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice? Si oui, quel genre de démêlés avez-vous eus?

Quel souvenir gardez-vous globalement de cette période de votre vie?

### **Adolescence et milieu scolaire**

Comment s'est passé votre passage à l'école secondaire?

Quel genre de comportement aviez-vous en classe?

Quel genre de comportement aviez-vous dans la cour de l'école ou dans la salle de récréation?

Aviez-vous des problèmes de discipline ou de comportement? Si oui, quel genre de difficulté?

Quel genre de notes obteniez-vous?

Aviez-vous des difficultés à apprendre certaines matières? Si oui, quel genre de difficultés aviez-vous?

Avez-vous déjà redoublé des années à l'école secondaire? Si oui, suite à quel genre de difficultés avez-vous redoublé?

Avez-vous toujours été en classe régulière? Sinon, pour quelles raisons vous a-t-on placé dans un autre type de classe?

Comment se passaient vos relations avec les autres enfants à l'école?

### **Milieus substitués**

Avez-vous toujours vécu avec vos deux parents biologiques?

Sinon, avec qui avez-vous vécu?

Pendant combien de temps?

Dans quel type de milieu?

Dans quelles circonstances cela est-il survenu?

Était-ce une mesure ordonnée par la DPJ ou par le Tribunal de la Jeunesse?

Quels souvenirs gardez-vous de ces personnes ou de ces milieux?

Pourriez-vous me décrire les personnes qui s'occupaient de vous?

Qui était le plus présent pour vous?

Comment s'occupait-on de vous?

Comment exerçait-on la discipline?

Comment viviez-vous le fait d'être séparé de vos parents biologiques?

Vous arrivait-il de revoir vos parents biologiques?

Pourriez-vous me parler de ces rencontres?

S'il y avait d'autres enfants que vos frères et sœurs dans ce milieu? Si oui, pourriez-vous me parler d'eux?

Pourriez-vous me parler des relations que vous aviez ces jeunes?

### **Âge adulte / études et carrière**

Qu'avez-vous fait après vos études secondaires?

S'il y a lieu, comment se sont passées vos études?

Comment les choses se sont-elles passées sur le plan des apprentissages?

Comment se passait votre vie sociale dans le milieu scolaire?

Quels souvenirs gardez-vous de vos études postsecondaires?

Comment s'est passé votre vie professionnelle jusqu'ici?

Quel genre d'emploi avez-vous occupé?

Combien d'emplois avez-vous occupés et pour combien de temps?

Pourquoi y avait-il des changements?

Comment se passaient vos relations avec vos collègues?

Comment se passaient vos relations avec vos supérieurs?

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre vie professionnelle?

### **Vie adulte / intérêts et loisirs**

Pouvez-vous me parler de vos principaux intérêts dans la vie à l'extérieur du travail?

Pouvez-vous me parler de vos activités de loisirs?

Pouvez-vous me parler de vos activités sociales?

Êtes-vous engagé dans une un club, une association, un centre de bénévolat, un groupe d'entraide? Si oui, pourriez-vous me parler de ces organisations et de ce que vous y faites?

### **Âge adulte / fonctionnement financier**

Pourriez-vous me parler de votre vie financière?

Pourriez-vous me parler de vos sources de revenus?

Avez-vous déjà eu des difficultés financières? Si oui, pourriez-vous m'en parler?

### **Âge adulte / vie sociale et relationnelle**

Pourriez-vous me parler de vos relations avec les autres au cours de votre vie adulte?

Pourriez-vous me parler de votre réseau social?

De qui est-il constitué?

Croyez-vous que ces gens peuvent vous aider ou vous supporter au besoin?

Qui sont les personnes les plus importantes pour vous?

Comment pourriez-vous décrire ces personnes?

Pourriez-vous me parler de vos principaux amis et de la relation que vous avez avec eux?

Pourriez-vous me parler de votre vie amoureuse?

Comment cela s'est-il passé jusqu'ici avec vos conjoint(e)s?

Pourriez-vous me parler de vos conjoint(e)s?

Avez-vous des enfants?

Si oui, pourriez-vous me parler de vos enfants?

Pourriez-vous me parler de la relation entre vos enfants et vous?

### **Vie adulte / santé physique**

Avez-vous toujours été en bonne santé physique? Sinon, pourriez-vous me parler des difficultés que vous avez eues ou que vous avez actuellement?

Avez-vous des inquiétudes relativement à votre santé physique? Si oui, pourriez-vous m'en parler?

### **Vie adulte / usage de substances**

Pourriez-vous me parler de votre consommation d'alcool ou de drogues?

Quelles substances avez-vous déjà consommées? En quelle quantité? À quelle fréquence? Depuis combien de temps?

Quelles ont été les conséquences positives ou négatives de l'utilisation de ces substances au cours de votre vie?

Avez-vous déjà été en traitement pour un problème relié à l'usage d'alcool et de drogue?

Comment cela s'est-il passé?

### **Vie adulte / santé psychologique**

Avez-vous déjà eu des difficultés sur le plan psychologique? Si oui, pourriez-vous me parler de ces difficultés?

Pourriez-vous me dire qui vous avez consulté et ce qu'on a fait pour vous?

Actuellement, vivez-vous des difficultés? Si oui, pourriez-vous m'en parler?

### **Vie adulte / plan judiciaire**

Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice? Si oui, pourriez-vous me parler de ces démêlés.

### **Vie adulte / questions diverses**

Comment pourriez-vous vous décrire vous-même comme personne?

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à vous-même?

Y a-t-il des aspects de vous-même que vous souhaiteriez changer?

Comment voyez-vous les autres de manière générale?

Comment voyez-vous la société?

Comment voyez-vous l'avenir?

Quels sont vos plus anciens souvenirs?

Quels sont vos plus beaux souvenirs?

Quels sont vos pires souvenirs?

Faites-vous des rêves particuliers? Si oui, pourriez-vous m'en parler?

Qu'est ce qui vous rend heureux?

Qu'est ce qui vous rend malheureux?

Quelles sont vos plus grandes craintes?

Quels sont vos plus grands souhaits?

Y a-t-il des choses que vous souhaitez réaliser dans l'avenir?

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre vie jusqu'ici?

Y a-t-il des choses que nous n'avons pas encore abordées à propos de votre vie et dont vous souhaiteriez me parler afin que j'aie le portrait le plus juste possible de la personne que vous êtes?

## **PARTIE 2 : DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE L'IDP**

### **Consignes pour l'intervieweur**

L'intervieweur posera d'abord des questions ouvertes. Si ces questions n'apportent pas suffisamment d'information, il pourra utiliser des questions ciblées et éventuellement des questions fermées. L'intervieweur peut sauter des questions s'il juge que des informations suffisantes ont déjà été données par le participant. Il peut ajouter des questions s'il juge qu'il n'a pas réussi à obtenir l'information recherchée. Il peut modifier des questions si le participant éprouve de la difficulté à les comprendre. L'important est de couvrir tous les thèmes et d'obtenir un maximum d'information.

### **Introduction pour le participant**

L'intervieweur révisé avec le participant le contexte de l'entrevue. Il dit ensuite : *« Au cours de cette seconde partie de l'entrevue, je vais vous poser de très nombreuses questions sur l'ensemble de votre vie et sur votre état psychologique passé et présent. Ça devrait prendre environ deux heures. Si vous êtes fatigué ou indisposé, dites-le moi, on pourra compléter l'entrevue un autre jour. Essayez de répondre aussi franchement que possible. S'il y a des questions que vous ne comprenez pas clairement, dites-le moi, je vous donnerai les précisions nécessaires. Est-ce que ça vous convient? Avez-vous des questions? »*. Au besoin, l'interviewer répond aux questions du participant.

### **Motif de l'hospitalisation ou du suivi**

Pourriez-vous me dire, dans vos mots, ce qui fait que vous êtes présentement suivi ou hospitalisé à l'Institut?

Si le participant ne fait pas référence à un trouble mental et à un problème judiciaire, l'intervieweur poursuit avec les questions qui suivent.

Habituellement, les gens qui sont suivis ou hospitalisés ici présentent un problème de santé mentale. Pensez-vous avoir un tel problème? Si oui, pourriez-vous me décrire ce problème? Sinon, est-ce qu'un médecin vous a dit que vous souffriez d'un problème de santé mentale? Si oui, pourriez-vous me dire ce que vous en pensez? Que pensez-vous du fait d'être hospitalisé ici?

Habituellement, les gens qui sont suivis ou hospitalisés ici ont eu des démêlés avec la justice. Avez-vous eu de tels problèmes? Si oui, pourriez-vous me les décrire? Avez-vous été condamné par un tribunal? Pour quelles raisons avez-vous été condamné? Que pensez-vous de votre situation légale?

### **Formation et maintien de l'idée délirante de persécution**

Selon ce que vous m'avez dit (ou selon ce que j'ai lu dans votre dossier), vous affirmez que (l'intervieweur décrit l'idée délirante). Pourriez-vous m'expliquer en détail comment vous êtes devenu convaincu de cela?

