

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Département de psychoéducation

Étude des stratégies d'adaptation au stress des individus présentant à la fois une  
consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-  
traumatique

Par  
Jennifer Beauregard

Mémoire présenté dans le cadre du  
programme de Maîtrise en psychoéducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès Sciences (M.Sc.)

Juin 2017

© Jennifer Beauregard, 2017

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

Étude des stratégies d'adaptation au stress des individus présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique

Jennifer Beauregard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Myriam Laventure

Madame Isabelle Thibault

Madame Alexa Martin-Storey

Directrice de recherche

Évaluatrice externe

Évaluatrice externe

Mémoire classique accepté le 16 juin 2017.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>PREMIER CHAPITRE – PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>10</b>
1. CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE PSYCHOTROPES ET SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : AMPLEUR ET CONSÉQUENCES .....	10
2. DÉFINITION DES CONCEPTS .....	13
2.1. La consommation problématique de psychotropes.....	13
2.2. Les symptômes de stress post-traumatique.....	15
2.3. Les troubles concomitants.....	18
2.4. Les stratégies d’adaptation au stress .....	18
3. CADRE THÉORIQUE EXPLICATIF : LES STRATÉGIES D’ADAPTATION COMME FACTEUR DE DÉVELOPPEMENT ET DE MAINTIEN DE LA COMORBIDITÉ CPP/SSPT .....	22
4. QUESTIONS DE RECENSION .....	26
<b>DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>27</b>
1. PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	27
2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES .....	29
3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES .....	33
3.1 Première question de recension.....	33
3.2 Deuxième question de recension.....	37
4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	40
5. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	43
<b>TROISIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>45</b>
1. CONTEXTE DE L’ÉTUDE .....	45
2. ÉCHANTILLON .....	46
3. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE .....	49
3.1. Données sociodémographiques.....	49
3.2. Consommation problématique de psychotropes .....	49
3.3. Symptômes de stress post-traumatique.....	50
3.4. Stratégies d’adaptation au stress .....	53

3.5. Moment de survenue des évènements traumatiques .....	54
4. ANALYSES STATISTIQUES .....	55
<b>QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS .....</b>	<b>57</b>
1. DESCRIPTION DES STRATÉGIES D’ADAPTATION UTILISÉES PAR LES HOMMES ET LES FEMMES DE L’ÉCHANTILLON .....	57
2. ASSOCIATION ENTRE LES STRATÉGIES D’ADAPTATION ET LES ÉCHELLES DE SSPT .....	59
2.1 Analyses de corrélation.....	59
2.2 Analyses de régression.....	61
2.2.1 Stratégie de recherche de soutien social.....	61
2.2.2 Stratégie de fuite/évitement .....	63
2.2.3 Stratégie de résolution de problèmes .....	66
2.2.4 Stratégie de réévaluation positive .....	69
<b>CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION.....</b>	<b>72</b>
1. LES STRATÉGIES D’ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ADULTES PRÉSENTANT UNE CPP ET DES SSPT.....	72
2. LES STRATÉGIES D’ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ADULTES PRÉSENTANT LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE EN ASSOCIATION AVEC LES ÉCHELLES DE SSPT .....	73
3. LIMITES DE L’ÉTUDE ET RECOMMANDATIONS .....	76
4. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE.....	78
5. CONCLUSION.....	78
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE A – ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE .....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE B – PROTOCOLE D’ÉVALUATION .....</b>	<b>86</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substance.....	14
Tableau 2 – Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique .....	16
Tableau 3 – Catégories de stratégies d'adaptation au stress .....	21
Tableau 4 – Liste des mots-clés utilisés dans le cadre de la recension des écrits .....	27
Tableau 5 – Caractéristiques méthodologiques des études recensées.....	30
Tableau 6 – Résultats des études liées à la première question de recension.....	35
Tableau 7 – Résultats des études liées à la deuxième question de recension .....	38
Tableau 8 – Caractéristiques sociodémographiques des participants .....	47
Tableau 9 – Présence de SSPT chez les participants .....	48
Tableau 10 – Analyses descriptives et comparatives .....	57
Tableau 11 – Analyses préliminaires : corrélations .....	60
Tableau 12 – Régressions linéaires : association entre la recherche de soutien social et les échelles de SSPT.....	61
Tableau 13 - Régressions linéaires : association entre la fuite/évitement et les échelles de SSPT .....	63
Tableau 14 - Régressions linéaires : association entre la résolution de problèmes et les échelles de SSPT .....	66
Tableau 15 - Régressions linéaires : association entre la réévaluation positive et les échelles de SSPT.....	69

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Cadre théorique explicatif du développement et du maintien de la comorbidité CPP/SSPT par l'intermédiaire des stratégies d'adaptation inspiré des travaux d'Ehlers et Clark (2000), de Khantzian (2003) et de Stewart (1996).....25

**LISTE D'ABRÉVIATIONS**

<u>Abréviation</u>	<u>Signification</u>
CPP	Consommation problématique de psychotropes
SSPT	Symptômes de stress post-traumatique

## RÉSUMÉ

La comorbidité d'une consommation problématique de psychotropes (CPP) et de symptômes de stress post-traumatique (SSPT) toucherait une personne sur deux dans les centres de réadaptation en dépendance (Woo et Vedelago, 2012). Or, pour certains auteurs, certaines stratégies d'adaptation utilisées par les individus présentant cette double problématique pourraient diminuer le risque de développer et maintenir des difficultés, alors que d'autres stratégies augmenteraient ces mêmes difficultés (Lalonde et Nadeau, 2012). Ce mémoire a pour objectifs a) de décrire et comparer le type et la diversité des stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT et b) d'identifier la présence d'association entre les types de stratégies d'adaptation au stress (recherche de soutien social, fuite/évitement, résolution de problèmes, réévaluation positive) utilisées et les échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) selon le genre tout en contrôlant pour l'âge et le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte). **Méthodologie.** L'échantillon de convenance de la présente étude est composé de 75 adultes (38 hommes et 37 femmes) présentant une consommation problématique de psychotropes, ayant été victimes d'un traumatisme interpersonnel et rapportant des symptômes de stress post-traumatique. Ceux-ci proviennent tous du programme *Maître de sa vie* offert au Centre de réadaptation Portage-Québec. Le DÉBA-A/D (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001, Tremblay et Blanchette-Martin, 2009), le *Trauma Symptoms Inventory-2* (Brière, 2011) et le *Ways of coping questionnaire (revised)* (Folkman et Lazarus, 1985) sont les instruments de mesure utilisés. Des statistiques descriptives et comparatives bivariées ainsi que des régressions linéaires ont été réalisées pour répondre aux objectifs de l'étude. **Résultats.** Les résultats obtenus indiquent que les hommes utilisent plus fréquemment que les femmes la stratégie de résolution de problèmes. De plus, lorsqu'ils présentent une forte sévérité de SSPT (auto-perturbation, de stress post-traumatique, externalisation, somatisation), les individus, hommes et femmes, présentant la double problématique utilisent fréquemment la stratégie de fuite/évitement. Inversement, lorsqu'ils présentent une faible sévérité de symptômes d'auto-perturbation et d'externalisation, les hommes et les femmes utilisent fréquemment les stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive. Le genre n'a démontré aucun effet modérateur. **Discussion.** La présente étude est l'une des rares dans le domaine de la comorbidité CPP/SSPT à cibler, en proportion égale, des hommes et des femmes provenant d'une population clinique d'adultes ayant tous été victimes d'un traumatisme interpersonnel. À la lumière des résultats obtenus, les interventions auprès de cette clientèle, hommes et femmes, devraient viser à faire diminuer la fréquence d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement et augmenter la fréquence d'utilisation des stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive.



## REMERCIEMENTS

L'élaboration d'un mémoire de maîtrise est un travail de longue haleine ayant nécessité de l'assiduité, de la persévérance, de la rigueur et un dépassement de soi. La réalisation de ce travail m'aura permis de faire des acquis importants sur le plan des connaissances pratiques et scientifiques. Son résultat est pour moi l'aboutissement d'une étape importante de mon parcours scolaire, soit la fin de ma maîtrise en psychoéducation.

Au fil du processus qu'aura été l'élaboration de ce mémoire, des acteurs clés sont venus y jouer un rôle d'importance ayant permis d'assurer la qualité de ce mémoire. Pour sa personnalité colorée et attachante, son support, ses conseils et son investissement, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, madame Myriam Laventure. Pour sa rigueur, ses conseils et sa disponibilité, je tiens à remercier monsieur Marc Tourigny. Je tiens aussi à remercier mes collègues de séminaire pour leur soutien tant académique qu'émotionnel. Un gros merci aux évaluatrices externes pour leurs commentaires forts pertinents. Enfin, je veux remercier mon conjoint, mes amies et ma famille pour leur patience et leur soutien tout au long de mon parcours universitaire.

## **INTRODUCTION**

La comorbidité d'une consommation problématique de psychotropes et de symptômes de stress post-traumatique toucherait une personne sur deux dans les centres de réadaptation en dépendance (Woo et Vedelago, 2012). Or, pour certains auteurs, certaines stratégies d'adaptation utilisées par les individus présentant cette double problématique pourraient diminuer le risque de développer et de maintenir ces difficultés, alors que d'autres stratégies augmenteraient ces mêmes difficultés (Lalonde et Nadeau, 2012).

Considérant que chez les individus présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique le taux d'abandon et de rechute lors du traitement de la dépendance est considérable et que les stratégies d'adaptation utilisées peuvent contribuer au rétablissement ou non de ces individus, il semble pertinent de questionner la nature des stratégies d'adaptation employées par cette clientèle spécifique.

## **PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE**

En guise d'introduction à ce mémoire, l'ampleur et les conséquences liées à la cooccurrence d'une consommation problématique de psychotropes et de symptômes de stress post-traumatique seront présentées, suivies des assises théoriques qui guideront cette étude. Une définition des concepts associés à la problématique et aux stratégies d'adaptation sera exposée et un cadre théorique explicatif intégrant le modèle théorique d'Ehlers et Clark (2000), celui de Khantzian (2003) ainsi que celui de Stewart (1996) sera proposé. Enfin, cette section se terminera par la formulation des questions qui orienteront la recension des écrits.

### **1. CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE PSYCHOTROPES ET SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : AMPLEUR ET CONSÉQUENCES**

Selon une enquête nationale qui a eu cours auprès d'un échantillon populationnel en 2002, 10,4 % des Canadiens développeraient au cours de leur vie, à la suite d'un évènement traumatique, des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) et, dans certains cas, un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Cette prévalence serait significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (15,7 % versus 6,8 %) (Van Ameringen, Mancini, Patterson et Boyle, 2008). Parmi les Canadiens ayant développés un état de stress post-traumatique au cours de leur vie, 27,8 % présenteraient en cooccurrence un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool et 25,5 % aux drogues (*Ibid.*). Dans la population générale, cette cooccurrence de troubles serait davantage présente chez les hommes que chez les femmes (*Ibid.*). Ces deux problématiques sont étroitement liées. En effet, les individus ayant un état de stress post-traumatique sont plus susceptibles de développer une consommation problématique de psychotropes (CPP) au cours de leur vie, alors que ceux présentant une CPP sont plus susceptibles d'être exposés à des évènements traumatiques et à développer un état de stress post-traumatique (Stewart et Conrod, 2003). Dans la

majorité des cas, il semble que l'état de stress post-traumatique précéderait l'apparition de la CPP (*Ibid.*). D'ailleurs, la CPP influencerait négativement le pronostic de l'état de stress post-traumatique rendant ainsi plus longue et complexe sa rémission (Boyer, Guay et Marchand, 2006; Chapman, Mills, Slade, McFarlane, Bryant, Cremer *et al.*, 2012).

Dans les centres de réadaptation en dépendance, le taux de prévalence lié à l'état de stress post-traumatique serait environ deux fois plus élevé que dans la population générale, c'est-à-dire que 50,8 % des individus en traitement pour une CPP présenteraient en cooccurrence un état de stress post-traumatique (Woo et Vedelago, 2012). Contrairement à la population générale, la proportion liée à cette cooccurrence serait plus grande chez les femmes que chez les hommes en traitement pour une CPP (Brown, Read et Kahler, 2003; Simoneau et Guay, 2008). Lorsqu'ils présentent un état de stress post-traumatique, les individus en traitement pour une CPP démontrent à leur entrée en service un portrait clinique plus détérioré comparativement à ceux n'affichant pas cette comorbidité de troubles (Gielen, Havermans, Tekelenburg et Jansen, 2012; Simoneau, et Guay, 2008; Woo et Vedelago, 2012). Ce tableau clinique défavorable se traduirait par un profil de consommation plus sévère (début de consommation précoce, longue période de consommation, polyconsommation, surdose) (Simoneau et Guay, 2008), un statut socioéconomique plus faible (faible niveau de scolarité, faible revenu annuel, absence d'emploi) (Gielen *et al.*, 2012; Simoneau et Guay, 2008) ainsi qu'un plus grand nombre de problématiques associées (dépression, comportements suicidaires, comportements à risque, affect négatif, aliénation, détresse psychologique, fonctionnement social déficitaire, santé physique plus fragile) (Gielen *et al.*, 2012; Simoneau et Guay, 2008; Woo et Vedelago, 2012). La présence de cette comorbidité interfèrerait également dans le pronostic lié au traitement de la dépendance (Brown *et al.*, 2003; Simoneau, et Guay, 2008; Stewart et Conrad, 2003). Brown *et al.* (2003) nuancent ce constat en spécifiant que ce serait davantage la chronicité et la non-rémission de l'état de stress post-traumatique qui nuiraient à l'efficacité du traitement de la dépendance. De ce fait, les usagers présentant la double problématique retireraient

moins de bénéfiques, rechuteraient plus fréquemment en cours de traitement et plus rapidement à la fin de celui-ci. Ces usagers rapporteraient à la fois un taux d'abandon au traitement plus important et un plus grand nombre d'admissions en centre de réadaptation en dépendance (Simoneau, et Guay, 2008; Stewart et Conrad, 2003). Se percevant plus à risque de rechute et démontrant un plus faible sentiment d'auto-efficacité, les individus récemment abstinents et ayant un état de stress post-traumatique non traité rechuteraient dans le but de faire face à des émotions négatives (colère, anxiété, solitude, humiliation, impuissance) résultant de leurs relations interpersonnelles (Ouimette, Coolhart, Funderburk, Wade et Brown, 2007).