Des gens ont-ils mis en doute cette conviction? Pourriez-vous m'expliquer ce qui fait que vous la maintenez malgré tout?

Est-il possible pour vous d'envisager d'autres explications? Si oui, lesquelles? Sinon, pourquoi cela vous est-il impossible?

### **Dimensions de l'idée délirante de persécution**

En utilisant une échelle allant de 0 à 10, 0 étant Aucunement et 10 étant Totalement, pouvez-vous me dire à quel point vous êtes convaincu de cela?

En utilisant la même échelle, pouvez-vous me dire à quel point cela vous préoccupe?

En utilisant la même échelle, pouvez-vous me dire à quel point cela est une source de malaise ou de détresse pour vous?

En utilisant la même échelle, pouvez-vous me dire à quel point cela interfère avec votre fonctionnement habituel? Autrement dit, est-ce que cela nuit à votre travail, à vos occupations, à vos responsabilités, à vos loisirs, à vos relations interpersonnelles?

En utilisant la même échelle, pouvez-vous me dire à quel point la personne ou les personnes qui veulent vous nuire ont le pouvoir d'arriver à leurs fins?

En utilisant la même échelle, pouvez-vous me dire à quel point vous vous sentez vulnérable ou en danger face à la personne ou aux personnes qui veulent vous nuire?

### **Paranoïa de persécution ou de punition**

Pensez-vous que vous méritez d'être traité comme (référence à l'idée délirante de persécution)?

Pourquoi pensez-vous mériter un tel traitement?

### **Comportements de sécurité**

Consignes pour l'intervieweur.

Au cours de l'entrevue, si la façon dont un comportement décrit par le participant peut réduire ou prévenir la réalisation d'une menace n'est pas claire, il faut demander au participant : « **Comment cela prévient-il la réalisation de la menace ou comment cela réduit-il les chances que la menace se réalise?** »

Il faut se rappeler d'obtenir les fréquences des comportements de sécurité rapportés. La feuille décrivant les catégories de fréquence peut être placée devant la personne interviewée. Elle se trouve à la fin de ce questionnaire.

Pour des raisons reliées à la stratégie de cotation, les comportements rapportés doivent être classés dans l'une des catégories suivantes : évitement, comportement en situation, échappement, soumission, demande d'aide, agression ou comportement motivé par une idée délirante.

Lisez maintenant au participant le texte suivant : « **J'aimerais vous poser des questions assez détaillées sur des actions ou des comportements que vous pouvez avoir pour empêcher les menaces de se réaliser ou pour faire diminuer la probabilité qu'elles se réalisent. Souvent, les personnes qui se sentent menacées font des choses qui, à leur avis, leur apportent une certaine protection. Toutes mes questions se rapporteront au dernier mois (ou au dernier mois avant votre arrestation ou votre hospitalisation) ».**

*Question initiale* : « **Durant ce dernier mois, avez-vous fait quelque chose pour tenter de prévenir la réalisation des menaces ou pour faire diminuer les chances qu'elles se réalisent?** » OUI / NON. Si oui, notez les comportements et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**« C'était une question très générale. J'aimerais maintenant vous poser des questions plus spécifiques. »**

**1. *Évitement* : « Parfois les gens qui se sentent menacés évitent des situations ou des activités dans le but de réduire les risques que la menace se réalise. Dans le dernier mois, avez-vous évité quelque chose dans le but de réduire les chances que la menace se réalise? OUI / NON.**

Si oui, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**« Juste pour être certain que nous n’avons rien oublié, je vais vous lire une liste de situations à haute voix. Dites-moi si vous avez évité une des situations ou des endroits suivants :**

<b>Endroits ou situations</b>	<b>Oui / non</b>	<b>Fréquence</b>
Les magasins	Oui / non	1 2 3 4
Les transports en public	Oui / non	1 2 3 4
Les bars	Oui / non	1 2 3 4
Les restaurants	Oui / non	1 2 3 4
Les rencontres sociales ou les rassemblements	Oui / non	1 2 3 4
Les espaces ouverts, les grands espaces	Oui / non	1 2 3 4
Les espaces fermés	Oui / non	1 2 3 4
Rester seul à la maison	Oui / non	1 2 3 4
Rester à la maison avec d’autres	Oui / non	1 2 3 4
Être loin de la maison	Oui / non	1 2 3 4
Marcher sur la rue	Oui / non	1 2 3 4
Manger ou boire certaines choses	Oui / non	1 2 3 4

***2a. Les comportements en situation :*** « Il peut y avoir des occasions où une personne ne peut éviter de se retrouver dans une situation menaçante. Cependant, dans ce cas, des gens peuvent quand même tenter de faire de petites choses pour essayer de réduire la menace. Par exemple, à l’extérieur, ils pourraient essayer de se retrouver avec quelqu’un d’autre ou se tenir proche d’une sortie. À l’intérieur, ils pourraient ne pas répondre à la porte, garder les rideaux fermés ou vérifier si les portes sont bien verrouillées. Ils peuvent aussi tenter d’être très vigilants. Lorsque vous êtes dans une situation dans laquelle vous pensez qu’une menace est sur le point de se réaliser, faites-vous

**des choses comme celles-là pour réduire les risques que la menace se réalise? » OUI / NON.** Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**2b.** Cette question doit être posée si la menace décrite est considérée comme étant en train de se réaliser : « **Quand on est en train de vous faire du tort, y a-t-il des choses que vous faites pour tenter d'en diminuer l'impact? ».** OUI / NON. Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**3. Échappement :** « Une autre chose que les gens font est de quitter une situation s'ils pensent que la menace est imminente ou sur le point de se produire. Par exemple, ils pourraient rapidement quitter un centre commercial s'ils voient qu'une personne est sur le point de leur faire du tort. Dans le dernier mois, avez-vous rapidement quitté une situation pour éviter qu'une menace se réalise? » OUI / NON. Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

Si une réponse est donnée à cette question, demandez : « **Qu'est-ce qui vous a fait penser qu'une menace était sur le point de se réaliser?** »

--

**4. Soumission aux demandes ou aux souhaits du persécuteur :** « Pour réduire les risques qu'une menace se réalise, des gens peuvent parfois décider de se conduire en fonction des demandes ou des souhaits de la personne qui tente de leur faire du tort. Faites-vous des choses pour satisfaire la personne qui tente de vous faire du tort dans le but d'en réduire l'ampleur? OUI / NON. Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements:

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**5. Obtenir de l'aide des autres :** « Occasionnellement, une personne peut essayer d'obtenir l'aide des autres pour tenter de réduire les risques que la menace se réalise, par exemple, demander à des amis de les aider à contacter la police ou un avocat. Dans le dernier mois, avez-vous tenter d'obtenir l'aide de quelqu'un dans le but de réduire les risques qu'une menace se réalise? » OUI / NON. Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**6. Agression :** « **Finally, des gens peuvent parfois tenter d'affronter la personne qui, selon eux, leur veut du tort. Dans le dernier mois, avez-vous fait cela? OUI / NON.** Si oui, svp, notez les actions et leur fréquence.

Comportements :

--

Fréquence : 1, 2, 3, 4.

**7. Actions motivées par une idée délirante.** Pas de question :  
L'intervieweur note ici tout comportement vu par le participant comme diminuant la possibilité qu'une menace se réalise mais qui n'entre dans

aucune des catégories précédentes et qui ne semble pas réduire les possibilités de réalisation de la menace d'une manière compréhensible.

Comportements :

**Efficacité des comportements de sécurité, contrôle de la situation et facteurs de protection.**

**A. « Globalement, quel est selon vous le niveau de succès de ces actions pour réduire la probabilité que la menace se réalise? Svp, choisissez un chiffre entre 0 (aucune efficacité) et 10 (extrêmement efficace). » \_\_\_\_\_**

**B. « Globalement, quel degré de contrôle avez-vous sur la situation? Svp, choisissez un chiffre entre 0 (aucun contrôle) et 10 (contrôle total). » \_\_\_\_\_**

**C. Est-ce qu'il y a des facteurs qui sont hors de votre contrôle qui pourraient vous protéger de ces torts? Par exemple, quelque chose à faire avec la personne qui tente de vous causer du tort ou quelque chose**

**à faire avec d'autres personnes qui pourraient permettre que la menace ne se réalise pas? » OUI / NON. Si oui, svp, notez les détails.**

**D. « Globalement, quel est selon vous le niveau de succès de ces facteurs de protection? Svp, choisissez un chiffre entre 0 (aucun succès) et 10 (succès total). »**

### **FRÉQUENCE DES ACTIONS**

- 1 : Est définitivement arrivé au moins une fois.**
- 2 : Est arrivé plus d'une fois mais pas fréquemment (pas plus de cinq fois).**
- 3 : Est arrivé souvent (au moins cinq fois).**
- 4 : Présent à peu près continuellement (au moins chaque jour).**

### **Stresseurs distaux**

Plusieurs personnes ont vécu ou ont été témoins d'un événement traumatique ou très stressant à un certain moment de leur vie. Pourriez-vous me parler des stresseurs et des événements traumatisant que vous avez vécus autant dans l'enfance qu'au cours de votre vie adulte? Il peut s'agir d'événements que vous avez vécus vous-même ou dont vous avez été témoin.

Pour nous assurer de ne rien oublier, nous allons utiliser une liste dont nous allons lire les items ensemble. Vous me direz si vous avez été témoin ou victime d'un de ces événements. Si c'est le cas, je vous demanderais de me parler de l'impact de cet événement dans votre vie, d'abord dans vos mots, puis en utilisant une échelle numérique (au moment opportun, l'intervieweur donne une copie de la liste ci-dessous au participant). (Cette liste est tirée de l'Échelle diagnostique de stress post-traumatique de Foa, traduite par Brillon et Ceschi [Brillon, 2005]).

*Inscrivez un A dans la troisième colonne si cela est arrivé personnellement au participant, ou un T s'il en a été témoin. Indiquez aussi précisément que possible le moment où cela s'est produit dans la quatrième colonne. Enfin, amenez le participant à évaluer l'impact de cet événement dans sa vie en utilisant l'échelle allant de 0 à 6 et en inscrivant le chiffre approprié dans la cinquième colonne. Si un événement ne s'applique pas, n'inscrivez rien dans la ligne correspondant à cet événement.*

- 0 : aucun impact
- 1 : impact faible
- 2 : impact faible à moyen
- 3 : impact moyen
- 4 : impact moyen à majeur
- 5 : impact majeur

1	2	3	4	4
#	ÉVÉNEMENTS	A/T	MOMENT	IMPACT
1	Accident grave, incendie ou explosion (par exemple, accident industriel, agricole, de voiture, d'avion, de bateau)			0 1 2 3 4 5
2	Catastrophe naturelle (par exemple, tornade, ouragan, inondation ou tremblement de terre)			0 1 2 3 4 5
3	Agression non sexuelle par un membre de la famille ou une autre personne connue (par exemple, être agressé(e), attaqué(e) physiquement, tiré(e) à bout portant, poignardé(e), ou menacé(e) d'une arme)			0 1 2 3 4 5
4	Agression non sexuelle par un(e) inconnu(e) (par exemple, être agressé(e), attaqué(e) physiquement, tiré(e) à bout portant, poignardé(e), ou menacé(e) d'une arme)			0 1 2 3 4 5
5	Agression sexuelle par un membre de la famille ou une personne connue			0 1 2 3 4 5
6	Agression sexuelle par un(e) inconnu(e) (par exemple, viol ou tentative de viol)			0 1 2 3 4 5
7	Combat militaire ou expérience en zone de guerre			0 1 2 3 4 5
8	Contact sexuel quand vous aviez moins de 18 ans avec quelqu'un qui avait 5 ans (ou plus) de plus que vous (par exemple, contact avec des organes génitaux ou la poitrine)			0 1 2 3 4 5
9	Emprisonnement (par exemple, être incarcéré(e), prisonnier(ère) de guerre ou pris(e) en otage)			0 1 2 3 4 5
10	Torture			0 1 2 3 4 5
11	Maladie ayant menacé votre vie			0 1 2 3 4 5
12	Autre événement traumatique :			0 1 2 3 4 5

## Stresseurs proximaux

Pourriez-vous me parler des stresseurs que vous avez vécus autour de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées)?

Encore une fois, afin de nous assurer de ne rien oublier, nous allons utiliser une liste d'items. Vous me direz si vous avez été témoin ou victime d'un de ces événements. Si c'est le cas, je vous demanderais de me parler de l'impact de cet événement dans votre vie, d'abord dans vos mots, puis en utilisant la même échelle numérique que tantôt (l'intervieweur donne une copie de la liste au participant). (Plusieurs de ces questions sont tirées du Questionnaire d'événements de Bouvard & Cottraux, 1998).

*Si un événement est arrivé au participant, indiquez aussi précisément que possible le moment où cela s'est produit dans la troisième colonne. Enfin, amenez le participant à évaluer l'impact de cet événement dans sa vie en utilisant l'échelle allant de 0 à 6 et en inscrivant le chiffre approprié dans la quatrième colonne. Si un événement ne s'applique pas, n'inscrivez rien dans la ligne correspondant à cet événement.*

1	2	3	4
#	ÉVÉNEMENT	MOMENT	IMPACT
1	Nouvelle relation amoureuse		0 1 2 3 4 5
2	Relation amoureuse difficile		0 1 2 3 4 5
3	Fin d'une relation amoureuse		0 1 2 3 4 5
4	Mariage ou début de cohabitation		0 1 2 3 4 5
5	Divorce ou séparation		0 1 2 3 4 5
6	Grossesse, naissance ou adoption		0 1 2 3 4 5
7	Problèmes importants avec un enfant		0 1 2 3 4 5
8	Problèmes importants avec les parents		0 1 2 3 4 5
9	Départ d'un enfant de la maison		0 1 2 3 4 5
10	Difficultés conjugales importantes		0 1 2 3 4 5
11	Infidélité d'un des partenaires		0 1 2 3 4 5
12	Difficultés sexuelles		0 1 2 3 4 5
13	Changement dans la composition de la cellule familiale		0 1 2 3 4 5

14	Problème de santé physique grave ou accident grave chez un proche	0 1 2 3 4 5
15	Problème de santé mentale important chez un proche	0 1 2 3 4 5
16	Alcoolisme ou toxicomanie chez un proche	0 1 2 3 4 5
17	Suicide ou tentative de suicide chez un proche	0 1 2 3 4 5
18	Décès d'un proche	0 1 2 3 4 5
19	Diminution importante de la vie sociale	0 1 2 3 4 5
20	Isolement non choisi	0 1 2 3 4 5
21	Perte d'une relation significative	0 1 2 3 4 5
22	Conflit avec une personne significative	0 1 2 3 4 5
23	Promotion au travail	0 1 2 3 4 5
24	Augmentation des responsabilités au travail	0 1 2 3 4 5
25	Changement important de tâche au travail ou changement d'emploi	0 1 2 3 4 5
26	Changement important des conditions de travail	0 1 2 3 4 5
27	Travail hors région	0 1 2 3 4 5
28	Difficultés avec un supérieur	0 1 2 3 4 5
29	Difficultés avec les collègues	0 1 2 3 4 5
30	Échec professionnel	0 1 2 3 4 5
31	Congédiement	0 1 2 3 4 5
32	Chômage	0 1 2 3 4 5
33	Retraite	0 1 2 3 4 5
34	Augmentation importante des revenus	0 1 2 3 4 5
35	Diminution importante des revenus	0 1 2 3 4 5
36	Endettement important	0 1 2 3 4 5
37	Difficultés à combler les besoins vitaux	0 1 2 3 4 5
38	Problèmes importants avec l'impôt	0 1 2 3 4 5
39	Faillite personnelle	0 1 2 3 4 5
40	Mésentente importante avec le propriétaire	0 1 2 3 4 5
41	Perte du logement	0 1 2 3 4 5
42	Déménagement compliqué ou non désiré	0 1 2 3 4 5
43	Problèmes sérieux avec des voisins	0 1 2 3 4 5
44	Itinérance	0 1 2 3 4 5
45	Immigration	0 1 2 3 4 5
46	Difficultés majeures avec les autorités en matière d'immigration	0 1 2 3 4 5
47	Discrimination	0 1 2 3 4 5
48	Problème légaux autres qu'en droit criminel	
49	Arrestation et accusations criminelles	0 1 2 3 4 5
50	Détention préventive	0 1 2 3 4 5
51	Condamnation à une peine d'emprisonnement	0 1 2 3 4 5
52	Autre condamnation (amende, probation, sursis...)	0 1 2 3 4 5

<b>53</b>	Problèmes importants avec un tiers payeur, tel que SAAQ ou CSST	0 1 2 3 4 5
<b>54</b>	Victime d'un acte criminel	0 1 2 3 4 5
<b>55</b>	Hospitalisation contre le gré	0 1 2 3 4 5
<b>56</b>	Autres événements significatifs :	0 1 2 3 4 5
	a)	0 1 2 3 4 5
	b)	0 1 2 3 4 5
	c)	0 1 2 3 4 5

---

### **Expériences déroutantes**

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), vous souvenez-vous d'avoir vécu des expériences inhabituelles, inexplicables ou déroutantes? Quelles étaient-elles?

Vous souvenez-vous d'avoir cherché à vous expliquer ce qui se passait? Quelles explications avez-vous trouvées? Comment en êtes-vous arrivé à ces explications?

Vous souvenez-vous d'avoir accordé de l'importance à des événements, peut-être même des événements anodins qui n'avaient pas d'importance pour vous avant cette période, ou qui n'en avaient pas pour les autres? Quels étaient ces événements et pourquoi leur accordiez-vous de l'importance?