Les études portant sur les facteurs de rechute ainsi que sur les facteurs favorisant le rétablissement en dépendance indiquent que les stratégies d'adaptation au stress exerceraient un rôle important dans la comorbidité CPP/SSPT (Brown *et al.*, 2003). Il a été démontré que le fait de traiter les SSPT, dans les trois premiers mois suivant le début du traitement en dépendance, permettrait à l'individu de développer de meilleures stratégies adaptatives pour faire face aux symptômes traumatiques. Cela prédirait le maintien de la rémission de la CPP cinq ans plus tard (Ouimette, Moos et Finney, 2003). Les individus présentant cette cooccurrence de troubles seraient moins enclins à faire usage d'alcool lorsqu'ils utilisent des stratégies adaptées, c'est-à-dire visant à affronter les symptômes traumatiques (faire un plan pour résoudre la situation, recherche de l'information liée à la situation) (Hunt, 2013). Ainsi il serait recommandé d'orienter les interventions auprès de cette clientèle de sorte à faire diminuer les stratégies inadaptées et augmenter celles dites adaptées (Brown *et al.*, 2003).

Selon la méta-analyse effectuée par Prati et Pietrantonio (2009), la réévaluation positive, la recherche de soutien social et l'acceptation sont toutes des stratégies d'adaptation favorisant la croissance de l'individu suite à un événement traumatique. Ces différentes stratégies amèneraient l'individu à déployer des efforts pour affronter le problème et/ou les émotions qui en résultent plutôt que de les ignorer ou les refouler. Inversement, la CPP en tant que stratégie de fuite/évitement empêcherait l'individu

d'affronter le traumatisme le rendant ainsi à risque de développer un état de stress post-traumatique (Lalonde et Nadeau, 2012).

## 2. DÉFINITION DES CONCEPTS

### 2.1 La consommation problématique de psychotropes

Les psychotropes, aussi appelées substances psychoactives, sont des drogues agissant sur le système nerveux central comme stimulants, dépresseurs ou perturbateurs (CQLD : Centre québécois de lutte aux dépendance, 2014; Santé Canada, 2000). Ils ont pour effet de modifier ou d'altérer les fonctions cognitives, ce qui entraîne des changements dans le mode de pensées, les sensations ou les comportements. Les psychotropes peuvent aussi provoquer, selon leurs propriétés, certaines réactions somatiques, c'est-à-dire des symptômes physiologiques tels que la dépression respiratoire, la somnolence, l'hypervigilance, l'élévation du rythme cardiaque. La cigarette, la caféine, l'alcool, les drogues illégales et plusieurs substances médicamenteuses sont des psychotropes.

La CPP est vue selon un continuum d'utilisation et de risque allant de l'usage à la dépendance (Santé Canada, 2000). Une distinction est faite entre l'usage expérimental ou récréatif, l'abus et la dépendance aux psychotropes (CQLD, 2014; Santé Canada, 2000). Ainsi, l'usage expérimental ou récréatif fait référence au fait de consommer des psychotropes par curiosité, par effet d'entraînement ou pour s'amuser. Sur un continuum de gravité, ce type d'usage est qualifié d'occasionnel et de modéré n'entraînant pas d'effet nuisible (*Ibid.*). Quant à l'abus et la dépendance, ces comportements de consommation sont considérés comme un usage problématique de psychotropes. Plus précisément, l'abus fait référence à un usage injustifié ou excessif d'une substance alors que la dépendance est liée à l'incapacité d'affronter le quotidien sans la substance (CQLD, 2014). Parmi les comportements indicateurs d'une consommation problématique, on retrouve l'utilisation excessive de psychotropes,

l'usage sur une trop longue durée, l'utilisation mal motivée, la prise de plusieurs psychotropes, la consommation de drogues dures (héroïne, cocaïne) et la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives causées ou exacerbées par celles-ci (Santé Canada, 2000). En effet, une CPP est caractérisée par un usage répété, un besoin irrésistible ou une perte de contrôle face à l'usage de la substance entraînant des conséquences dans plusieurs sphères de vie de la personne (cognitif, physique, psychologique, social, professionnel, familial) (Cormier, 1993).

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dans sa dernière version (DSM-5 : American psychiatric association, 2013), indique que le trouble lié à l'usage de substances réside dans un mode d'utilisation pathologique de psychotropes caractérisé par la poursuite de la consommation malgré la présence de conséquences majeures. Le tableau 1 qui suit présente l'ensemble des 11 critères diagnostiques regroupés en 4 grandes catégories selon le DSM-5. Notons que la présence de 2 critères sur une période de 12 mois est nécessaire pour poser le diagnostic.

Tableau 1  
Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substances

Manque de contrôle	Inadaptation sociale	Prise de risque	Critères pharmacologiques
1. Substance prise en quantité supérieure ou sur une plus longue durée que prévu;	5. Plusieurs échecs à remplir ses obligations;	8. Usage récurrent de psychotropes dans des situations de danger physique;	10. Tolérance à la substance;
2. Désir persistant ou efforts infructueux à cesser ou contrôler l'usage de la substance;	6. Consommation poursuivie malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance;	9. Consommation poursuivie malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents causés ou exacerbés par la substance	11. Symptômes de sevrages lors de l'absence de la substance.
3. Beaucoup de temps passé à tenter d'obtenir la substance, à la consommer ou se remettre de ses effets;	7. Abandon ou réduction des activités sociales, occupationnelles ou récréatives en raison de la consommation de la substance;		
4. Désir intense ou obsession pour la substance ( <i>craving</i> );			

Dans la littérature, plusieurs terminologies sont employées pour aborder ce concept tel que « trouble lié à l'usage de substances », « toxicomanie », « dépendance » et « consommation problématique de psychotropes ». Dans le cadre de ce mémoire, bien que ces termes soient considérés comme des synonymes, l'expression « consommation problématique de psychotropes » sera privilégiée, cette terminologie abordant le concept sous un angle plus englobant.

## **2.2 Les symptômes de stress post-traumatique**

L'état de stress post-traumatique est défini par un ensemble de symptômes cognitifs, affectifs, physiques et comportementaux qui se développe en réaction à un ou des événements traumatiques auxquels l'individu a dû faire face (APA, 2013; Jehel et Guay, 2006).

L'évènement traumatique ou traumatisme comporte trois éléments, c'est-à-dire qu'il est imprévisible, qu'il prend l'individu au dépourvu et qu'il ne peut être évité (Klinic community health centre, 2013). L'exposition à des événements traumatiques peut être directe ou indirecte, caractérisée par le fait a) d'être victime, b) d'être témoin ou c) d'apprendre qu'un membre de son entourage a été victime, d'une menace ou d'une atteinte à son intégrité physique (APA, 2013; Jehel et Guay, 2006). Il existe deux types d'évènement traumatique, soit interpersonnel (agression psychologique, physique ou sexuelle) et non-interpersonnel (accident automobile ou désastre naturel) (Forbes, Fletcher, Parslow, Phelps, O'Donnell, Bryant, *et al.*, 2012). Précisons que dans la littérature les terminologies « évènement traumatique » et « traumatisme » sont utilisées comme synonyme.

Le DSM-5 répertorie l'état de stress post-traumatique parmi les troubles liés à un traumatisme ou un agent stressant, c'est-à-dire ceux dont l'exposition à un traumatisme ou un agent stressant est un critère diagnostique (critère A) (APA, 2013). Une fois le critère A rencontré, l'individu doit avoir présenté, au cours du dernier mois,



au moins un symptôme d'intrusion (critère B), au moins un comportement d'évitement des stimuli liés à l'évènement traumatique (critère C), au moins deux symptômes d'altération cognitive et affective (critère D) et au moins deux symptômes d'éveil et de réactivité (critère E) afin de poser le diagnostic. Le tableau 2 présenté ici-bas énumère l'ensemble des 20 critères diagnostiques réparties selon les 4 grandes catégories de symptômes selon le DSM-5 (APA, 2013).

Tableau 2  
Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique

Symptômes intrusifs	Évitement des stimuli liés à l'évènement traumatique	Altérations cognitives et affectives	Symptômes d'éveil et de réactivité	
1. Souvenirs pénibles de l'évènement;	6. Évitement ou effort déployer pour éviter les souvenirs pénibles, les pensées ou les émotions concernant ou étroitement liés à l'évènement traumatique;	8. Incapacité de se rappeler certain aspect important de l'évènement (dû à la dissociation);	15. Irritabilité ou explosion de colère exprimé sous forme d'agression verbal ou physique envers les gens ou les objets;	
2. Cauchemars;		9. Croyances ou attentes exagérées et persistantes à propos de soi, des autres ou du monde;		
3. Flash-back;				
4. Détresse psychologique;				
5. Réaction physiologique;				
	7. Évitement ou effort déployer pour éviter les éléments externes déclenchant des souvenir pénibles, des pensées ou des émotions concernant ou étroitement liés à l'évènement traumatique;	10. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'évènement qui mène l'individu à se blâmer ou à blâmer les autres;	16. Comportements d'autodestruction;	
		11. État émotionnel négatif persistant;	17. Hypervigilance;	
			12. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation dans des activités;	18. Réponse de frayeur exagéré;
				19. Problèmes de concentration;
		13. Se sentir détacher ou désintéresser des autres;	20. Trouble du sommeil.	
		14. Incapacité persistante à vivre des émotions positives;		

Dans certain cas, l'individu ayant été exposé à un évènement traumatique peut éprouver des SSPT sans toutefois rencontrer l'ensemble des critères permettant d'établir le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Habituellement, les SSPT apparaissent au cours des trois mois suivant le traumatisme, toutefois, il arrive qu'ils surgissent tardivement suite à un élément déclencheur (APA, 2013). Les SSPT seraient davantage sévères et durables lorsque l'évènement traumatique est de nature interpersonnelle et commis de manière intentionnelle, tel qu'une agression ou un enlèvement (APA, 2013; Forbes *et al.*, 2013). La prédominance, la durée et l'intensité des SSPT peuvent varier à travers le temps en fonction de facteurs associés, soit un agent stressant de la vie courante, un nouvel évènement traumatique, l'isolement social ou l'aggravation des fonctions cognitives (APA, 2013).

Dans le cadre de cette étude, la présence de SSPT sera considérée à travers quatre échelles de symptômes [auto-perturbation, stress post-traumatique, extériorisation, somatisation (Brière, 2011)] plutôt qu'à partir du diagnostic de l'état de stress post-traumatique de l'APA (2013). Ce choix est justifié par l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude [*Inventaire des symptômes traumatiques-2* (TSI-2 : Brière, 2011)] et par le fait que cette classification permet davantage de mettre l'accent sur la présence de symptômes liés à un évènement traumatique que sur l'établissement d'un diagnostic.

Brière (2011) définit explicitement chacune des échelles de symptômes. L'auto-perturbation est définie comme étant un trouble ou une altération de la perception de soi et des autres accompagnés d'une incapacité à intérioriser une identité ou un soi stable permettant d'interagir avec le monde extérieur. Le stress post-traumatique fait référence aux symptômes d'agitation anxieuse, d'expériences intrusives, d'évitement et de dissociation, ce qui concorde davantage aux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique. Quant à l'externalisation, cette échelle réfère aux comportements autodestructeurs (tel que l'abus de substances) ou agressifs qui sont utilisés afin de faire face à des états internes envahissants (souvent

lié à l'évènement traumatique) et démontrant de leur faible capacité à réguler leurs émotions. Enfin, la somatisation est définie par une préoccupation générale liée aux problèmes physiques ressentis dont la cause relève de difficultés psychologiques ou de maladies physiques.

### **2.3 Les troubles concomitants**

Selon le dictionnaire Larousse (2016), le terme « concomitance » désigne l'existence simultanée de deux choses. Dans le domaine des sciences sociales, les termes « concomitance », « cooccurrence », « coexistence » et « comorbidité » sont tous utilisés comme synonyme afin de signifier la présence simultanée d'au moins deux troubles chez un même individu. Santé Canada (2002) dans son rapport sur les meilleurs pratiques auprès des troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie énonce que l'expression « trouble concomitant » dans un contexte diagnostique fait appel plus spécifiquement à la combinaison d'un trouble de santé mentale et d'un trouble lié à l'usage de substances.

Dans le cadre de ce mémoire, les terminologies « trouble concomitant », « trouble cooccurrent » et « comorbidité » seront employés pour désigner l'existence simultané d'une CPP et d'un état de stress post-traumatique.

### **2.4 Les stratégies d'adaptation au stress**

Les stratégies d'adaptation sont des moyens cognitifs et comportementaux par lesquels l'individu arrive à faire face à des agents stressants, externe et/ou interne, qu'il perçoit comme dépassant ses ressources personnelles (Lazarus et Folkman, 1984).

Les stratégies d'adaptation au stress sont multidimensionnelles, c'est-à-dire qu'elles dépendent à la fois des caractéristiques de l'individu, de son environnement ainsi que de l'interaction entre ceux-ci. Elles sont changeantes en fonction du contexte

ainsi qu'à travers le temps (Folkman et Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993; Paulhan, 1992). Conformément au processus dynamique de l'adaptation au stress, l'individu déploierait une ou plusieurs stratégies lui permettant de faire face à l'agent stressant dans un contexte précis en fonction de l'évaluation qu'il fait de la situation (perte, menace ou défi) et des ressources dont il dispose (Folkman et Moskowitz, 2004). Tant l'évaluation de la situation que la stratégie d'adaptation sont associées à l'émergence d'émotions positives ou négatives. Bien souvent, l'évaluation de la situation stressante mène à des émotions négatives (angoisse, peur) alors que les émotions vécues à la suite de la stratégie d'adaptation dépendent de son efficacité (*Ibid.*).

L'une des premières classifications à avoir été développée est celle de Lazarus et Folkman (1984). Leur typologie divise les stratégies d'adaptation en deux catégories, soit les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème ont comme fonction de modifier la situation stressante en résolvant par exemple le problème ou en confrontant la situation. Elles sont plus fréquemment déployées lorsque l'individu évalue la situation comme étant contrôlable. Quant aux stratégies centrées sur l'émotion, celles-ci visent soit à modifier l'interprétation de la situation en la réévaluant positivement ou à réguler les émotions négatives ressenties en allant par exemple chercher un soutien social ou en fuyant la situation. À l'inverse des stratégies centrées sur le problème, celles-ci prédominent lorsque l'individu évalue la situation comme étant difficilement changeable (Folkman et Moskowitz, 2004; Folkman, Lazarus, Dunkel-schetter, DeLongis et Gruen, 1986; Lazarus et Folkman, 1984).

D'autres approches théoriques ont également été développées dont le modèle approche-évitement (Roth et Cohen, 1986) et le modèle engagement-désengagement (Tobin, Holroyd, Reynolds et Wigal, 1989). Le mode de gestion du stress basé sur l'approche et l'évitement est vu comme étant des actions cognitives et émotionnelles orientées vers l'agent stressant (par exemple, rechercher du soutien émotionnel, faire un plan pour résoudre le problème, rechercher de l'information liée au problème) ou

pour fuir celui-ci (par exemple, s'isoler des autres, nier l'existence du problème, se désengager des pensées et des émotions liées à l'agent stressant) (Roth et Cohen, 1986). Quant au mode de gestion du stress basé sur l'engagement et le désengagement, ce modèle est une intégration des concepts liés aux approches précédentes (centrées sur le problème versus centrées sur l'émotion et approche versus évitement). L'engagement est défini comme des stratégies d'adaptation mobilisant l'individu face à la situation stressante tandis que le désengagement représente plutôt des stratégies où l'individu se retire de la situation. Selon ce modèle, les stratégies d'adaptation sont organisées en deux grandes catégories (engagement versus désengagement) puis en quatre sous-catégories, soit a) l'engagement centré sur le problème (résolution de problème, restructuration cognitive), b) l'engagement centré sur l'émotion (expression des émotions, recherche de soutien social), c) le désengagement centré sur le problème (évitement du problème, pensée magique) et d) le désengagement centré sur l'émotion (auto-accusation, isolement social) (Tobin *et al.*, 1989).

Les stratégies d'adaptation au stress ont aussi été étudiées en fonction de leur efficacité à faire face au problème et à augmenter le bien-être émotionnel (Folkman et Moskowitz, 2004). Il y a consensus quant au fait qu'il n'existe pas de stratégie d'adaptation totalement bonne ou totalement mauvaise, mais plutôt un continuum d'efficacité mettant en relation plusieurs dimensions (Folkman et Moskowitz, 2004; Paulhan, 1992, Roth et Cohen, 1986). L'efficacité d'une stratégie dépend à la fois de la fonction attribuée à la stratégie, tel que résoudre le conflit, réduire les réactions physiologiques, maintenir une estime de soi positive, ainsi que du niveau de convenance entre les caractéristiques de la situation et la stratégie d'adaptation utilisée. Les stratégies considérées efficaces auraient comme fonction de maîtriser ou de réduire l'impact de l'évènement stressant sur le bien-être de l'individu. Le niveau de convenance est défini par la perception qu'a l'individu du niveau de contrôle qu'il possède sur l'évènement et la flexibilité de son répertoire de stratégies (*Ibid.*). Ainsi, le caractère adaptatif d'une stratégie résulte d'un processus dynamique qui se déroule dans un contexte précis (Folkman et Moskowitz, 2004). Néanmoins, certaines

stratégies peuvent difficilement être caractérisées comme étant bonnes parce qu'elles nuisent à la personne, à sa santé. C'est le cas de la consommation de psychotropes comme stratégie d'adaptation au stress qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance (Paulhan, 1992).

Dans le cadre de ce mémoire, les assises théoriques reposent sur les travaux de Folkman et Lazarus (1984) ainsi que sur ceux de Folkman et ses collègues (1986), c'est-à-dire sur la typologie en deux grandes catégories, soit centrée sur le problème et centrée sur l'émotion, ainsi qu'en huit sous-catégories (voir tableau 3). Les raisons qui sous-tendent cette décision s'appuient sur l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude [*Ways of coping questionnaire (revised)* (Folkman et Lazarus, 1985)] ainsi que sur le caractère exhaustif et valide de cette typologie (Folkman *et al.*, 1986). Exhaustif, car l'opérationnalisation de cette typologie en huit sous-catégories mutuellement exclusives permet d'obtenir un portrait précis de l'ensemble des stratégies utilisées par un même individu (*Ibid.*). Valide, car cette typologie présente à la fois un rationnel théorique important de même qu'une bonne cohérence interne (Folkman *et al.*, 1986; Folkman et Moskowitz, 2004).

Tableau 3  
Catégories de stratégies d'adaptation au stress

Centrée sur le problème	Centrée sur l'émotion
1. L'acceptation/ confrontation (se battre pour ce qui lui tient à cœur, exprimer de la colère face à la personne qui a causé le problème, faire quelque chose de vraiment risqué);	3. L'autocontrôle (garder ses sentiments pour soi, ne pas agir trop hâtivement);
	4. La recherche de soutien social (aller chercher plus d'information sur la situation, recevoir de l'aide professionnelle);
2. La résolution de problèmes (redoubler d'efforts pour faire en sorte que les choses fonctionnent, faire un plan d'action et le suivre);	5. L'auto-accusation (se reprocher d'avoir créé le problème, s'excuser ou faire quelque chose pour réparer les dommages);
	6. La fuite/évitement (tenter de se sentir mieux en mangeant, buvant ou consommant des drogues, éviter de voir les gens en général);
	7. La distanciation (faire comme si rien ne s'était passé, essayer de regarder les choses du bon côté);
	8. La réévaluation positive (sortir de cette expérience grandie, découvrir une nouvelle foi).

### 3. CADRE THÉORIQUE EXPLICATIF : LES STRATÉGIES D'ADAPTATION COMME FACTEUR DE DÉVELOPPEMENT ET DE MAINTIEN DE LA COMORBIDITÉ CPP/SSPT

Les stratégies d'adaptation au stress sont au cœur de la double problématique associant la CPP et les SSPT. Les stratégies d'adaptation adoptées peuvent, en effet, contribuer au développement de chacune de ces problématiques et à leur maintien dans le temps (Ehlers et Clark, 2000; Khantzian, 2003; Stewart, 1996).

Or, à ce jour, aucun modèle théorique ou empirique ne permet d'expliquer l'ensemble des associations comprises entre la CPP, les SSPT et les stratégies d'adaptation au stress dans une perspective temporelle. De ce fait, trois modèles théoriques complémentaires ont été retenus dans le but de tenter de comprendre la relation temporelle qui unit la CPP, les SSPT et les stratégies d'adaptation au stress.

D'abord le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique d'Ehlers et Clark (2000) permet d'expliquer le rôle des stratégies d'adaptation dans le développement et la persistance des SSPT. Puis, le modèle de l'automédication conçue par Khantzian (2003) permet, pour sa part, d'expliquer le lien entre les SSPT et l'usage de psychotropes. Enfin, le troisième modèle, soit celui de Stewart (1996), permet d'expliquer le cycle de maintien de la comorbidité d'une CPP et de SSPT. À partir de ces trois modèles, un cadre théorique explicatif a été développé pour la présente étude.

Pour Ehlers et Clark (2000), le développement de l'état de stress post-traumatique survient lorsque le processus cognitif de l'individu au moment de l'évènement traumatique l'amène à percevoir celui-ci et ses séquelles d'une telle façon qu'il se sente continuellement en danger. L'individu évalue le traumatisme comme ayant des répercussions globales négatives à long terme dont les souvenirs sont fragmentaires survenant involontairement et intensivement. Lorsque déclenché, le sentiment de menace s'accompagne d'émotions négatives et de SSPT, par exemple l'intrusion, la réviviscence, l'hyper-activation du système nerveux, l'anxiété, etc. Afin

de faire face aux SSPT, l'individu déploie des stratégies d'adaptation lui permettant à court terme de faire diminuer la menace et la détresse ressenties. Le type de stratégies d'adaptation déployé dépend de facteurs préexistants (santé mentale, expériences traumatiques antérieures, croyances, répertoire de stratégies d'adaptation) chez la personne, ainsi que des perceptions liées au traumatisme (évaluation négative excessive, souvenirs envahissants). Lorsque les stratégies d'adaptation déployées sont inadaptées, par exemple l'auto-accusation, la distanciation, la fuite/évitement, elles entraînent la persistance des SSPT et, par le fait même, le développement d'un état de stress post-traumatique. Deux mécanismes expliquent le rôle inadapté que peuvent prendre ces stratégies d'adaptation, soit le fait a) qu'elles provoquent à leur tour des SSPT et b) qu'elles renforcent les perceptions négatives liées au traumatisme. Ainsi, un cycle de maintien des SSPT s'observe entre les perceptions négatives liées au traumatisme, le sentiment de menace actuelle et les stratégies d'adaptation inadaptées.

Dans le modèle d'automédication proposée par Khantzian (2003), la CPP est vue comme une manière de réguler les SSPT. À court terme, cette stratégie d'adaptation crée un sentiment de soulagement, puisqu'elle permet d'atténuer les SSPT. Différents psychotropes sont consommés en fonction des symptômes prédominants chez l'individu. Par exemple, les déprimeurs sont plus souvent utilisés pour faire face aux symptômes d'agitation et de colère alors que les stimulants sont utilisés pour les symptômes d'apathie et d'anhédonie. Lorsqu'utilisée sur une base régulière, cette stratégie rend l'individu à risque de développer une CPP. Stewart (1996; Stewart et Conrod, 2003) explique avec plus de détails le cercle vicieux dans lequel s'engage l'individu faisant usage de psychotropes dans le but d'atténuer ses SSPT. Tout d'abord, l'individu présentant des SSPT et croyant que l'usage de psychotropes peut le soulager consomme afin de faire face à ses SSPT, ce qui a pour effet à court terme de les réduire. Cette réduction des symptômes agit comme renforcement négatif et, par conséquent, entraîne une escalade de consommation. Puis, l'usage répété de psychotropes amène l'individu à développer une dépendance, laquelle a pour effet à



long terme d'accentuer l'intensité et la fréquence d'apparition des SSPT ainsi que de placer l'individu à risque d'être victime à nouveau d'un événement traumatique.

Le cadre théorique explicatif, développé à l'aide de ces trois modèles (voir figure 1), illustre le processus par lequel une personne ayant vécu un traumatisme en vient à développer et maintenir, à travers le temps, des SSPT par l'entremise d'une CPP, soit une stratégie de fuite/évitement. Trois grandes phases composent ce cadre théorique, soit a) préexistant, b) péri-traumatique et c) post-traumatique. Ainsi, lorsqu'un événement traumatique survient dans la vie d'un individu (phase péri-traumatique), l'évaluation qu'il en fait dépend à la fois des facteurs préexistants qui composent son bagage personnel (anxiété/dépression, expériences traumatiques antérieures, répertoire de stratégies d'adaptation, croyances négatives) de même que de son état au moment du traumatisme. Pour certaines personnes, le traumatisme est interprété comme étant difficilement contrôlable et comme ayant des répercussions négatives à long terme. Suite au traumatisme (phase post-traumatique), des éléments déclencheurs, tels que des éléments rappelant le traumatisme ou la survenue d'un autre traumatisme, font resurgir chez l'individu des souvenirs envahissants provoquant un sentiment de menace (émotions négatives, SSPT) dont il tentera de faire face au moyen de stratégies d'adaptation. Celles-ci sont choisies en fonction du répertoire de stratégies de l'individu. Les individus utilisant majoritairement des stratégies inadaptées, comme l'usage de psychotropes, en viennent à renforcer leurs perceptions négatives liées au traumatisme ainsi qu'à faire réapparaître les SSPT (cycle jaune). Or, la consommation de psychotropes a pour effet, à court terme, de réduire les SSPT et de renforcer l'individu dans l'utilisation de cette stratégie. C'est l'escalade d'usage de psychotropes, soit l'aggravation de la consommation de substances et l'accentuation de la sévérité ainsi que de la fréquence d'apparition des SSPT, dans le temps qui entraîne chez celui-ci le développement d'une CPP et le maintien des SSPT (cycle orange). En somme, ce cadre théorique démontre clairement le cercle vicieux dans lequel sont au pris les individus ayant la comorbidité CPP/SSPT et faisant usage de psychotropes comme stratégie d'adaptation.