Vous souvenez-vous d'avoir ressenti que vos sens (la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût ou le toucher) prenaient de l'acuité ou changeaient d'une manière quelconque? Pouvez-vous me décrire ces changements en détail?

Vous sentiez-vous parfois comme si vous étiez sur le point de comprendre quelque chose ou de découvrir une vérité? Pourriez-vous me parler davantage de cela?

Avez-vous senti des changements émotionnels? Pourriez-vous me dire lesquels?

Vous émotions étaient-elles exacerbées, amplifiées, atténuées?

Avez-vous eu l'impression que votre vie religieuse ou spirituelle prenait une autre dimension? Pouvez-vous m'en parler davantage?

Avez-vous eu l'impression que la nature de votre contact avec le monde qui vous entoure changeait? Pouvez-vous m'en parler davantage?

### **État émotionnel**

Pourriez-vous me parler de votre vie émotionnelle de manière générale?

Pourriez-vous me parler de votre vie émotionnelle au moment où vous avez commencé à penser que (référence aux idées délirantes de persécution)?

Pourriez-vous me parler de votre vie émotionnelle actuelle?

Quel genre d'émotions viv(i)ez-vous, à quelle fréquence, avec quelle intensité?

Pour parler de vos émotions, nous allons de nouveau utiliser une échelle numérique allant de 0 à 10 où 0 signifie Pas du tout et où 10 signifie Énormément.

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de l'anxiété?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de l'anxiété?

Ressentez-vous actuellement de l'anxiété?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, avez-vous tendance à vous inquiéter beaucoup ou à ruminer?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), aviez-vous tendance à vous inquiéter beaucoup ou à ruminer?

Avez-vous tendance actuellement à vous inquiéter beaucoup ou à ruminer?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de la tristesse ou des sentiments dépressifs?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de la tristesse ou des sentiments dépressifs?

Ressentez-vous actuellement de la tristesse ou des sentiments dépressifs?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de l'impuissance?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de l'impuissance?

Ressentez-vous actuellement de l'impuissance?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous du désespoir?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous du désespoir?

Ressentez-vous actuellement du désespoir?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de l'irritabilité, même si cela se passe à l'intérieur de vous et que vous ne le montrez pas?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de l'irritabilité?

Ressentez-vous actuellement de l'irritabilité?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de la colère, même si cela se passe à l'intérieur de vous et que vous ne le montrez pas?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de la colère?

Ressentez-vous actuellement de la colère?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous la crainte qu'on vous fasse du tort?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous la crainte qu'on vous fasse du tort?

Ressentez-vous actuellement la crainte qu'on vous fasse du tort?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous du bien-être ou des émotions agréables?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous du bien-être ou des émotions agréables?

Ressentez-vous actuellement du bien-être ou des émotions agréables?

De manière générale, dans l'ensemble de votre vie, ressentez-vous de l'intérêt ou une saine curiosité?

Au cours de la période où (référence à la période où les idées délirantes de persécution se sont développées), ressentiez-vous de l'intérêt ou une saine curiosité?

Ressentez-vous actuellement de l'intérêt ou une saine curiosité?

### **Anticipation de la menace**

Pensez-vous que vous avez vécu plus d'événements négatifs que la plupart des gens? Si oui, pourriez vous m'en donner des exemples? À quoi attribuez-vous cela?

Pensez-vous que vous allez vivre dans l'avenir plus d'événements négatifs que la plupart des gens? Si oui, que pensez-vous qu'il va vous arriver? À quoi attribuez-vous cela?

### **Raisonnement probabiliste, fermeté des croyances, besoin de fermeture**

Lorsque vous prenez une décision ou que vous vous formez une opinion, avez-vous besoin de peu d'information ou de beaucoup d'information? Pourriez-vous me donner quelques exemples concrets?

Lorsque vous prenez une décision ou que vous vous formez une opinion, croyez-vous que votre décision ou votre opinion est ferme ou flexible? Pourriez-vous me donner quelques exemples concrets?

Devant une situation ambiguë, comment vous sentez-vous? Est-ce difficile pour vous de tolérer une situation ambiguë? Avez-vous tendance à tenter de trouver des explications claires devant une situation ambiguë?

### **Style attributionnel**

Mis à part (référence aux idées délirantes de persécution), pourriez-vous me donner trois exemples d'événements positifs et trois exemples d'événements négatifs survenus dans votre vie?

Maintenant, pour chacun de ces six événements, pourriez-vous me dire à quoi vous attribuez la tournure des événements? Est-ce dû à vous-même, aux événements ou à une autre personne?

Pour chacun de ces six événements, pourriez-vous me dire si vous croyez que dans le futur, dans des circonstances semblables, la même cause entrerait en jeu?

Pour chacun de ces six événements, pourriez-vous me dire si cette cause ne s'applique qu'à cet événement où si elle s'applique à d'autres événements dans votre vie?

Pour chacun de ces six événements, pourriez-vous me dire si cette cause ne s'applique qu'à un seul domaine de votre vie ou à tous les domaines?

### **Mentalisation**

Dans vos relations avec les autres, est-il difficile pour vous de bien saisir les croyances, les désirs, les sentiments ou les intentions des autres? Si oui, pouvez-vous m'en donner des exemples?

Avez-vous déjà fait des gaffes ou des erreurs parce que vous aviez mal saisi les croyances, les désirs, les sentiments ou les intentions des autres? Si oui, pouvez-vous m'en donner des exemples?

Avez-vous déjà remarqué que vous aviez de la difficulté à saisir les allusions? À saisir les propos ironiques? Vous arrive-t-il de prendre les gens au sérieux lorsqu'ils font des blagues?

### **Divers**

Je vous ai posé plusieurs questions à propos de différents thèmes. Est-ce que cela vous amène à penser à d'autres expériences dont vous aimeriez me faire part?

*Appendice D*  
Échelle de cotation des symptômes psychotiques (ÉCSP), partie B

## **Échelle de cotation des symptômes psychotiques**

### **B. Délires**

#### **Somme de la préoccupation avec les idées délirantes**

0. Pas de délire ou la personne y pense moins d'une fois par semaine
1. La personne pense au délire au moins une fois par semaine
2. La personne pense au délire au moins une fois par jour
3. La personne pense au délire au moins une fois par heure
4. La personne pense au délire continuellement ou presque continuellement.

#### **Durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes**

0. Pas de délire
1. Les pensées au sujet des croyances durent quelques secondes, pensées fugaces
2. Les pensées au sujet des idées délirantes durent quelques minutes
3. Les pensées au sujet des idées délirantes durent au moins une heure
4. Les pensées au sujet des idées délirantes durent plusieurs heures de suite.

#### **Conviction**

0. Pas de conviction du tout
1. Très légère conviction dans la réalité des croyances, < 10 %
2. Certains doutes liés à la conviction dans les croyances, entre 10 et 49 %
3. La conviction dans la croyance est très forte, entre 50 et 99 %
4. La conviction est de 100 %.

### **Degré de détresse**

0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout
1. Les croyances sont pénibles à une minorité d'occasions
2. Les croyances sont pénibles à < 50 % des occasions.
3. Les croyances sont pénibles à la majorité des occasions quand elles surviennent, entre 50 et 99 % du temps
4. Les croyances causent toujours de la détresse quand elles surviennent.

### **Intensité de la détresse**

0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout
1. Les croyances sont légèrement pénibles
2. Les croyances sont modérément pénibles
3. Les croyances sont nettement pénibles
4. Les croyances sont extrêmement pénibles, cela ne peut pas être pire.

### **Impact des idées délirantes sur la vie**

0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes)
1. Les croyances ont un impact minimal sur la vie, ex. : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien

2. Les croyances ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne

3. Les croyances ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation soit généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contact sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en terme d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux

4. Les croyances provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

Haddock & al. 1999, traduction J Favrod -2004

### **Items additionnels**

#### **Pouvoir du persécuteur**

0. Aucun pouvoir
1. Léger pouvoir
2. Pouvoir modéré
3. Grand pouvoir
4. Pouvoir total

#### **Vulnérabilité face au persécuteur**

0. Aucune vulnérabilité
1. Légère vulnérabilité
2. Vulnérabilité modérée
3. Grande vulnérabilité
4. Vulnérabilité totale

## **Caractère mérité de la persécution**

0. Aucunement mérité
1. Légèrement mérité
2. Modérément mérité
3. Grandement mérité
4. Totalelement mérité

*Appendice E*

Feuille de notation des réponses pour le test de raisonnement probabiliste

### Feuille de notation des réponses pour le test de jugement probabiliste

15-85						40-60												
Essai 1			Essai 2			Essai 1			Essai 2			Essai 3			Essai 4			
1	Blanche			Bleue			Blanche			Bleue			Bleue			Bleue		
2	Blanche			Bleue			Bleue			Blanche			Blanche			Blanche		
3	Blanche			Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Blanche		
4	Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Blanche			Blanche		
5	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche		
6	Blanche			Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Bleue		
7	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue		
8	Blanche			Bleue			Bleue			Blanche			Blanche			Blanche		
9	Blanche			Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Bleue		
10	Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Blanche			Bleue		
11	Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche		
12	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche			Blanche		
13	Blanche			Bleue			Bleue			Blanche			Blanche			Bleue		
14	Blanche			Bleue			Blanche			Blanche			Bleue			Blanche		
15	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche		
16	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche		
17	Blanche			Bleue			Blanche			Blanche			Bleue			Bleue		
18	Blanche			Bleue			Blanche			Bleue			Blanche			Bleue		
19	Blanche			Bleue			Bleue			Bleue			Blanche			Blanche		
20	Blanche			Blanche			Blanche			Blanche			Blanche			Blanche		
	<b>Blanches</b>			<b>Bleues</b>			<b>Bleues</b>			<b>Bleues</b>			<b>Blanches</b>			<b>Blanches</b>		