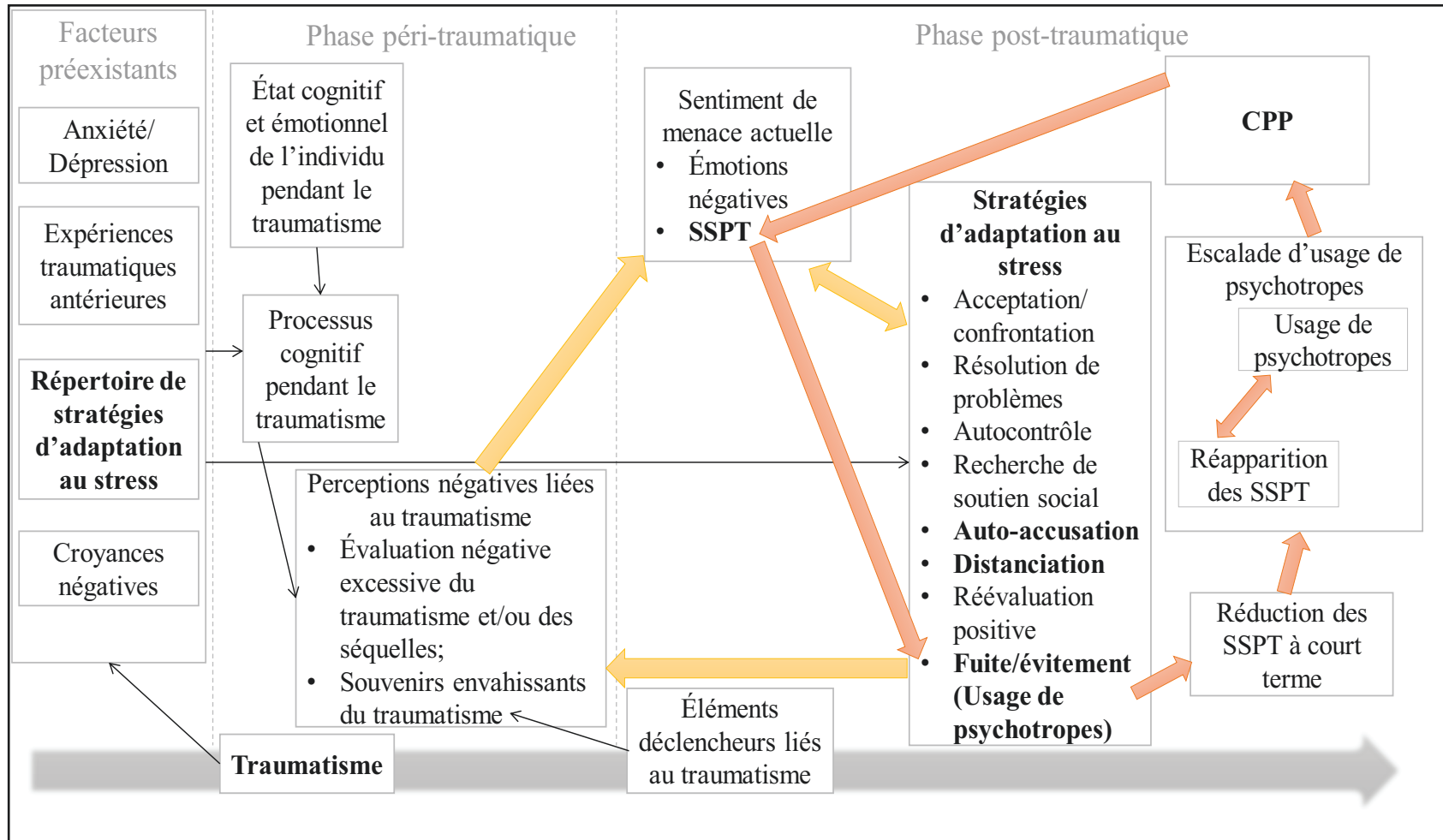


Figure 1

Cadre théorique explicatif du développement et du maintien de la comorbidité CPP/SSPT par l'intermédiaire des stratégies d'adaptation inspiré des travaux d'Ehlers et Clark (2000), de Khantzian (2003) et de Stewart (1996)

#### 4. QUESTIONS DE RECENSION

En résumé, la cooccurrence d'une CPP et de SSPT affecte une personne sur deux dans les centres de réadaptation en dépendance et la proportion serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Le pronostic lié au traitement de la dépendance chez les individus présentant la cooccurrence d'une CPP et de SSPT est plus défavorable que pour ceux présentant uniquement une CPP. Or, lorsqu'un traitement intégré leur est offert, cela leur permettrait de développer des stratégies adaptées pour faire face aux symptômes traumatiques, ce qui favoriserait le maintien de la rémission de la CPP dans le temps.

Les stratégies d'adaptation au stress sont au cœur de la double problématique qui uni la CPP et les SSPT. Le cadre théorique présenté précédemment démontre clairement le cercle vicieux dans lequel sont au pris les individus ayant la comorbidité CPP/SSPT et faisant usage de psychotrope comme stratégie d'adaptation. Or, certaines stratégies d'adaptation ont été démontré comme favorisant le rétablissement de l'individu à la suite d'un évènement traumatique (réévaluation positive, recherche de soutien social, acceptation) tandis que d'autres ont été démontré comme amplifiant les SSPT (fuite/évitement).

Dans le but de documenter les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant une CPP et des SSPT, le second chapitre de ce mémoire tentera de répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT ?
2. Les stratégies d'adaptation au stress diffèrent-elles, chez les hommes et les femmes, en fonction de la nature des SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, extériorisation, somatisation) ?

## DEUXIÈME CHAPITRE RECENSION DES ÉCRITS

Dans le cadre de ce second chapitre, l'ensemble de la procédure et des résultats de la recension des écrits ayant servi à répondre aux questions de recension précédemment posées seront exposés. La méthode utilisée pour recenser les études sera présentée. Ensuite, la description des caractéristiques méthodologiques des études retenues ainsi qu'une brève description de leurs résultats suivront. Une synthèse des résultats des études recensées en regard aux principales limites sera réalisée avant de conclure sur les objectifs dont ce mémoire tentera de répondre.

### 1. PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Plusieurs banques de données ont été consultées, soit *Academic search complete*, *Medline with full text*, *CINAHL plus with full text*, *Francis*, *Psychology and behavioral sciences collection*, *ProQuest*, *PsycARTICLES*, *PsycEXTRA*, *PsycINFO*, *Social work abstracts* et *SocINDEX with full text*, dans le but de repérer les études répondant aux questions posées dans le cadre de cette recension. Ces banques de données ont été sélectionnées puisqu'elles recensent des études relevant du domaine des sciences sociales. Leurs thésaurus ont été consultés afin de dresser une liste exhaustive des mots-clés associés aux trois variables centrales des questions de recension (voir tableau 4).

Tableau 4  
Liste des mots-clés utilisés dans le cadre de la recension des écrits

Consommation problématique de psychotropes	Symptômes de stress post-traumatique	Stratégies d'adaptation au stress
Mots clés utilisés pour les banques de données anglaises		
(( <i>substance OR drug OR alcohol</i> ) N1 ( <i>use OR abuse OR disorder*</i> OR <i>addict*</i> OR <i>depend*</i> OR <i>misuse</i> )) OR <i>alcoholism</i>	" <i>posttraumatic stress disorder</i> " OR " <i>post-traumatic stress disorder</i> " OR " <i>stress disorder, post-traumatic</i> " OR " <i>acute stress disorder</i> " OR " <i>traumatic stress syndrome</i> " OR <i>PTSD</i> OR <i>trauma</i> OR <i>physical abuse</i> OR <i>sexual abuse</i> OR <i>emotional abuse</i> OR <i>emotional trauma</i>	<i>coping</i>

Mots clés utilisés pour les banques de données françaises		
trouble lié à l'usage de substance* OU toxicomanie OU addiction OU abus de substance OU abus d'alcool OU abus de drogue* OU dépendance	"état de stress post-traumatique" OU "symptômes de stress post-traumatique" OU ÉSPT, abus physique* OU abus psychologique* OU abus sexuel*	stratégie* d'adaptation OU stratégie* de coping

Des stratégies de recherche ont été employées afin d'optimiser la recension des écrits. Les opérateurs booléens « *OR* » et « *OU* » ont été utilisés pour unir les mots clés de même famille, tandis que « *AND* » et « *ET* » ont été utilisés pour unir les trois variables centrales à l'étude. L'astérisque (\*) a été utilisé comme troncature, les guillemets (") pour chercher des expressions et l'opérateur de proximité « *N1* » pour jumeler deux groupes de mots. Afin de s'assurer que les stratégies d'adaptation soient abordées comme thème principal dans chacun des articles recensés, le champ « *subject terms* » a été sélectionné. Cette stratégie de recherche fait suite au constat que, dans plusieurs études, les stratégies d'adaptation sont abordées uniquement lors des recommandations émises par les auteurs.

Ainsi, les banques de données ont été questionnées jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait redondance des articles abordant les thèmes recherchés. En date du 29 janvier 2017, 620 études étaient répertoriées sur les différentes banques de données consultées. Une fois les doublons éliminés, le nombre d'études a diminué pour un total de 549 articles. Les titres et résumés de ces études ont tous été lus une première fois afin de ne retenir que ceux répondant aux critères d'inclusion, soit a) l'étude doit être primaire et être rédigée en français ou en anglais; b) l'échantillon doit être composé en tout ou en partie d'adultes, hommes et femmes, de 18 ans et plus; c) l'échantillon doit être composé en tout ou en partie d'individus présentant en cooccurrence une CPP et des SSPT; d) l'échantillon doit être composé en tout ou en partie d'individus ayant été victime d'un évènement traumatique et f) l'étude doit évaluer plus d'un type de stratégies d'adaptation au stress. Ce dernier critère tient compte du fait que ce mémoire vise à obtenir une vue d'ensemble des stratégies d'adaptation au stress utilisées par la clientèle à l'étude. Mentionnons que toutes les études dont l'échantillon était constitué

de vétérans de la guerre ont été exclues en raison de leur contexte spécifique et difficilement comparable avec la présente étude (Graham, Legarreta, North, DiMuzio, McGlade, et Yurgelun-Todd, 2016). À la suite de ce premier triage, 29 études ont été retenues. Une lecture approfondie des études sélectionnées a permis de retenir huit études. Parmi les huit études recensées, deux traitent uniquement de la première question de recension (Dufour, Corbière et Nadeau, 2001; Najavits et Walsh, 2012), trois de la deuxième question (Arévalo, Prado et Amaro, 2008; Held, Owens et Anderson, 2015; Hunt, 2013) et trois abordent à la fois la première et la deuxième question (Lalonde et Nadeau, 2012; Read, Griffin, Wardell et Ouimette, 2014; Staiger, Melville, Hides, Kambouropoulos et Lubman, 2009). Notons que parmi les six études ayant traitées de la deuxième question de recension, aucune d'entre elles n'a permis d'y répondre entièrement, c'est-à-dire que ces études n'ont pas tenus compte de la nature des SSPT. Néanmoins, ces études s'intéressent à la présence et à la sévérité des SSPT.

Afin de s'assurer que toutes les études pertinentes aient été recensées, les références bibliographiques des huit études retenues et les revues spécialisées dans le domaine des symptômes traumatiques ou de la dépendance (*Alcoolologie et Addictologie; Drug and alcohol dependence; Drogues, santé et société; Journal of aggression, maltreatment and trauma; Journal of substance abuse treatment; Journal of trauma and dissociation; Journal of traumatic stress; Psychology of addictive behavior; Psychotropes; Revue québécoise de psychologie*) ont été scrutées. Aucune nouvelle étude n'est ressortie de cette dernière vérification.

## 2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

À partir des grilles de lecture produites pour chacune des huit études retenues, un tableau recensant les principales caractéristiques méthodologiques a été réalisé (voir tableau 5 ci-dessous).

**Tableau 5**  
**Caractéristiques méthodologiques des études recensées**

Auteurs	Question	Devis <sup>a</sup>	Échantillon			Méthode		
			N - % de femmes – Provenance – % d'ÉSPT <sup>b</sup> /SSPT - Groupe	Âge	Type de traumatisme <sup>c</sup>	Variables	Collecte <sup>e</sup>	Analyse <sup>f</sup>
Najavits et Walsh (2012)	1	T	77 femmes Population clinique, 100% d'ÉSPT (61 Faible niveau de dissociation/ 16 Haut niveau de dissociation)	37,6 ans (é.t. 8,9)	I, N-I	Dissociation	Q/s.o.	U
						TUS	Q/s.o.	
						SSPT	Q/s.o.	
						Stratégies d'adaptation	Q/s.o.	
Dufour <i>et al.</i> (2001)	1	T	40 femmes 100% de SSPT (20 résilientes d'une population générale/20 dépendantes d'une population clinique)	32,5 ans (é.t. 7,5)	I	SSPT	Q/PP	U, M
						Stratégies d'adaptation	Q/PP	
Lalonde et Nadeau (2012)	1,2	T	51 sujets dont 17,7% de femmes Population clinique (26 sans ÉSPT/ 25 avec ÉSPT)	46 ans (é.t. 7,2)	I, N-I	ÉSPT	Q/PP	U
						TUS	Q/PP	
						Stratégies d'adaptation	Q/PP	
Staiger <i>et al.</i> (2009)	1, 2	T	66 sujets dont 36,4% de femmes Population clinique (30 sans ÉSPT/36 avec ÉSPT)	20,4 ans (é.t. 2,4)	I	ÉSPT	Q/PP	M
						Comportement lié à la consommation	Q/PP	
						Stratégies d'adaptation (médiatrice)	Q/PP	
						Variable de contrôle : Fréquence d'usage d'alcool		
Read <i>et al.</i> (2014)	1, 2	L	734 sujets dont 73% de femmes Population générale 21% d'ÉSPT/21 % de SSPT	18,1 ans (é.t. 0,5)	I, N-I	SSPT	Q/PP	U, M
						Problème d'alcool	Q/PP	
						Stratégies d'adaptation (médiatrice)	Q/PP	
						Modérateurs : Réexposition et Type de trauma, Genre		
Held <i>et al.</i> (2015)	2	T	72 sujets dont 32% de femmes Population clinique, 100% de SSPT	34,4 ans (é.t. 11,4)	I, N-I	Sévérité de l'ÉSPT	Q/PP	M
						Stratégies d'adaptation	Q/PP	
Arévalo <i>et al.</i> (2008)	2	T	393 femmes Population clinique 100% de SSPT	33,7 ans (é.t. 7,4)	s.o. <sup>d</sup>	Perception du stress	Q/PP	M
						SSPT	Q/PP	
						Stratégies d'adaptation (médiatrice)	Q/PP	
						Sévérité de la dépendance	Q/PP	
Hunt (2013)	2	T	97 sujets Population clinique 32,7% d'ÉSPT	45 ans (é.t. 10,5)	I, N-I	Consommation problématique	Q/M, E/PP	U, M
						Traumatisme	Q/M	
						Stratégies d'adaptation (médiatrice)	Q/PP	
						Variables de contrôle : Genre, Ethnicité, CPP dans la famille		

Légende : a) Transversal (T), Longitudinal (L); b) État de stress post-traumatique (ÉSPT); c) Interpersonnel (I), Non-interpersonnel (N-I); d) Sans objet (s.o.); e) Questionnaire (Q), Entrevue structurée (E); Propriétés psychométriques satisfaisantes (PP), Maison (M); f) Univariée (U), Multivariée (M).

Toutes les études recensées sont quantitatives et pour sept d'entre elles le devis est corrélational transversal (Arévalo *et al.*, 2008; Dufour *et al.*, 2001; Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Staiger *et al.*, 2009) alors que l'une est corrélational longitudinal (Read *et al.*, 2014). Quatre études observent des différences entre des groupes, soit le faible niveau de dissociation versus le haut niveau de dissociation (Najavits et Walsh, 2012), la résilience face à la dépendance (Dufour *et al.*, 2001) et l'absence comparativement à la présence d'état de stress post-traumatique (Lalonde et Nadeau, 2012; Staiger *et al.*, 2009). Quatre études observent des associations entre les stratégies d'adaptation et les SSPT (Held *et al.*, 2015; Lalonde et Nadeau, 2012; Read *et al.*, 2014) ou le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) (Hunt, 2013). Enfin, trois études observent le rôle médiateur des stratégies d'adaptation dans l'association entre les SSPT et la CPP (Arévalo *et al.*, 2008; Read *et al.*, 2014; Staiger *et al.*, 2009) ou dans l'association entre le moment de survenue du traumatisme et la CPP (Hunt, 2013).

Quant aux caractéristiques de l'échantillon, trois études s'intéressent uniquement aux femmes (Arévalo *et al.*, 2008; Dufour *et al.*, 2001; Najavits et Walsh, 2012) tandis que les autres études étudient à la fois les hommes et les femmes dans des proportions distinctes non équivalentes. Toutes les études recensées portent sur une population d'adultes, toutefois deux études ciblent davantage les jeunes adultes (Staiger *et al.*, 2009; Read *et al.*, 2014). La provenance des échantillons est majoritairement clinique, c'est-à-dire issue de centres de réadaptation en dépendance (Arévalo *et al.*, 2008; Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Staiger *et al.*, 2009), à l'exception de trois études, deux dont l'échantillon provient de la population générale (Najavits et Walsh, 2012; Read *et al.*, 2014) et une dont l'échantillon est composé en partie égale d'une population clinique et générale (Dufour *et al.*, 2001).

La proportion de SSPT voire d'état de stress post-traumatique diffère entre les échantillons, c'est-à-dire que pour 4 des études, 100 % de l'échantillon présente des



SSPT (Arévalo *et al.*, 2008; Dufour *et al.*, 2001; Held *et al.*, 2015) ou un état de stress post-traumatique (Najavits et Walsh, 2012) alors que pour 3 d'entre elles, la proportion de participants présentant un état de stress post-traumatique s'élève à respectivement 54,6 % (Staiger *et al.*, 2009), à 49,0 % (Lalonde et Nadeau, 2012) et à 32,7 % (Hunt, 2012). Enfin, l'une des études affiche une proportion égale de SSPT (21,0 %) et d'état de stress post-traumatique (21,0 %) (Read *et al.*, 2014). Pour ce qui est du type de traumatisme évalué, dans cinq études, les traumatismes vécus sont de nature interpersonnelle et non-interpersonnelle (Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Read *et al.*, 2014), dans deux études, ils sont uniquement interpersonnelle (Dufour *et al.*, 2001; Staiger *et al.*, 2009) et une seule étude ne précise pas la nature des traumatismes (Arévalo *et al.*, 2008).

Au sujet des stratégies d'adaptation au stress, les études recensées évaluent rétrospectivement leur fréquence d'utilisation en regard à une situation de stress au moyen de questionnaires auto-rapportés présentant tous des propriétés psychométriques satisfaisantes (Dufour *et al.*, 2001; Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Read *et al.*, 2014; Staiger *et al.*, 2009). Seule l'étude d'Arévalo *et al.* (2008) questionne, à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté présentant des propriétés psychométriques satisfaisantes, les répondants sur la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation afin de faire face à des situations problématiques liées à leur CPP. Les études recensées ont traité les stratégies d'adaptation au stress de quatre façons différentes, soit a) selon l'approche de l'engagement versus du désengagement (Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Najavits et Walsh, 2012); b) en fonction de leur efficacité, c'est-à-dire adaptée ou positive versus inadaptée ou négative (Lalonde et Nadeau, 2012; Read *et al.*, 2014); c) selon qu'elles sont centrées sur le problème, centrées sur l'émotion ou de type évitement (Staiger *et al.*, 2009) et d) selon qu'elles sont de type réévaluation positive/résolution de problèmes, de type recherche de soutien social ou de type distanciation/évitement (Dufour *et al.*, 2001).

Dans toutes les études, les SSPT sont mesurés rétrospectivement à l'aide de questionnaires auto-rapportés possédant tous des propriétés psychométriques satisfaisantes. Dans la seule étude portant sur le traumatisme (Hunt, 2013), le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) est mesuré rétrospectivement par un questionnaire maison auto-rapporté. Pour ce qui est de la CPP, les études recensées mesurent cette variable de façon rétrospective et au moyen de questionnaires auto-rapportés possédant des propriétés psychométriques satisfaisantes (Arévalo *et al.*, 2008; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Read *et al.*, 2014). Une seule étude utilise un questionnaire maison ainsi qu'une entrevue structurée pour mesurer ce concept (Hunt, 2013). Quatre études évaluent la consommation problématique d'alcool et de drogues (Arévalo *et al.*, 2008; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012), une se centre uniquement sur la consommation problématique d'alcool (Read *et al.*, 2014) et une autre évalue les comportements associés à la consommation d'alcool et de drogues (Staiger *et al.*, 2009).

En ce qui concerne les analyses statistiques, deux études font uniquement des analyses univariées (Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012), trois études combinent les analyses univariées et multivariées (Dufour *et al.*, 2001; Hunt, 2013; Read *et al.*, 2014), tandis que trois études emploient uniquement des analyses multivariées (Arévalo *et al.*, 2008; Held *et al.*, 2015; Staiger *et al.*, 2009). Enfin, deux études prennent en considération des variables de contrôle, soit la fréquence d'usage d'alcool (Staiger *et al.*, 2009), le genre, l'ethnicité et la présence d'un TUS dans la famille (Hunt, 2013). Une étude observe les effets modérateurs de la réexposition à un traumatisme, le type de traumatisme et le genre (Read *et al.*, 2014).

### 3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

#### 3.1 Première question de recension

La première question de recension vise à documenter les stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT. Les cinq études ayant permis de répondre à cette question sont récentes. En effet, il semble que ce ne soit que depuis les cinq dernières années que l'étude des stratégies d'adaptation au stress chez une population présentant la cooccurrence d'une CPP et de SSPT se soit développée. Une synthèse des principaux résultats des études recensées est présentée au tableau 6 de la page suivante.

Lalonde et Nadeau (2012) ont recruté, au sein d'un centre de réadaptation en dépendance, 51 sujets, hommes et femmes, ayant été victimes au cours de leur vie d'évènements traumatiques interpersonnels et/ou non-interpersonnels. Leurs résultats démontrent que les individus présentant à la fois un trouble lié à l'usage de substances et un état de stress post-traumatique déploient plus fréquemment des stratégies d'adaptation inadaptées (dénier, usage de substances, auto-accusation) afin de faire face aux situations de stress comparés aux individus ayant uniquement un trouble lié à l'usage de substances. Inversement, les individus présentant à la fois un trouble lié à l'usage de substances et un état de stress post-traumatique utilisent moins fréquemment les stratégies adaptées (réévaluation positive, humour, acceptation) que les individus ayant uniquement un trouble lié à l'usage de substances.

Bien que les échantillons diffèrent, les résultats de l'étude de Lalonde et Nadeau (2012) sont corroborés par ceux de Staiger *et al.* (2009), de Dufour *et al.* (2001) ainsi que de Najavits et Walsh (2012). L'ensemble de ces études a, en effet, démontré que les individus présentant à la fois un trouble lié à l'usage de substances et des SSPT ou un état de stress post-traumatique se distinguent quant aux types de stratégies d'adaptation utilisées. D'abord, Staiger *et al.* (2009), dont l'étude comprend un échantillon de 66 jeunes adultes, hommes et femmes, de trois centres de réadaptation en dépendance, victimes de traumatismes de type interpersonnel, ont conclu que les individus présentant la cooccurrence de troubles utilisent plus fréquemment des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (auto-accusation, tension, colère) que les

**Tableau 6**  
**Résultats des études liées à la première question de recension**

Question de recension : 1) Quelles sont les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT ?					
Auteurs	Échantillon			Résultats	Limites
	N - % de femmes – Provenance - % d'ÉSPT <sup>a</sup> /SSPT -Groupe	Âge	Type de traumatisme <sup>b</sup>		
Dufour <i>et al.</i> (2001)	40 femmes 100 % de SSPT (20 résilientes d'une population générale/ 20 dépendantes d'une population clinique)	32,5 ans (é.t. 7,5)	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Dépendantes : Utilisation plus fréquente des stratégies d'adaptation de type distanciation/évitement;</li> <li>•70 % des dépendantes utiliseraient fréquemment les stratégies d'adaptation de type distanciation/évitement et occasionnellement les stratégies d'adaptation de type recherche de soutien social et réévaluation positive/résolution de problèmes;</li> <li>•70% des résilientes utiliseraient fréquemment les stratégies d'adaptation de type recherche de soutien social et réévaluation positive/résolution de problèmes et rarement les stratégies d'adaptation de type distanciation/évitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible taille de l'échantillon;</li> <li>• Échantillon uniquement composé de femmes;</li> <li>• Provenance et caractéristiques de l'échantillon;</li> <li>• Évaluation rétrospective.</li> </ul>
Lalonde et Nadeau (2012)	51 sujets dont 17,7 % de femmes Population clinique (26 sans / 25 avec ÉSPT)	46 ans (é.t. 7,2)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>•TUS<sup>c</sup> + ÉSPT : Utilisation plus fréquente des stratégies inadaptées en général ainsi que des stratégies inadaptées de type déni, usage de substance et auto-accusation;</li> <li>•TUS + ÉSPT : Utilisation moins fréquente des stratégies adaptées (réévaluation positive, humour et acceptation).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible taille de l'échantillon;</li> <li>• Déséquilibre homme/femme;</li> <li>• Échantillon clinique;</li> <li>• Devis transversal;</li> <li>• Analyses univariées.</li> </ul>
Najavits et Walsh (2012)	77 femmes Population clinique, 100 % d'ÉSPT (61 Faible niveau de dissociation/ 16 Haut niveau de dissociation)	37,6 ans (é.t. 8,9)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>•TUS + ÉSPT + haut niveau de dissociation : Utilisation plus fréquente des stratégies d'adaptation de type auto-accusation;</li> <li>•TUS + ÉSPT + haut niveau de dissociation : Utilisation moins fréquente des stratégies de type résolution de problèmes et engagement centré sur le problème.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillon de sexe féminin;</li> <li>• Devis transversal;</li> <li>• Analyses univariées;</li> <li>• Mesure du TUS;</li> <li>• Confusion des symptômes liés à l'usage de substance, au sevrage et à la dissociation.</li> </ul>
Read <i>et al.</i> (2014)	734 sujets dont 73 % de femmes Population générale 21% d'ÉSPT/21% de SSPT	18,1 ans (é.t. 0,5)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Femmes : Utilisation plus fréquente des stratégies d'adaptation négatives (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> temps de mesure) et des stratégies d'adaptation positives (3<sup>e</sup> temps de mesure).</li> </ul>	(Voir tableau 7)
Staiger <i>et al.</i> (2009)	66 sujets dont 36,4 % de femmes Population clinique (30 sans / 36 avec ÉSPT)	20,4 ans (é.t. 2,4)	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>•TUS + ÉSPT : utilisation plus fréquente des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillon clinique;</li> <li>• Faible taille de l'échantillon;</li> <li>• Âge des participants.</li> </ul>

Légende : a) État de stress post-traumatique (ÉSPT); b) Interpersonnel (I), Non-interpersonnel (N-I); c) Trouble lié à l'usage de substances (TUS).

individus présentant uniquement un trouble lié à l'usage de substances. Puis, Dufour *et al.* (2001), qui ont étudié une population de 40 femmes ayant été victimes d'abus sexuel à l'enfance dont la moitié d'entre elles provient d'un centre de réadaptation en dépendance alors que l'autre moitié provient de la population générale, ont décelé un profil d'utilisation des stratégies d'adaptation qui caractérisent 70 % des femmes présentant un trouble lié à l'usage de substances. Celles-ci utiliseraient fréquemment des stratégies d'adaptation de type distanciation/éviterment et occasionnellement des stratégies de type recherche de soutien social et de type réévaluation positive/résolution de problèmes. Selon ces mêmes auteurs, les femmes ayant un trouble lié à l'usage de substances se distingueraient significativement des femmes de la population générale quant à la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation de type distanciation/éviterment en les utilisant davantage. Najavits et Walsh (2012) ont recruté un échantillon populationnel de 77 femmes ayant été victimes d'évènements traumatiques interpersonnels et/ou non-interpersonnels. Ils concluent que les femmes présentant un trouble lié à l'usage de substances, un état de stress post-traumatique et un haut niveau de dissociation utilisent plus fréquemment des stratégies d'adaptation de type auto-accusation et plus rarement celles de type résolution de problèmes ou engagement centré sur le problème (résolution de problèmes, restructuration cognitive), comparativement aux femmes de l'échantillon ayant un trouble lié à l'usage de substances et un état de stress post-traumatique, mais un faible niveau de dissociation.

Bien que Lalonde et Nadeau (2012) et Staiger *et al.* (2009) avaient un échantillon mixte, seuls Read *et al.* (2014) ont étudié la question des différentes stratégies d'adaptation selon le genre. Pour ce faire, ces auteurs ont recruté un échantillon de 734 étudiants universitaires, hommes et femmes, provenant de la population générale. Tous avaient été victimes d'évènements traumatiques interpersonnels et/ou non-interpersonnels et avaient un problème de consommation d'alcool. Ces auteurs concluent qu'à situation comparable, les femmes font usage plus fréquemment que les hommes des stratégies d'adaptation négatives (comportement de

désengagement, auto-accusation). De plus, deux ans après le début de l'étude, les femmes utilisent plus fréquemment des stratégies d'adaptation positives (stratégie active, planification) que les hommes de l'échantillon.

### 3.2 Deuxième question de recension

La seconde question de recension vise à documenter la présence de différences quant aux stratégies d'adaptation au stress utilisées, chez les hommes et les femmes, en fonction de la nature des SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, extériorisation, somatisation). Parmi les études recensées, aucune n'a permis de répondre directement à cette question. Fautes d'études abordant la seconde question de recension, six études relativement récentes ont été retenus puisqu'elles permettent d'y répondre partiellement. Plus précisément, ces études ont étudié l'association entre le type de stratégies d'adaptation utilisé et la gravité des SSPT. Une synthèse des résultats des études recensées est exposée au tableau 7 présenté à la page suivante.