*Appendice F*

Extrait du cahier de réponse de la BICS pour la vignette 2

## EXTRAIT DU CAHIER DE RÉPONSE DE LA BICS POUR LA VIGNETTE 2

2. Un cambrioleur qui vient juste de piller un magasin est en train de se sauver. Alors qu'il court vers chez lui, un policier qui le suit le voit échapper son gant. Il ne sait pas que l'homme est un cambrioleur, il veut seulement lui dire qu'il a échappé son gant. Mais quand le policier crie au cambrioleur: « Hé, toi! Arrête! », le cambrioleur se retourne, voit le policier et se rend. Il met ses mains dans les airs et admet qu'il est entré par effraction dans le magasin du coin.

**QM: « Pourquoi est-ce que le cambrioleur s'est rendu? »**

---

---

---

- 2. Il pensait qu'il s'était fait prendre; Il pensait que le policier voulait l'arrêter pour son vol.
- 1. Il s'est senti coupable; Il avait pillé un magasin.
- 0. Il était tanné de courir; C'est pire quand t'essaie de t'échapper.

**QC: « Qu'est-ce que le cambrioleur a échappé? »**

- 1. Son gant □
- 0. Autre réponse : \_\_\_\_\_

*Appendice G*  
L'échelle d'intuition cognitive de Beck

## B.C.I.S.

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

Voici une liste d'énoncés qui décrivent des façons dont les gens pensent et peuvent se sentir. Veuillez lire chaque énoncé attentivement. Veuillez indiquer **jusqu'à quel point vous êtes en accord avec l'énoncé** en plaçant une croix (X) dans la colonne correspondante.

Énoncé	Absolument pas en accord	Un peu en accord	Très en accord	Complètement en accord
1) Il m'est arrivé de mal comprendre les attitudes des gens envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Les interprétations que je fais de mes expériences sont certainement justes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Les autres personnes peuvent comprendre les expériences inhabituelles qui m'arrivent mieux que moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) J'ai sauté aux conclusions trop rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Certaines des expériences que j'ai vécues, qui m'ont parues très réelles, peuvent en fait avoir été le fruit de mon imagination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Certaines idées que je croyais absolument vraies se sont avérées fausses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Si quelque chose me semble correct, cela veut dire que c'est correct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Même si je sens fortement que j'ai raison, je pourrais avoir tort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Énoncé	Absolument pas en accord	Un peu en accord	Très en accord	Complètement en accord
9) Je sais mieux que quiconque ce que sont mes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Lorsque les gens sont en désaccord avec moi, ils ont généralement tort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Je ne peux pas faire confiance à l'opinion des autres à l'égard de mes expériences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Si quelqu'un me dit que mes croyances sont fausses, je suis disposé(e) à le considérer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Je peux toujours avoir confiance en mon jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Il y a souvent plus d'une explication possible au comportement des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Les expériences inhabituelles que j'ai vécues peuvent être dues au fait que je me sentais troublé(e) ou stressé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beck & Warman, 2004. Traduction et validation française par Favrod

*Appendice H*  
Questionnaire sur les méta-cognitions

## Questionnaire sur les méta-cognitions

S'il vous plaît, indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants en utilisant le choix de réponse ci-dessous :

- 1 : Je ne suis pas d'accord.  
 2 : Je suis légèrement en accord.  
 3 : Je suis modérément en accord.  
 4 : Je suis vraiment d'accord.

1	Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir.	1 2 3 4
2	Le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi.	1 2 3 4
3	Parfois, je ne sais pas si j'ai vraiment fait quelque chose ou si je l'ai seulement imaginé.	1 2 3 4
4	Je réfléchis beaucoup sur mes pensées.	1 2 3 4
5	Le fait de m'inquiéter pourrait me rendre malade.	1 2 3 4
6	Je suis conscient(e) de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail.	1 2 3 4
7	Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerais que c'est de ma faute.	1 2 3 4
8	Si je laisse mes inquiétudes devenir hors de contrôle, elles vont finir par me contrôler.	1 2 3 4
9	J'ai besoin de me tracasser pour rester organisé.	1 2 3 4
10	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les mots et pour les noms.	1 2 3 4
11	Mes inquiétudes persistent, même si j'essaie de les contrôler.	1 2 3 4
12	L'inquiétude m'aide à mettre de l'ordre dans ma tête.	1 2 3 4
13	Je ne peux pas ignorer mes inquiétudes.	1 2 3 4
14	Je garde le contrôle sur mes pensées.	1 2 3 4
15	Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées.	1 2 3 4
16	Ma mémoire peut parfois m'induire en erreur.	1 2 3 4
17	Je pourrais être puni(e) pour ne pas avoir certaines pensées.	1 2 3 4
18	Mon inquiétude pourrait me rendre fou (folle).	1 2 3 4
19	Si je n'arrête pas mes inquiétudes, celles-ci pourraient se réaliser.	1 2 3 4
20	Je mets rarement mes pensées en doute.	1 2 3 4
21	Le fait de me tracasser me rend physiquement très tendu(e).	1 2 3 4
22	Le fait de me tracasser m'aide à éviter des situations désastreuses.	1 2 3 4
23	Je suis en permanence conscient(e) de mes pensées.	1 2 3 4
24	J'ai une mauvaise mémoire.	1 2 3 4
25	Je prête beaucoup d'attention à la façon dont mon esprit fonctionne.	1 2 3 4
26	Les gens qui ne se tracassent pas sont des gens superficiels.	1 2 3 4
27	L'inquiétude m'aide à m'adapter aux choses.	1 2 3 4
28	Je pense ne pas avoir fait certaines choses, puis je doute du souvenir que j'ai de ne pas les avoir faites.	1 2 3 4
29	Le fait de ne pas pouvoir contrôler mes pensées est un signe de faiblesse.	1 2 3 4
30	Si je ne me tracassais pas, je ferais plus d'erreurs.	1 2 3 4

31	Je trouve difficile de contrôler mes pensées.	1 2 3 4
32	Si on se tracasse, c'est le signe qu'on est quelqu'un de bien.	1 2 3 4
33	Les tracas pénètrent mes pensées contre ma volonté.	1 2 3 4
34	Si je ne parvenais pas à contrôler mes pensées, je deviendrais fou (folle).	1 2 3 4
35	Je serai perdant(e) dans la vie si je ne me tracasse pas.	1 2 3 4
36	Quand je commence à me tracasser, je ne peux pas m'arrêter.	1 2 3 4
37	J'aurai toujours à garder le contrôle sur certaines de mes pensées.	1 2 3 4
38	Je dois me tracasser pour que les choses soient bien faites.	1 2 3 4
39	Je serai puni(e) pour ne pas avoir contrôlé certaines pensées.	1 2 3 4
40	Mes pensées interfèrent avec ma concentration.	1 2 3 4
41	Je n'ai aucun problème à laisser errer mes pensées librement.	1 2 3 4
42	Je m'inquiète des pensées qui me viennent.	1 2 3 4
43	Je suis facilement distrait(e).	1 2 3 4
44	Mes inquiétudes ne sont pas productives pour moi.	1 2 3 4
45	Le fait de m'inquiéter peut m'empêcher d'y voir clair dans une situation.	1 2 3 4
46	Le fait de m'inquiéter m'aide à résoudre les problèmes.	1 2 3 4
47	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les lieux.	1 2 3 4
48	Mes inquiétudes sont incontrôlables.	1 2 3 4
49	Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées.	1 2 3 4
50	Si je ne contrôle pas mes pensées, je peux finir par être gêné(e) moi-même.	1 2 3 4
51	Je n'ai pas confiance en ma mémoire.	1 2 3 4
52	C'est quand je me tracasse que j'y vois le plus clair.	1 2 3 4
53	Mes inquiétudes apparaissent automatiquement.	1 2 3 4
54	Je serais égoïste si je ne me tracassais jamais.	1 2 3 4
55	Si je ne contrôlais pas mes pensées, je serais incapable de fonctionner.	1 2 3 4
56	Pour bien travailler, j'ai besoin de m'inquiéter.	1 2 3 4
57	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les actions.	1 2 3 4
58	J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur une chose pendant une période assez longue.	1 2 3 4
59	Si une mauvaise chose arrivait pour laquelle je ne me suis pas tracassé(e), je me sentirais responsable.	1 2 3 4
60	Ce ne serait pas normal si je ne me tracassais pas.	1 2 3 4
61	J'examine constamment mes pensées.	1 2 3 4
62	Si je cessais de me tracasser, je deviendrais désinvolte et arrogant(e).	1 2 3 4
63	Le fait de me tracasser m'aide à planifier l'avenir plus efficacement.	1 2 3 4
64	Je serais une personne plus fort(e) si j'arrivais à moins me tracasser.	1 2 3 4
65	Je serais stupide et prétentieux(euse) si je ne me tracassais pas.	1 2 3 4

Cartwright-Hatton et al. (2004). Traduction française de Laroi et al. (2009)

*Appendice I*  
Échelle du besoin de fermeture

## Échelle du besoin de fermeture

Veillez indiquer à quel degré vous adhérez aux énoncés suivants à l'aide de l'échelle ci-dessous.