Lalonde et Nadeau (2012), dont l'échantillon est composé d'hommes et de femmes provenant d'un centre de réadaptation en dépendance et ayant été victimes de traumatismes interpersonnels et/ou non-interpersonnels, ont conclu qu'une sévérité de symptômes d'état de stress post-traumatique élevée est associée à une utilisation fréquente de stratégies d'adaptation inadaptées (dénier, usage de substance, auto-accusation) et rare de stratégies d'adaptation adaptées (réévaluation positive, acceptation). Bien qu'ils n'aient pas étudié les mêmes stratégies d'adaptation, Held *et al.* (2015) arrivent à des résultats similaires auprès d'un échantillon comparable de 72 sujets. Ainsi, pour ces auteurs également, l'utilisation fréquente de stratégies d'adaptation de type désengagement centré sur l'émotion (auto-accusation, isolement social) est associée à une plus grande sévérité de l'état de stress post-traumatique. De plus, l'utilisation fréquente de stratégies d'adaptation de type désengagement centré sur l'émotion est associée à une plus grande utilisation de stratégies de type désengagement centré sur le problème (évitement du problème, pensée magique).

Tableau 7

## Résultats des études liées à la deuxième question de recension

Question de recension : 2) Les stratégies d'adaptation au stress diffèrent-elles, chez les hommes et les femmes, en fonction de la nature des SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, extériorisation, somatisation) ?					
Auteurs	Échantillon			Résultats	Limites
	N - % de femmes Provenance % d'ÉSPT <sup>a</sup> /SSPT Groupe	Âge	Type de traumatisme <sup>b</sup>		
Arévalo <i>et al.</i> (2008)	393 femmes Population clinique 100 % de SSPT	33,7 ans (é.t. 7,4)	s.o.c	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies d'adaptation pas un médiateur significatif ;</li> <li>Haut niveau de perception de stress → utilisation fréquente de stratégies d'adaptation, ce qui est → à la sévérité de la dépendance aux drogues (lien indirect).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devis transversal;</li> <li>Questionnaires auto-rapportés;</li> <li>Échantillon entièrement féminin;</li> <li>Modification apportée au protocole d'administration du <i>Brief COPE</i>.</li> </ul>
Held <i>et al.</i> (2015)	72 sujets dont 32 % de femmes Population clinique 100 % de SSPT	34,4 ans (é.t. 11,4)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation fréquente de stratégies d'adaptation de type désengagement centré sur l'émotion → plus grande sévérité de l'ÉSPT;</li> <li>Utilisation fréquente de stratégies d'adaptation de type désengagement centré sur l'émotion → une utilisation plus fréquente de stratégies de type désengagement centré sur le problème.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionnaire auto-rapportés;</li> <li>Faible taille de l'échantillon;</li> <li>Déséquilibre homme/femme;</li> <li>Centration sur les stratégies de type désengagement.</li> </ul>
Hunt (2013)	97 sujets Population clinique 32,7 % d'ÉSPT	45 ans (é.t. 10,5)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatisme lié à l'enfance : Utilisation faible des stratégies d'adaptation de type engagement (même lorsque le genre, l'ethnicité et la CPP dans la famille sont contrôlés);</li> <li>Traumatisme lié à l'âge adulte : Utilisation faible des stratégies d'adaptation de type engagement;</li> <li>Présence d'un traumatisme lié à l'enfance associé à une ↓ de la fréquence d'utilisation des stratégies de type engagement, ce qui est associé à une ↑ de la tendance à consommer de l'alcool de façon problématique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible taille de l'échantillon;</li> <li>Échantillon clinique;</li> <li>Âge des participants;</li> <li>Validité des mesures auto-rapportées;</li> <li>Moment de survenu du traumatisme.</li> </ul>
Lalonde et Nadeau (2012)	51 sujets - 17,7 % de femmes Population clinique 26 sans/ 25 avec ÉSPT	46 ans (é.t. 7,2)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ sévérité des symptômes de l'ÉSPT est associé à une utilisation rare des stratégies adaptées et fréquente des stratégies inadaptées.</li> </ul>	(Voir tableau 6)
Read <i>et al.</i> (2014)	734 sujets - 73 % de femmes Population générale 21% d'ÉSPT/21% de SSPT	18,1 ans (é.t. 0,5)	I, N-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation fréquente des stratégies d'adaptation négatives au temps 1 prédit significativement une ↑ des SSPT au temps 2 (ainsi qu'entre le 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> temps);</li> <li>Haut niveau de SSPT au temps 1 prédit une utilisation + fréquente de stratégies négatives au temps 2;</li> <li>+ de conséquences liées à la consommation problématique d'alcool au temps 1 est associé à une plus ↑ fréquence d'utilisation des stratégies négatives au temps 2, ce qui est associé à + de SSPT au temps 3 (médiation significative);</li> <li>Aucun effet des modérateurs sur le modèle de médiation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échantillon populationnel universitaire;</li> <li>Écart trop long, soit d'un an, entre chaque temps de mesure limite la capacité à observer des associations;</li> <li>Centration uniquement sur l'alcool;</li> <li>Faible taille d'effet obtenu lors de l'analyse de médiation.</li> </ul>
Staiger <i>et al.</i> (2009)	66 sujets - 36,4 % de femmes Population clinique 30 sans/ 36 avec ÉSPT	20,4 ans (é.t. 2,4)	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ sévérité des symptômes de l'ÉSPT est associé à davantage d'utilisation des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion et à ↑ niveau de consommation dans des situation négatives, et ce, lorsque la fréquence d'usage d'alcool au cours du dernier mois est contrôlé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devis transversal;</li> </ul>

Légende : a) État de stress post-traumatique (ÉSPT); b) Interpersonnel (I), Non-interpersonnel (N-I); c) Sans objet (s.o.).

L'étude longitudinale de Read *et al.* (2014), auprès d'une population universitaire d'hommes et de femmes victimes de traumatismes interpersonnels et/ou non-interpersonnels, a aussi porté sur l'association entre les stratégies d'adaptation et les SSPT. Cette étude démontre également qu'un haut niveau de SSPT permet de prédire dans le temps une utilisation plus fréquente de stratégies d'adaptation négatives (comportement de désengagement, auto-accusation) et, qu'à son tour, l'utilisation fréquente de ces stratégies prédit l'augmentation des SSPT dans le temps.

Dans sa thèse, Hunt (2013) a étudié l'association entre les stratégies d'adaptation et le moment de survenue du traumatisme. L'échantillon composé de 97 sujets, hommes et femmes, provenait de deux centres de réadaptation en dépendance. Les résultats indiquent que la présence d'un traumatisme lié à l'enfance (abus physique, sexuel et psychologique) est associée à une faible utilisation de stratégies d'adaptation de type engagement (résolution de problèmes, restructuration cognitive, expression des émotions, recherche de soutien social). Cette différence est observée même quand le genre, l'ethnicité et la présence d'une CPP dans la famille sont contrôlés. Ces variables de contrôle ont, toutefois, influencé la relation entre la présence d'un traumatisme lié à l'âge adulte (abus physique, abus sexuel, violence conjugale, désastre naturel, accident) et l'utilisation de stratégies d'adaptation de type engagement. En ce sens, si la présence d'un traumatisme lié à l'âge adulte est significativement associée à l'utilisation de stratégies d'adaptation de type engagement, cette association n'est plus significative lorsque le genre, l'ethnicité et la présence d'un CPP dans la famille sont contrôlés.

Certains auteurs ont aussi étudié les stratégies d'adaptation en tant que variable médiatrice dans l'association entre les SSPT ou le type de traumatisme et la CPP. Read *et al.* (2014) ont conclu, malgré une faible taille d'effet, que davantage de conséquences liées à la consommation problématique d'alcool sont associées, un an plus tard, à l'augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation négatives, ce qui à son tour prédit une plus grande sévérité de SSPT un an plus tard, et ce, auprès d'un échantillon universitaire d'hommes et de femmes. Aucune des variables



modératrices étudiées (genre, réexposition à un traumatisme et type de traumatisme) n'a montré un effet significatif. Staiger *et al.* (2009), dans leur étude transversale auprès d'un échantillon clinique de 66 sujets, hommes et femmes, victimes d'un traumatisme interpersonnel, bien qu'ils se soient intéressés en sens inverse aux variables, arrivent à des conclusions comparables. Ainsi, pour ces auteurs, une plus grande sévérité de SSPT est associée à une utilisation plus fréquente de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (auto-accusation, tension, colère), ce qui est associée à un niveau plus élevé de consommation dans des situations négatives, et ce, lorsque la fréquence d'usage d'alcool au cours des 30 derniers jours est contrôlée. Hunt (2013) conclut, pour sa part, que la présence d'un traumatisme lié à l'enfance est associée à une utilisation moins fréquente de stratégies d'adaptation de type engagement, ce qui à son tour est associée à une consommation problématique d'alcool plus sévère. Seule l'étude de Read *et al.* (2014) permet réellement de conclure à une relation de médiation en raison du devis longitudinal utilisé.

Enfin, toujours en réponse à l'étude des stratégies d'adaptation à titre de variable médiatrice, Arévalo *et al.* (2008) n'ont pas été en mesure de démontrer la présence du rôle médiateur des stratégies d'adaptation dans l'association entre les SSPT et la sévérité de la dépendance à l'alcool ou aux drogues. Leur étude portant sur une population de 393 femmes d'un centre de réadaptation en dépendance atteste, toutefois, d'un lien indirect entre un haut niveau de perception de stress et un haut niveau de dépendance aux drogues. Ce lien passant par une faible utilisation de stratégies d'adaptation que celles-ci soient adaptées ou inadaptées.

#### 4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Les différentes études recensées concluent en des liens entre la CPP, les SSPT et les stratégies d'adaptation au stress. En somme, les individus d'âge adulte, hommes et femmes, ayant été victimes de traumatismes interpersonnels et/ou non-interpersonnels et présentant à la fois une CPP et des SSPT, pour faire face aux

situations de stress, utilisent plus fréquemment les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion et plus rarement les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (Dufour *et al.*, 2001; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Staiger *et al.*, 2009). Une association bidirectionnelle positive est observée entre la sévérité des SSPT et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion chez les individus présentant la cooccurrence (CPP/SSPT) (Held, Owens et Anderson, 2015; Lalonde et Nadeau, 2012; Read *et al.*, 2014; Staiger *et al.*, 2009). En outre, une plus grande sévérité de SSPT est associée à une utilisation moins fréquente des stratégies d'adaptation centrées sur le problème (Lalonde et Nadeau, 2012). Le fait d'être exposé à un haut niveau de perception de stress est également associé à une diminution générale de l'utilisation de stratégies d'adaptation, peu importe le type (Arévalo *et al.*, 2008).

Comparées aux hommes, lorsqu'étudiée à l'aide d'analyses univariées, la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion est plus élevée chez les femmes présentant à la fois une consommation problématique d'alcool et des SSPT (Read *et al.*, 2014). Or, à long terme, les femmes de cette même population utilisent plus de stratégies centrées sur le problème que les hommes. Toutefois, lorsqu'étudié à l'aide d'analyses multivariées, le genre des participants ne modère pas l'association entre les conséquences de la consommation problématique d'alcool, les stratégies d'adaptation et les SSPT (*Ibid.*).

Il convient, toutefois, d'être prudent dans la comparaison et l'interprétation des résultats. En effet, si dans l'ensemble des études le concept de « stratégies d'adaptation » retenu est comparable à la classification utilisée, soit la structure bidimensionnelle de Lazarus et Folkman (1984) (centrées sur le problème et centrées sur l'émotion), tous les types de stratégies n'ont pas été étudiés de la même manière dans toutes les études. À titre de comparatif, les stratégies d'adaptation positives, adaptées, engagées, de type recherche de soutien social et de type réévaluation positive/résolution de problèmes représentent toute la même dimension soit les stratégies centrées sur le problème, alors que les stratégies négatives, inadaptées,

désengagées, d'évitement et de type distanciation/évitement sont tous des synonymes de stratégies centrées sur l'émotion (Lazarus et Folkman, 1984; Read *et al.*, 2014). De plus, les échantillons (femmes seulement ou mixtes), le type de clientèle (clinique ou populationnel), le type (interpersonnel ou non-interpersonnel) et le moment de survenue du traumatisme (enfance ou âge adulte) de même que l'introduction ou non de variables de contrôle ou modératrices ont pu influencer les résultats obtenus, et ce, puisque ces variables ne sont pas considérées dans toutes les études recensées.

Différentes limites ont été identifiées dans les études recensées. Ainsi, outre l'étude de la sévérité des SSPT et de la présence/absence de l'état de stress post-traumatique, aucune de ces études n'a observé la diversité des SSPT et la sévérité de chacune des échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, extériorisation, somatisation) selon les différentes stratégies d'adaptation au stress (acceptation/confrontation, résolution de problèmes, autocontrôle, recherche de soutien social, auto-accusation, fuite/évitement, distanciation, réévaluation positive). En effet, ces études ont davantage orienté leur analyse en fonction de l'efficacité ou de l'inefficacité des stratégies d'adaptation aux dépens de la diversité des stratégies utilisées. De ce fait, aucune des études ne permettent de connaître le type de stratégies d'adaptation impliquées dans l'augmentation ou la diminution de la sévérité des SSPT de même que la nature des SSPT mis en cause. En raison de l'imprécision des études recensées quant à l'orientation qu'ils ont choisie pour traiter des stratégies d'adaptation et des SSPT, il devient plus que pertinent de pallier à cette limite en utilisant une classification plus exhaustive pour traiter des stratégies d'adaptation et des SSPT.

De plus, si certaines études avaient des échantillons mixtes (hommes/femmes), une seule étude (Read *et al.* 2014) s'est intéressée aux différences possibles entre les hommes et les femmes quant aux stratégies d'adaptation utilisées. Une tendance sociale a été démontrée à l'effet que les femmes utiliseraient davantage de stratégies centrées sur l'émotion alors que les hommes utiliseraient davantage de stratégies centrées sur le problème (Matud, 2004). Le genre est un facteur d'influence

auxquels il s'avère important de porter une attention particulière afin de limiter son effet sur les résultats. Ainsi, il serait pertinent de comparer les hommes et les femmes afin de statuer s'il existe une réelle différence de genre quant aux stratégies d'adaptation au stress.