1. Fortement en désaccord.
2. Modérément en désaccord.
3. Légèrement en désaccord.
4. Légèrement en accord.
5. Modérément en accord.
6. Fortement en accord.

1	Je pense qu'avoir des règles claires et de l'ordre au travail est essentiel au succès.	1 2 3 4 5 6
2	Même lorsque je me suis fait une idée à propos de quelque chose, je suis toujours désireux de prendre en considération une opinion différente. (R)	6 5 4 3 2 1
3	Je n'aime pas les situations incertaines.	1 2 3 4 5 6
4	Je n'aime pas les questions qui pourraient être posées de plusieurs différentes manières.	1 2 3 4 5 6
5	J'aime avoir des amis qui sont imprévisibles. (R)	6 5 4 3 2 1
6	Je trouve qu'une vie bien ordonnée avec un horaire régulier convient à mon tempérament.	1 2 3 4 5 6
7	Lorsque je vais au restaurant, j'aime aller dans des endroits que je connais déjà. Comme ça, je sais à quoi m'attendre.	1 2 3 4 5 6
8	Je me sens mal à l'aise lorsque je ne comprends pas la raison pour laquelle un événement se produit dans ma vie.	1 2 3 4 5 6
9	Cela m'agace lorsque, dans un groupe, une personne est en désaccord avec ce que pense l'ensemble des autres membres	1 2 3 4 5 6
10	Je déteste modifier mes projets au dernier moment.	1 2 3 4 5 6
11	Je n'aime pas me mettre dans une situation sans savoir ce que je peux en attendre.	1 2 3 4 5 6
12	Lorsque je vais faire des achats, j'ai des difficultés à décider précisément ce que je veux. (R)	6 5 4 3 2 1
13	Lorsque je suis confronté à un problème, je vois habituellement très rapidement la meilleure solution.	1 2 3 4 5 6
14	Lorsque je n'ai pas d'idées claires à propos d'un problème important, je me sens très contrarié.	1 2 3 4 5 6
15	J'ai tendance à repousser jusqu'au dernier moment les prises de décision importantes. (R)	6 5 4 3 2 1
16	D'habitude je prends des décisions importantes de façon rapide et confiante.	1 2 3 4 5 6
17	Je me décrirais plutôt comme quelqu'un d'indécis. (R)	6 5 4 3 2 1
18	Je trouve amusant de modifier mes projets à la dernière minute. (R)	6 5 4 3 2 1
19	J'aime l'incertitude liée au fait de se trouver dans une situation sans savoir ce qui peut arriver. (R)	6 5 4 3 2 1

20	Mon espace personnel est habituellement encombré et sans organisation. (R)	6 5 4 3 2 1
21	Dans la plupart des cas de conflit social, je peux voir facilement quelle partie a raison et laquelle a tort.	1 2 3 4 5 6
22	J'ai tendance à avoir du mal à prendre des décisions. (R)	6 5 4 3 2 1
23	Je crois que l'ordre et l'organisation sont deux des principales caractéristiques des bons étudiants.	1 2 3 4 5 6
24	Lorsque je considère la plupart des situations de conflit, je peux habituellement voir comment les deux parties peuvent avoir raison. (R)	6 5 4 3 2 1
25	Je n'aime pas être avec des gens qui sont capables de faire n'importe quoi.	1 2 3 4 5 6
26	Je préfère être avec des amis intimes parce que je sais ce que je peux en attendre.	1 2 3 4 5 6
27	Je pense que j'apprendrais davantage dans un cours dont les objectifs et les exigences ne sont pas établis de façon stricte. (R)	6 5 4 3 2 1
28	Lorsque je pense à un problème, je considère toutes les opinions possibles sur ce problème. (R)	6 5 4 3 2 1
29	J'aime savoir ce que les gens pensent.	1 2 3 4 5 6
30	Je n'aime pas que les paroles d'un homme puissent être interprétées de plusieurs manières.	1 2 3 4 5 6
31	C'est ennuyeux d'écouter quelqu'un qui ne semble pas capable d'avoir un avis clair.	1 2 3 4 5 6
32	Je trouve que le fait de suivre une certaine routine me permet de mieux apprécier la vie.	1 2 3 4 5 6
33	J'aime avoir un mode de vie clair et structuré.	1 2 3 4 5 6
34	Je préfère rencontrer des gens dont les opinions sont très différentes des miennes. (R)	6 5 4 3 2 1
35	J'aime avoir une place pour chaque chose et que chaque chose soit à sa place.	1 2 3 4 5 6
36	Je me sens mal à l'aise lorsque les intentions d'une personne ne me paraissent pas limpides.	1 2 3 4 5 6
37	Lorsque j'essaie de résoudre un problème, j'envisage souvent tellement d'options possibles que cela m'embrouille l'esprit. (R)	6 5 4 3 2 1
38	J'ai toujours vu plusieurs solutions possibles pour les problèmes auxquels j'ai été confronté. (R)	6 5 4 3 2 1
39	Je préférerais recevoir de mauvaises nouvelles plutôt que de rester dans l'incertitude.	1 2 3 4 5 6
40	Habituellement, je ne consulte pas beaucoup d'opinions différentes avant de former mon propre point de vue.	1 2 3 4 5 6
41	Je n'aime pas les situations imprévisibles.	1 2 3 4 5 6
42	Je n'aime pas les aspects routiniers de mon travail (de mes études). (R)	6 5 4 3 2 1

*Appendice J*  
Questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles

## Questionnaire d'attributions internes, personnelles et situationnelles

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

### 1-Un(e) ami(e) vous a ramené(e) en voiture chez vous.

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) ramené(e) en voiture chez vous?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

### 2-Un(e) ami(e) parlait de vous derrière votre dos.

Pour quelle raison votre ami(e) parlait-il (elle) derrière votre dos?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

### 3-Un(e) ami(e) a dit n'avoir aucun respect pour vous.

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) dit n'avoir aucun respect pour vous?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**4-Un(e) ami(e) vous a aidé à faire du jardinage.**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) aidé(e) à faire du jardinage?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**5-Un(e) ami(e) pense que vous êtes digne de confiance.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il(elle) que vous êtes digne de confiance?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**6-Un(e) ami(e) a refusé de vous parler.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) refusé de vous parler?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**7-Un(e) ami(e) pense que vous êtes quelqu'un d'intéressant.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes quelqu'un d'intéressant?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**8-Un(e) ami(e) vous a envoyé une carte postale.**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) envoyé une carte postale?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**9-Un(e) ami(e) pense que vous n'êtes pas sympathique.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous n'êtes pas sympathique?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**10-Un(e) ami (e) vous a fait une remarque injurieuse.**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il fait une remarque injurieuse?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**11-Un(e) ami(e) vous a offert un gâteau.**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) offert un gâteau?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**12-Un(e) ami(e) a voulu se battre avec vous.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) voulu se battre avec vous?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**13-Un(e) ami(e) pense que vous êtes malhonnête.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes malhonnête?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**14-Un(e) ami(e) a pris le temps de parler avec vous.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) pris le temps de parler avec vous?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**15-Un(e) ami(e) pense que vous êtes intelligent(e).**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes intelligent(e)?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**16-Un(e) ami(e) a refusé de vous aider à faire un travail.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) refusé de vous aider à faire un travail?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**17-Un(e) ami(e) pense que vous êtes quelqu'un de raisonnable.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes quelqu'un de raisonnable?