La majorité des études recensées ont recruté des individus ayant été victimes de traumatismes interpersonnels et/ou non-interpersonnels au cours de leur vie que ce soit à l'enfance et/ou à l'âge adulte (Held *et al.*, 2015; Hunt, 2013; Lalonde et Nadeau, 2012; Najavits et Walsh, 2012; Read *et al.*, 2014). Or, le type de traumatisme vécu et leur moment de survenue ont été considérés par une seule des études recensées (Hunt, 2013). Cette étude rapporte que le maintien de la consommation d'alcool et/ou de drogues peut être influencé par le moment de survenue du traumatisme, c'est-à-dire que plus le traumatisme est éloigné dans le temps moins l'individu consommerait pour faire face aux symptômes traumatiques et plus il consommerait en raison de sa dépendance. De plus, si le type de traumatisme a été considéré en tant que variable modératrice par une étude (Read *et al.*, 2014) visant à étudier l'association entre les conséquences de la consommation problématique d'alcool, les stratégies d'adaptation et les SSPT, aucun effet modérateur n'a été démontré par cette variable.

Enfin, deux des études recensées (Hunt 2013, Staiger *et al.*, 2009) démontrent que certaines variables de contrôle (le genre, l'ethnicité, la présence d'un CPP dans la famille et la fréquence d'usage d'alcool), sont à considérer lors de l'étude des stratégies d'adaptation chez une population présentant à la fois une CPP et des SSPT.

## 5. OBJECTIFS DE RECHERCHE

En résumé, le fait d'utiliser plus fréquemment des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion chez les individus présentant à la fois une CPP et des SSPT a pour conséquence d'amplifier voire de maintenir leurs symptômes traumatiques. De ce fait, en étudiant la diversité des stratégies d'adaptation utilisées par ces individus, ce

mémoire permet d'aller au-delà de l'efficacité versus l'inefficacité des stratégies. En outre, sachant qu'il existe une association entre la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, celles centrées sur le problème et la sévérité des SSPT, ce mémoire tente aussi de mettre en relation les différents types de stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT. Enfin, tel que recommandé par les études recensées, ce mémoire contrôle pour l'âge et le moment de survenue de l'évènement traumatique (enfance, âge adulte), et ce, afin de limiter l'effet possible de ces variables.

Le présent mémoire a pour but de dresser un portrait détaillé des différents types de stratégies d'adaptation utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant la comorbidité d'une CPP et de SSPT à l'aide de la typologie en huit catégories de Folkman et ses collègues (1986) (auto-accusation, acceptation/confrontation, distanciation, recherche de soutien social, résolution de problème, maîtrise de soi, réévaluation positive, fuite/évitement).

Le premier objectif de cette étude vise à décrire et comparer le type et la diversité des stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT.

Le deuxième objectif vise à identifier s'il existe une association entre les différents types de stratégies d'adaptation au stress utilisées par les individus présentant la double problématique (CPP/SSPT) et les différentes échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) selon le genre tout en contrôlant pour l'âge et le moment de survenue des évènements traumatiques (enfance, âge adulte).

## **TROISIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Ce troisième chapitre consiste à énoncer la méthodologie de recherche utilisée pour atteindre les objectifs de recherche préalablement énoncés. Ainsi, le contexte de l'étude, l'échantillon, les variables et instruments de mesure ainsi que les analyses statistiques seront décrits.

### 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le présent projet de recherche s'inscrit à l'intérieur d'une plus grande étude dirigée par Laventure, Paquette et Garneau (2016) concernant l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité du programme *Maître de sa vie* offert au Centre de réadaptation Portage-Québec. Précisons que ce centre offre des services en réadaptation de la dépendance à des usagers présentant une CPP. Une certification éthique a été délivrée à la chercheuse Myriam Laventure par le comité d'éthique à la recherche en Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke (voir annexe A) pour l'ensemble du projet. En regard aux règles éthiques, des mesures strictes en matière de confidentialité et de consentement (par exemple, la conservation des données en lieu sûr, la dénominalisation des questionnaires, la présence d'un formulaire de consentement libre et éclairé) ont été prises.

La sélection des participants s'est effectuée par les intervenants du Centre de réadaptation Portage-Québec lors de l'évaluation d'accueil des usagers. Les intervenants avaient pour responsabilité de solliciter la participation des usagers répondant aux critères d'inclusion, c'est-à-dire ayant rapportés, à leur entrée en service, a) une CPP, b) des événements traumatiques interpersonnels passés (abus physique, sexuel et/ou psychologique) et c) des SSPT. Une semaine avant le début du programme, un assistant de recherche a rencontré tous les individus ayant répondu aux critères d'inclusion et ayant manifestés un intérêt à participer à l'étude. Lors de cette rencontre,

l'assistant de recherche à présenter en détail le projet de recherche et à procéder à la signature des formulaires de consentement. Ensuite, le protocole d'évaluation pré-programme (voir annexe B), assumé par des assistances de recherche, a été complété par les participants. La durée de l'évaluation a été d'environ 60 minutes. L'ensemble de la collecte de données a été réalisé sur un peu plus d'un an, soit de janvier 2014 à avril 2015. Au total, 14 cohortes dont 7 d'hommes et 7 de femmes ont participé au programme *Maître de sa vie* ainsi qu'à l'étude.

Les mesures prises auprès des participants lors de l'évaluation pré-programme sont celles qui seront analysées dans la présente étude. En vue de répondre aux objectifs de l'étude, un devis corrélationnel transversal a été utilisé.

## 2. ÉCHANTILLON

Les participants de ce projet de recherche sont ceux ayant participé au programme *Maître de sa vie* offert au Centre de réadaptation Portage-Québec. Dans cette section seront présentés les caractéristiques des participants en regard à leur statut sociodémographique ainsi qu'aux critères d'inclusion à l'étude.

L'échantillon de convenance est composé de 75 adultes (37 femmes et 38 hommes) âgés en moyenne de 35,3 ans (é.t. = 10,5). Les caractéristiques sociodémographiques, présentées au tableau 8, permettent de constater que la majorité des adultes composant l'échantillon sont célibataires et qu'un peu plus de la moitié (57,3 %) ont minimalement obtenu un diplôme d'études secondaires. À leur entrée en service, la grande majorité d'entre eux n'occupait aucun emploi et une personne sur deux bénéficiait d'aide sociale. Le revenu familial total est pour 46 % de l'échantillon inférieur à 12 000 \$ par année. Des analyses comparatives de type chi-carré et test-t ont été effectuées pour chacune des caractéristiques sociodémographiques, et ce, en fonction du genre. Seul l'âge des participants a démontré une différence significative

entre les genres [ $t(73) = -1,69$ ,  $p < 0,01$ ], c'est-à-dire qu'au sein de l'échantillon les hommes sont en moyennes plus âgés que les femmes.

Tableau 8  
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Âge	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 37)	Total (n = 75)
• Moyenne d'âge (É.T.)	37,3 ans (11,5)	33,2 ans (9,2)	35,3 ans (10,5)
État civil	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 37)	Total (n = 75)
• Célibataire	84,2 %	89,2 %	86,7 %
• En couple	10,5 %	5,4 %	8,0 %
• Séparé/divorcé	5,3 %	5,4 %	5,3 %
Niveau de scolarité	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 37)	Total (n = 75)
• Études primaires	2,6 %	0,0 %	1,3 %
• Études secondaires (sans diplôme)	44,7 %	37,8 %	41,3 %
• Diplôme d'études secondaires	21,1 %	18,9 %	20,0 %
• Diplôme d'études professionnelles ou attestation d'études collégiales	13,2 %	32,4 %	22,7 %
• Diplômes d'études post-secondaire	18,4 %	10,8 %	14,6 %
Occupation	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 36)	Total (n = 74)
• Bénéficiaires d'aide sociale	50,0 %	55,6 %	52,7 %
• Bénéficiaires d'assurance emploi	21,1 %	19,4 %	20,3 %
• Congé de maladie ou invalide	15,8 %	16,7 %	16,3 %
• Travail à temps plein ou partiel	7,9 %	0 %	4,1 %
• À la retraite	2,6 %	0 %	1,4 %
Revenu familial total annuel	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 36)	Total (n = 74)
• 0 \$ - 11 999 \$	52,6 %	39,0 %	46,0 %
• 12 000 \$ - 24 999 \$	10,5 %	36,1 %	23,0 %
• 25 000 \$ - 49 999 \$	18,7 %	14,0 %	16,3 %
• 50 000 \$ et +	13,2 %	0,0 %	6,8 %
• Ne sait pas	0,0 %	8,3 %	4,1 %

Tous les participants à l'étude présentent un problème de consommation d'alcool et/ou de drogues [voir la description du DÉBA-A/D (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001, Tremblay et Blanchette-Martin, 2009) au point 3.2 du présent chapitre]. Au total, 86,8 % d'entre eux présentent une consommation problématique d'alcool (85,7 % des hommes et 88,0 % des femmes) et 88,1 % présentent une consommation problématique de drogues (87,9 % des hommes et 88,5 % des femmes).



En ce qui concerne les symptômes traumatiques (voir tableau 9), 40,5 % des participants atteignent le seuil clinique à l'échelle de l'auto-perturbation [voir la description du *Trauma Symptoms Inventory-2* (Brière, 2011) au point 3.3 du présent chapitre], 44,6 % à l'échelle de stress post-traumatique, 32,4 % à l'échelle d'externalisation et 16,2 % à l'échelle de la somatisation, ce qui indique que les participants présentent des niveaux de symptômes cliniquement significatifs. Parmi l'ensemble des symptômes traumatiques étudiés, seule l'échelle d'auto-perturbation a démontré, à la suite d'analyses comparatives de type chi-carré, une différence significative entre les genres quant à l'atteinte du seuil clinique [ $\chi^2(1, n = 74) = 8,07, p < 0,01$ ]. Ainsi, les hommes de cet échantillon semblent présenter une plus grande sévérité de symptômes d'auto-perturbation en atteignant avec une plus grande proportion que les femmes le seuil clinique.

Tableau 9  
Présence de SSPT chez les participants

Symptômes de stress post-traumatique	Hommes (n = 37)	Femmes (n = 37)	Total (n = 74)
• Auto-perturbation			
- Score T (M, E.T.)	63,00 (13,34)	58,65 (9,43)	60,82 (11,68)
- Atteinte du seuil clinique	56,8 %	24,3 %	40,5 %
• Stress post-traumatique			
- Score T (M, E.T.)	63,14 (11,27)	62,35 (10,18)	62,74 (10,67)
- Atteinte du seuil clinique	54,1 %	35,1 %	44,6 %
• Externalisation			
- Score T (M, E.T.)	62,89 (16,25)	58,30 (12,71)	60,59 (14,67)
- Atteinte du seuil clinique	40,5 %	24,3 %	32,4 %
• Somatisation			
- Score T (M, E.T.)	53,16 (9,57)	54,81 (11,18)	54,00 (10,37)
- Atteinte du seuil clinique	13,5 %	18,9 %	16,2 %

En ce qui concerne le type de traumatisme vécu, l'ensemble des participants à l'étude ont été victimes d'un traumatisme de type interpersonnel. Quant au moment de survenue du traumatisme (variable de contrôle) [voir la description des outils utilisés au point 3.5 du présent chapitre], 86,7 % des participants ont vécu au moins un traumatisme interpersonnel au cours de l'enfance tel qu'avoir été menacé ou humilié par ses parents, avoir été victime d'attouchement sexuel (92,1 % des hommes et 81,1 % des femmes). De plus, 40,0 % ont vécu au moins un traumatisme interpersonnel au

cours de l'âge adulte tel qu'avoir été frappé par son partenaire, avoir eu des relations sexuelles imposées par son partenaire (36,8 % des hommes et 43,2 % des femmes).

### 3. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE

Les instruments de mesure utilisés dans le cadre de ce mémoire sont tirés de l'étude menée par Laventure, Paquette et Garneau (2016). Ces outils ont été sélectionnés pour leurs qualités psychométriques ainsi que pour leur utilisation reconnue dans le domaine de l'usage de substance ainsi que du traumatisme. Parmi les six questionnaires du protocole d'évaluation (voir annexe B), cinq d'entre eux ont été choisis en raison des variables étudiées par ce mémoire. Seul l'outil sur l'intégration sociale n'a pas été utilisé. Une description de chacun des questionnaires utilisés en fonction des variables à l'étude est présenté dans cette section.

#### 3.1 Données sociodémographiques

Les informations concernant les données sociodémographiques des participants ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire maison composé de 18 questions tirées de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, St-George *et al.*, 1994). Ce questionnaire à réponses courtes et à choix de réponses permet de documenter 18 variables sociodémographiques, dont le genre, l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, l'occupation et le revenu familial total annuel. Ces six variables sociodémographiques, dont certaines sont de nature dichotomique (genre), ordinale (état civil, niveau de scolarité, occupation, revenu familial total annuel) ou continue (âge), ont été utilisées, dans le cadre de ce mémoire, afin de décrire l'échantillon à l'étude. Parmi ces variables, le genre sera utilisé comme variable modératrice alors que l'âge sera considéré comme une variable de contrôle lors des analyses multivariées.

### 3.2 Consommation problématique de psychotropes

La présence d'une CPP a été obtenue à partir de la passation de deux questionnaires, soit le DÉBA-alcool et le DÉBA-drogues (DÉBA-A/D : Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001; Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Ces questionnaires auto-rapportés ont pour but d'identifier le degré de sévérité (consommation à risque, consommation problématique, abus de substances et dépendance) de la consommation d'alcool et de drogues sur une période de 12 mois. L'administration du DÉBA-A/D est d'une durée de 1 à 15 minutes variant en fonction de la complexité de la consommation du répondant. Notons que ces questionnaires ont été administrés qu'à partir de la II<sup>e</sup> cohorte.