Écrivez la cause principale :

Est-ce

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**18-Un(e) ami(e) pense que vous êtes injuste.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous injuste?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**19-Un(e) ami(e) dit qu'il (elle) ne vous aime pas.**

Pour quelle raison votre ami(e) dit-t-il (elle) qu'il (elle) ne vous aime pas?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**20-Un(e) ami(e) a téléphoné pour prendre de vos nouvelles.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) téléphoné pour prendre de vos nouvelles?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**21-Un(e) ami(e) fait semblant de ne pas vous voir.**

Pour quelle raison votre ami(e) fait-il (elle) semblant de ne pas vous voir?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**22-Un(e) ami(e) a dit qu'il (elle) vous admire.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) dit qu'il (elle) vous admire?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**23-Un(e) ami(e) a dit qu'il (elle) vous trouve ennuyeux(se).**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) dit qu'il (elle) vous trouve ennuyeux(se)?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**24-Un(e) ami(e) a dit qu'il (elle) vous en voulait.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) qu'il (elle) vous en voulait?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**25-Un(e) ami(e) vous a rendu visite pour bavarder (jaser).**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) rendu visite pour bavarder?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**26-Un(e) ami(e) pense que vous êtes quelqu'un d'honnête.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes quelqu'un d'honnête?

Écrivez la cause principale:

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**27-Un(e) ami(e) a trahi la confiance que vous aviez en lui (elle).**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) trahi la confiance que vous aviez en lui (elle)?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**28-Un(e) ami(e) vous a ordonné de vous en aller.**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) ordonné de vous en aller?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**29-Un(e) ami(e) a dit qu'il (elle) a du respect pour vous.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) qu'il (elle) a du respect en vous?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**30-Un(e) ami(e) pense que vous êtes stupide.**

Pour quelle raison votre ami(e) pense-t-il (elle) que vous êtes stupide?

Écrivez la cause principale :

Est-ce

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**31-Un(e) ami(e) a dit qu'il (elle) vous appréciait.**

Pour quelle raison votre ami(e) a-t-il (elle) dit qu'il (elle) vous appréciait?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

**32-Un(e) voisin(e) vous a invité à prendre un verre chez lui (elle).**

Pour quelle raison votre ami(e) vous a-t-il (elle) invité à prendre un verre chez lui (elle)?

Écrivez la cause principale :

Est-ce :

- a) lié à vous?
- b) lié à cet ami ou à d'autres personnes?
- c) lié à au contexte (par exemple, au hasard ou aux circonstances)?

*Appendice K*  
Questionnaire d'anticipation de la menace

## TAQ, Forme I, Partie 1

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

Nous aimerions que vous tentiez de prédire la probabilité que chacun des événements décrits dans ce questionnaire se produise au cours des deux prochaines années. Nous aimerions que vous notiez d'abord la probabilité qu'il vous arrive, puis la probabilité qu'il arrive à une autre personne. S.v.p., utilisez une échelle numérique allant de 1 à 7, où 1 signifie très improbable, et 7 signifie très probable.

Événement	Probabilité que ça m'arrive au cours des deux prochaines années	Probabilité que ça arrive à une autre personne au cours des deux prochaines années
Votre santé physique se détériore	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous recevez un rendez-vous chez le dentiste par la poste	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous gagnez une compétition	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Quelqu'un vous demande si le siège à côté du vôtre est occupé	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous trouvez difficile de vous exprimer avec les autres	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous arrivez à économiser pour acheter quelque chose que vous désirez	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Votre médecin vous dit que vous êtes en bonne santé	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Un contrôleur de billet vous dit le prix d'un billet	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous avez trop de responsabilités à gérer	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous avez un accident	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Quelqu'un vous demande l'heure	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous avez une bonne conversation avec un nouvel ami	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous n'arrivez pas à gérer vos finances	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Vous fonctionnez bien de jour en jour	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
Quelqu'un vous demande s'il peut emprunter votre stylo	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

*Appendice L*

L'échelle de l'évaluation de l'estime de soi, version brève

## Questionnaire sur l'estime de soi

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

Ce questionnaire permet de mesurer ce que vous ressentez à propos de vous-même. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pour y répondre, utilisez l'échelle ci-contre.

		Jamais	Rarement	Quelquefois	Parfois	Souvent	La plupart du temps	Toujours
1	J'ai l'impression que les autres font les choses beaucoup mieux que moi.	1	2	3	4	5	6	7
2	Je suis confiant(e) dans mes capacités à interagir avec les gens.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je pense que j'ai tendance à ne pas réussir les choses que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
4	Je pense que les gens ont du plaisir à parler avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
5	Je pense être une personne compétent(e).	1	2	3	4	5	6	7
6	Quand je suis avec des gens, j'ai l'impression qu'ils sont contents de ma présence.	1	2	3	4	5	6	7
7	Je pense faire bonne impression sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
8	Je suis confiant(e) dans mes capacités à débiter de nouvelles relations, si je le souhaite.	1	2	3	4	5	6	7
9	J'ai honte de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
10	Je me sens inférieur(e) aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
11	Je pense que mes ami(e)s me trouvent intéressant(e).	1	2	3	4	5	6	7
12	Je crois avoir un bon sens de l'humour.	1	2	3	4	5	6	7
13	Je suis en colère contre moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
14	Mes ami(e)s me valorisent beaucoup.	1	2	3	4	5	6	7
15	J'ai peur d'avoir l'air stupide face aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je voudrais disparaître quand je suis entouré(e) de monde.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je crois que si je pouvais davantage ressembler aux autres, je me sentrais mieux avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
18	Je crois que je me laisse marcher sur les pieds plus que les autres.	1	2	3	4	5	6	7
19	Je pense que les gens ont du plaisir lorsqu'ils sont avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
20	Je voudrais être quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6	7

*Appendice M*

Les échelles brèves des schèmes fondamentaux, version A

## QUESTIONNAIRE SUR LES CROYANCES À PROPOS DE SOI ET DES AUTRES

Ce questionnaire décrit des croyances que les gens ont à propos d'eux-mêmes et des autres personnes. S'il vous plait, indiquez si vous avez ces croyances (oui ou non). Si oui, indiquez à quel point en encerclant un chiffre (1 à 4). Essayez d'en juger en fonction de la manière dont vous vous voyez ou dont vous voyez les autres de manière générale, au fil du temps. Ne passez pas trop de temps sur chaque item. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses et la première réponse qui vous vient en tête est souvent la plus juste.

MOI-MÊME				J'Y CROIS			
	NON	OUI		Légèrement	Modérément	Beaucoup	Totalement
Je ne suis pas aimé	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je n'ai pas de valeur	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis faible	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis vulnérable	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis une mauvaise personne	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis un raté	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis respecté	NON	OUI	> -	1	2	3	4
J'ai de la valeur	NON	OUI	> -	1	2	3	4
J'ai du talent	NON	OUI	> -	1	2	3	4
J'ai du succès	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis une bonne personne	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Je suis intéressant	NON	OUI	> -	1	2	3	4
<b>LES AUTRES</b>							
Les autres sont hostiles	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Les autres sont durs	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Les autres sont rancuniers	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Les autres sont mauvais	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Les autres prennent des voies détournées	NON	OUI	> -	1	2	3	4
Les autres sont désagréables	NON	OUI	> -	1	2	3	4

MOI-MÊME				J'Y CROIS			Totalment
				Légèrement	Modérément	Beaucoup	
Les autres sont justes	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4
Les autres sont bons	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4
Les autres sont dignes de confiance	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4
Les autres font preuve d'acceptation	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4
Les autres offrent leur support	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4
Les autres sont authentiques	NON	OUI	> <sup>-</sup>	1	2	3	4

Addington (2009), Fowler et al. (2006). Traduit par Desjardins (2011)

*Appendice N*  
L'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété

## QUESTIONNAIRE – AUTOÉVALUATION

**PARTIE 1 Directives :** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'affirmations qu'utilisent les gens pour se décrire. Lisez chacune d'entre elles et encerclez le chiffre approprié correspondant à votre état maintenant. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des affirmations, mais donnez la réponse qui décrit *le mieux vos sentiments en ce moment*.

1	2	3	4
PAS DU TOUT	QUELQUE PEU	MOYENNEMENT	TOUT À FAIT

1.	Je suis furieux(se)	1	2	3	4
2.	Je me sens irrité(e)	1	2	3	4
3.	Je me sens en colère	1	2	3	4
4.	J'ai envie de crier après quelqu'un	1	2	3	4
5.	J'ai envie de tout casser	1	2	3	4
6.	Je suis fâché(e)	1	2	3	4
7.	J'ai envie de taper du poing sur la table	1	2	3	4
8.	J'ai envie de frapper quelqu'un	1	2	3	4
9.	J'ai envie de sacrer	1	2	3	4
10.	Je me sens contrarié(e)	1	2	3	4
11.	J'ai envie de donner un coup de pied à quelqu'un	1	2	3	4
12.	J'ai envie de lancer des jurons	1	2	3	4
13.	J'ai envie de hurler	1	2	3	4
14.	J'ai envie de donner des coups à quelqu'un	1	2	3	4
15.	J'ai envie de crier à tue-tête	1	2	3	4

**PARTIE 2 Directives :** Lisez chacune des affirmations suivantes qu'utilisent les gens pour se décrire, et encerclez le chiffre approprié pour indiquer comment vous vous sentez ou réagissez *généralement*. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des affirmations. Donnez la réponse qui décrit le mieux comment vous vous sentez ou réagissez *généralement*.

1	2	3	4
PRESQUE JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS

16.	Je suis prompt(e) à m'emporter	1	2	3	4
17.	Je suis colérique	1	2	3	4
18.	Je suis soupe au lait	1	2	3	4
19.	Je me fâche quand les erreurs des autres me ralentissent	1	2	3	4
20.	Cela m'ennuie quand on ne reconnaît pas un travail que j'ai bien fait	1	2	3	4
21.	Je m'emporte facilement	1	2	3	4
22.	Quand je me fâche, je dis des choses désagréables	1	2	3	4
23.	Cela me rend furieux (se) de me faire critiquer devant les autres	1	2	3	4
24.	Quand je me sens frustré(e), j'ai envie de frapper quelqu'un	1	2	3	4
25.	Cela me rend fou (folle) d'avoir une mauvaise évaluation pour un travail bien fait	1	2	3	4

**PARTIE 3 Directives :** Tout le monde peut se sentir en colère ou furieux(se) de temps à autre, mais chacun l'exprime différemment. Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'affirmations qu'utilisent les gens pour décrire leurs réactions quand ils se sentent *en colère ou furieux(se)*. Lisez chacune d'entre elles et encerclez le chiffre approprié pour indiquer à *quelle fréquence* vous réagissez ou vous vous conduisez *généralement* de la façon décrite quand vous vous sentez en colère ou furieux(se). Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des affirmations.

1	2	3	4
PRESQUE JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS

*QUAND JE SUIS EN COLÈRE OU FURIEUX (SE)...*

26.	Je maîtrise ma colère	1	2	3	4
27.	J'exprime ma colère	1	2	3	4
28.	Je prends une grande respiration et je me détends	1	2	3	4
29.	Je garde tout en dedans	1	2	3	4
30.	Je suis patient(e) avec les autres	1	2	3	4
31.	Si quelqu'un m'agace, je suis capable de lui dire ce que je ressens	1	2	3	4
32.	J'essaie de me calmer le plus rapidement possible	1	2	3	4

33.	Je fais la moue ou je boude	1	2	3	4
34.	Je maîtrise mon envie d'exprimer mes sentiments de colère	1	2	3	4
35.	Je m'emporte	1	2	3	4
36.	J'essaie de me calmer	1	2	3	4
37.	Je me mets en retrait des autres	1	2	3	4
38.	Je garde mon sang-froid	1	2	3	4
39.	Je fais des remarques sarcastiques aux autres	1	2	3	4
40.	J'essaie d'apaiser ma colère	1	2	3	4
41..	Je bous à l'intérieur, mais je ne le fais pas paraître	1	2	3	4
42.	Je maîtrise mon comportement	1	2	3	4
43.	Je fais des choses comme claquer la porte	1	2	3	4
44.	Je m'efforce de retrouver mon calme	1	2	3	4
45.	J'ai tendance à accumuler des rancunes dont je ne parle à personne	1	2	3	4
46.	Je suis capable de m'empêcher de m'emporter	1	2	3	4
47.	Je me dispute avec les autres	1	2	3	4
48.	Je modère ma colère le plus rapidement possible	1	2	3	4
49.	Je suis assez critique des autres, mais secrètement	1	2	3	4
50.	J'essaie d'être tolérant(e) compréhensif(ve)	1	2	3	4
51.	Je réagis vivement à ce qui m'exaspère	1	2	3	4
52.	Je fais quelque chose de relaxant pour me calmer	1	2	3	4
53.	Je suis plus fâché(e) que je ne suis prêt(e) à l'admettre	1	2	3	4
54.	Je maîtrise mes sentiments de colère	1	2	3	4
55.	Je dis des choses désagréables	1	2	3	4
56.	J'essaie de me détendre	1	2	3	4
57.	Je suis beaucoup plus irrité(e) que les gens ne le croient	1	2	3	4

*Appendice O*  
Inventaire de dépression de Beck II

# BDI-II

---

Nom : \_\_\_\_\_ Statut civil : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Niveau d'études : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Dossier : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Score : \_\_\_\_\_

**Consigne :** Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p><b>1. Tristesse</b></p> <p>0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis tout le temps triste. 3 Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.</p> <p><b>2. Pessimisme</b></p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p>	<p><b>5. Sentiments de culpabilité</b></p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p><b>6. Sentiment d'être puni(e)</b></p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1 Je sens que je pourrais être punie(e). 2 Je m'attends à être puni(e). 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p>
---	---

<p><b>3. Échecs dans le passé</b></p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p><b>4. Perte de plaisir</b></p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.</p>	<p><b>7. Sentiments négatifs envers soi-même</b></p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p><b>8. Attitude critique envers soi</b></p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p><b>9. Pensées ou désirs de suicide</b></p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
--	--

<p><b>10. Pleurs</b></p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1 Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2 Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p><b>11. Agitation</b></p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p><b>12. Perte d'intérêt</b></p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens</p>	<p><b>16. Modifications dans les habitudes de sommeil</b></p> <p>0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</p> <p>1a Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p>1b Je dors un peu moins que d'habitude.</p> <p>2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.</p> <p>3a Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p><b>17. Irritabilité</b></p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p>
--	---

ou pour les activités.

- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

### **13. Indécision**

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

### **14. Dévalorisation**

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

### **15. Perte d'énergie**

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

- 3 Je suis constamment irritable.

### **18. Modifications de l'appétit**

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

### **19. Difficulté à se concentrer**

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

### **20. Fatigue**

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

### **21 Perte d'intérêt pour le sexe**

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

*Appendice P*  
Inventaire de colère-trait et de colère-état

## STAXI-II

Le présent questionnaire est divisé en trois parties. Chaque partie contient un certain nombre d'énoncés que les gens utilisent pour décrire leurs sentiments et leurs comportements. Veuillez noter que chaque partie possède des directives différentes. Lisez attentivement les directives pour chacune des parties. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. À chaque énoncé, donnez la réponse qui vous décrit le mieux.

**1<sup>ère</sup> partie.** Plusieurs énoncés que les gens utilisent pour décrire leur relation intime sont présentés ci-dessous. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant ce que vous ressentez **en ce moment**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je suis furieux(se).	1	2	3	4
2. Je me sens irrité(e).	1	2	3	4
3. J'ai envie de crier après quelqu'un.	1	2	3	4
4. Je suis enragé(e).	1	2	3	4
5. Je suis à bout de nerf.	1	2	3	4
6. J'ai envie de sacrer.	1	2	3	4

**2<sup>ème</sup> partie.** Plusieurs énoncés que les gens utilisent pour se décrire sont présentés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant ce que vous ressentez **généralement**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7. Je m'emporte facilement.	1	2	3	4
8. J'ai un tempérament vif et colérique.	1	2	3	4
9. J'ai un caractère prompt.	1	2	3	4
10. Je me mets en colère lorsque je suis ralenti(e) par les erreurs de autres.	1	2	3	4
11. Je me sens contrarié(e) lorsque je fais du bon travail et que je ne reçois pas de reconnaissance.	1	2	3	4
12. Je perds facilement le contrôle.	1	2	3	4
13. Ça me rend furieux(se) de me faire critiquer devant d'autres personnes.	1	2	3	4
14. Je me sens en fureur lorsque je fais du bon travail et que je reçois une mauvaise évaluation.	1	2	3	4

**3<sup>ème</sup> partie.** Tous les gens se sentent fâchés ou furieux de temps en temps, mais certaines personnes diffèrent quant à leur façon de réagir lorsqu'elles sont en colère. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre représentant **la fréquence** à laquelle, **en général**, vous vous comportez ou réagissez de la manière décrite, quand vous vous sentez fâché(e) ou furieux(se).

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15. Je contrôle mon humeur.	1	2	3	4
16. Je garde les choses en dedans.	1	2	3	4
17. Je suis patient(e) avec les autres.	1	2	3	4
18. Je m'éloigne des gens, je m'isole.	1	2	3	4
19. Je fais des remarques sarcastiques aux gens.	1	2	3	4
20. Je garde mon sang froid.	1	2	3	4
21. Je bous en dedans mais je ne le montre pas.	1	2	3	4
22. Je contrôle mon comportement.	1	2	3	4
23. Je me dispute avec les autres.	1	2	3	4
24. J'ai tendance à entretenir des rancunes dont je ne parle à personne.	1	2	3	4
25. Je suis capable de m'empêcher de me mettre en colère.	1	2	3	4
26. Je suis secrètement assez critique envers les autres.	1	2	3	4
27. Je suis plus en colère que je ne veux l'admettre.	1	2	3	4
28. Je me calme plus rapidement que la plupart des gens.	1	2	3	4
29. Je dis des choses méchantes.	1	2	3	4
30. J'essaie d'être tolérant(e) et compréhensif(ve).	1	2	3	4
31. Je suis bien plus irrité(e) que les gens ne le réalisent.	1	2	3	4
32. Je contrôle mes sentiments de colère.	1	2	3	4