Le DÉBA-A est composé de 28 items mesurant, au cours de la dernière année, a) la fréquence de consommation d'alcool, le nombre de verres d'alcool consommé lors d'une semaine typique et le nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool (3 items); b) la fréquence d'apparition des symptômes liés à la dépendance à l'alcool sur une échelle de Likert en 4 points (0 = jamais à 3 = presque toujours) (15 items) et c) la fréquence de survenue des conséquences liées à la consommation d'alcool sur une échelle de Likert en 6 points (0 = jamais à 5 = toutes les semaines) (8 items). Quant au DÉBA-D, il est composé de 24 items mesurant, au cours de la dernière année, a) la fréquence de consommation de chacun des types de psychotropes (médicaments, sédatifs, cannabis, PCP, hallucinogènes, cocaïne, stimulants, opiacés, inhalant) sur une échelle de Likert en 5 points (0 = jamais à 4 = 3 fois et +/- semaine) (9 items); b) la fréquence d'apparition des symptômes liés à la dépendance aux drogues sur une échelle de Likert en 4 points (0 = jamais ou presque jamais à 3 = toujours ou presque toujours) (4 items) de même que le niveau de difficulté perçu quant au fait d'arrêter de consommer sur une échelle de Likert en 4 points (0 = facile à 3 = impossible) (1 item) ainsi que le désir de recevoir de l'aide (oui ou non) (1 item) et c) la fréquence de survenue des conséquences liées à la consommation de drogues sur une échelle de Likert en 6 points (0 = jamais à 5 = toutes les semaines) (9 items). À la fois pour le

DÉBA-A et le DÉBA-D, un score de sévérité de la dépendance est calculé en fonction de la fréquence d'apparition des symptômes liés à la dépendance (section b de chacun des questionnaires). Trois niveaux de sévérité de la dépendance ont été établis (faible, modéré et élevé). Ainsi, au DÉBA-A, un score se situant entre 1-9 est considéré faible, entre 10-17 modéré et entre 18-45 élevé, tandis qu'au DÉBA-D, un score se situant entre 1-2 est considéré faible, entre 3-5 modéré et entre 6-15 élevé.

Dans le cadre de la présente étude, les scores de sévérité de la dépendance ayant été obtenus au DÉBA-A et au DÉBA-D ont été utilisés afin de déterminer de la présence ou de l'absence d'une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (variable dichotomique). Ainsi, tout score au-dessus de dix au DÉBA-A et de trois au DÉBA-D ont été considéré comme une consommation problématique. La consommation problématique d'alcool et de drogues a aussi servi à décrire l'échantillon à l'étude.

Quant aux propriétés psychométriques, le DÉBA-A/D a atteint depuis quelques années le stade de validité de façade (Tremblay et Blanchette-Martin, 2016). Actuellement, une étude de validation de la version française du questionnaire est en cours. Notons que les questionnaires inclus dans le DÉBA-A/D pour mesurer la dimension liée à la sévérité de la dépendance à l'alcool et aux drogues [*Severity of Alcohol Dependence Data* (SADD : Raistrick, Dunbar, Davidson, 1983), *Severity of Dependence Scale* (SDS : Gossop *et al.*, 1995)] ont largement été validés dans leurs versions originales anglaises et présentent une bonne sensibilité et spécificité (Tremblay et Blanchette-Martin, 2016).

### **3.3 Symptômes de stress post-traumatique**

Les SSPT ont été mesurés à l'aide de la version française du questionnaire *Trauma Symptoms Inventory-2* (TSI-2 : Brière, 2011). Ce questionnaire auto-rapporté permet d'évaluer la présence d'une symptomatologie post-traumatique ainsi que de

séquelles psychologiques liées aux évènements traumatiques survenus au cours de la vie du répondant. Ces évènements comprennent entre autres la violence sexuelle ou physique, la violence conjugale ainsi que les abus ou la négligence durant l'enfance. Le temps de passation du TSI-2 est d'approximativement 20 à 30 minutes.

Ce questionnaire contient 136 items évaluant sur une échelle de Likert en 4 points (0 = jamais à 3 = souvent) la présence de symptômes associés à l'état de stress post-traumatique au cours des 6 derniers mois. Le TSI-2 contient 2 échelles de validité, 4 facteurs, 12 échelles cliniques et 12 sous-échelles. Dans le cadre de ce mémoire, les quatre facteurs, soit a) auto-perturbation, b) stress post-traumatique, c) externalisation et d) somatisation, ont été retenus puisqu'ils permettent une classification sommaire des SSPT. Afin de déterminer de la sévérité des SSPT, les scores T (variables continues) et les seuils cliniques (variables dichotomiques) à chacun des facteurs ont été utilisés dans cette étude. D'ailleurs, l'analyse factorielle du TSI-2 a démontré que le modèle en quatre facteurs prédit significativement l'exposition à un évènement traumatique (Godbout, Hodges, Briere, et Runtz, 2016).

Les qualités psychométriques du TSI-2, dans sa version anglaise, ont été évaluées auprès de 1 643 adultes (Brière, 2011). La fidélité de cet outil a été démontrée à l'aide de la cohérence interne (alpha de Cronbach variant entre 0,64 et 0,93) ainsi que de la fidélité test-retest (r de Pearson variant entre 0,76 à 0,96). Cet outil présente une bonne fidélité tant pour les échelles, les sous-échelles et les facteurs, à l'exception de la sous-échelle « comportements suicidaires » qui présente une fidélité test-retest médiocre (r de 0,15). Quant à la validité de l'outil, la validité convergente et discriminante a été réalisée à partir de trois outils, soit a) *Trauma symptom inventory* (version originale), b) *Postrumatic stress scale*, c) *Experience in close relationship-revised*. Les échelles du TSI-2 ont été comparées aux échelles correspondantes de ces trois outils et cela a permis de démontrer de sa forte validité convergente et discriminante. Mentionnons qu'il n'existe aucune validation de la version française du TSI-2. En outre, la standardisation du TSI-2 a permis d'attribuer à chacun des quatre

facteurs (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) un score T (*Ibid.*). Une zone problématique a été établie pour les scores T se situant entre 60 et 64 ainsi qu'un seuil clinique pour les scores T se situant au-dessus de 65 statuant ainsi sur un niveau cliniquement élevé de symptômes.

### 3.4 Stratégies d'adaptation au stress

Les stratégies d'adaptation au stress ont été mesurées à l'aide de la version traduite en français (Mishara, 1987)<sup>1</sup> du *Ways of coping questionnaire (revised)* (Folkman et Lazarus, 1985). Ce questionnaire auto-rapporté permet de décrire les stratégies (cognitives ou comportementales) qu'emploie un individu afin d'arriver à faire face à des agents stressants. Dans le but d'orienter les réponses aux questions, les participants sont invités à penser à une situation stressante antérieure sur laquelle ils s'appuient pour indiquer la fréquence d'utilisation des stratégies d'adaptation présentées. Le *Ways of coping questionnaire* comporte dans sa version révisée 66 items évaluant à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (0 = jamais utilisé à 3 = beaucoup utilisé) les 8 sous-échelles de stratégies d'adaptation expliquant 46,2 % de la variance, soit a) auto-accusation, b) acceptation/confrontation, c) distanciation, d) recherche de soutien social, e) résolution de problèmes, f) maîtrise de soi, g) réévaluation positive et h) fuite/évitement (Folkman *et al.*, 1986). Chacune de ces sous-échelles représente une stratégie d'adaptation au stress. Ainsi, plus le score du répondant est élevé à une sous-échelle, plus celui-ci utiliserait fréquemment cette stratégie d'adaptation.

La cohérence interne de chacune de ces sous-échelles a été mesurée auprès de l'échantillon du présent mémoire. Uniquement quatre des huit sous-échelles ont démontré des alphas de Cronbach satisfaisant, soit variant entre 0,64 et 0,81. Pour cette raison, dans le cadre de cette étude, seul le score total à chacune de ces sous-échelles (résolution de problèmes, recherche de soutien social, réévaluation positive,

---

<sup>1</sup> Mishara, B. (1987). Traduction française du Ways of Coping Checklist. Manuscrit inédit, Montréal : Université du Québec à Montréal.

fuite/évitement) (variables continues) a été utilisé dans le but de décrire et comparer les stratégies d'adaptation utilisées par l'échantillon à l'étude.

### **3.5 Moment de survenue des évènements traumatiques**

Le moment de survenue (enfance et âge adulte) des évènements traumatiques interpersonnels, variables de contrôle, a été mesuré à partir de neuf questions tirées de trois ouvrages distincts.

Les évènements traumatiques survenus à l'enfance ont été mesurés à l'aide de cinq questions tirées de l'Enquête de santé Québec réalisée en 1999 (Clément, Bouchard, Jetté et Laferrière, 2000) et d'une enquête américaine réalisée par Finkelhor, Hotaling, Lewis et Smith en 1990. Ces questions auto-rapportées à choix de réponses permettent de documenter la présence ou l'absence de chacune des formes de mauvais traitement (psychologique, physique et sexuel). Malgré qu'aucunes propriétés psychométriques ne soient disponibles pour ce genre d'enquêtes gouvernementales, celles-ci sont reconnues et largement utilisées dans le domaine des sciences sociales. Dans la présente étude, la présence d'évènement traumatique survenue à l'enfance est déterminée par la victimisation de l'une ou l'autre de ces formes de mauvais traitement (variable dichotomique).

Les évènements traumatiques survenus à l'âge adulte ont été mesurés à l'aide de quatre questions tirées de la version traduite en français (Lussier, 1997)<sup>2</sup> du *Conflict tactic scale (revised)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996). Ces questions auto-rapportées à choix de réponse permettent de documenter, au cours de la dernière année, la présence ou l'absence de violence conjugale (psychologique, physique, sexuel). La cohérence interne (alphas de Cronbach variant de 0,79 à 0,95) des sous-échelles démontre d'une bonne fidélité. Quant à la validité convergente, la

---

<sup>2</sup> Lussier (1997). A French translation of the revised conflict tactics scales. Manuscrit inédit, Trois-Rivières : Université du Québec.

corrélation entre les scores des hommes et des femmes ( $r = 0,40$ ) est satisfaisante. Dans la présente étude, la présence d'évènement traumatique survenue à l'âge adulte est déterminée par la victimisation de l'une ou l'autre de ces formes de violence conjugale (variable dichotomique).

#### 4. ANALYSES STATISTIQUES

Des statistiques descriptives et comparatives bivariées ont été menées dans le but de répondre au premier objectif de cette étude, soit de décrire et comparer le type et la diversité des stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT. Ainsi, des mesures de tendances centrales (moyenne et écart-type) pour chaque type de stratégies d'adaptation retenues (résolution de problème, recherche de soutien social, réévaluation positive, fuite/ évitement) (variables continues) ainsi que quatre test-t indépendant comparant les moyennes obtenues par les hommes et les femmes à chacune des stratégies d'adaptation ont été réalisés.

Quant au deuxième objectif, visant cette fois-ci à identifier la présence d'associations entre les types de stratégies d'adaptation au stress (résolution de problème, recherche de soutien social, réévaluation positive, fuite/ évitement) et les échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) (variables continues) selon le genre (variable dichotomique) tout en contrôlant pour l'âge (variable continue) et le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) (variable dichotomique), des statistiques inférentielles de type corrélationnel ont été menées. Dans un premier temps, des corrélations bivariées ont été réalisées afin de s'assurer que les conditions d'application nécessaires à la réalisation de régressions linéaires multiples soient remplies. Les conditions d'application sont a) d'avoir suffisamment de participants par variable (c'est-à-dire 10 participants par variables explicatives), b) d'avoir une distribution normale des scores obtenus pour chacune des stratégies d'adaptation au stress, c) d'avoir une corrélation



linéaire significative entre les scores aux échelles de SSPT et les scores aux stratégies d'adaptation, d) de ne pas avoir de valeurs extrêmes et e) de ne pas avoir de multicolinéarité entre les variables à l'étude (les échelles de SSPT, les types de stratégies d'adaptation, l'âge, le genre, le moment de survenue du traumatisme).

Une fois les conditions satisfaites, 16 régressions linéaires ont été réalisées, soit une régression pour chacun des types de stratégies d'adaptation au stress retenues en fonction de chaque échelle de SSPT. Les régressions ont été effectuées en blocs hiérarchiques, c'est-à-dire que l'âge et le moment de survenue du traumatisme (variables de contrôle) ont été introduits (bloc 1), puis le genre (variable modératrice) et le score à l'échelle de SSPT ont été introduits (bloc 2) suivi par le terme d'interaction (bloc 3). Le genre a été introduit comme variable de modulation dans les régressions, et ce, afin d'observer si la force de l'association entre la stratégie d'adaptation et l'échelle de SSPT varie en fonction de cette variable.

## QUATRIÈME CHAPITRE RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre vise à répondre aux objectifs ciblés dans le cadre de ce mémoire. Dans un premier temps, les résultats aux analyses descriptives et comparatives bivariées seront présentés afin de répondre au premier objectif. Dans un deuxième temps, les résultats aux analyses de régression linéaire seront présentés afin de répondre au deuxième objectif.

### 1. DESCRIPTION DES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES HOMMES ET LES FEMMES DE L'ÉCHANTILLON

En situation de stress, un individu déploie à travers le temps différentes stratégies d'adaptation afin d'y faire face. La recherche de soutien social, la fuite/évitement, la résolution de problèmes et la réévaluation positive font parties de l'éventail de stratégies d'adaptation pouvant être utilisé. Ce mémoire vise donc, dans un premier temps, à décrire et comparer le type et la diversité des stratégies d'adaptation au stress utilisées par les hommes et les femmes présentant à la fois une CPP et des SSPT. Pour répondre à cet objectif, des analyses descriptives et comparatives bivariées ont été menées (voir tableau 10).

Tableau 10  
Analyses descriptives et comparatives

Stratégies d'adaptation au stress	Hommes (n = 38)	Femmes (n = 37)	Total (n = 75)	t (ddl)	p
Recherche de soutien social	11,47 (3,92)	11,29 (3,44)	11,38 (3,67)	-0,21 (69)	0,83
Fuite/évitement	12,89 (3,82)	14,09 (4,36)	13,46 (4,10)	1,22 (66)	0,23
Résolution de problèmes	11,05 (2,78)	9,65 (3,19)	10,35 (3,05)	-2,02 (72)	0,05*
Réévaluation positive	11,05 (4,02)	10,94 (5,00)	11,00 (4,50)	-0,10 (71)	0,92

\*p<0,05

La recherche de soutien social et la fuite/évitement font parties des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion. La recherche de soutien social englobe le fait de parler, d'aller chercher la sympathie et d'aller chercher les conseils de son entourage ou de professionnel (Folkman *et al.*, 1986). La fuite/évitement comprend le fait de consommer de la nourriture, de l'alcool ou des drogues afin de tenter de mieux se sentir, de dormir, de s'isoler, de refuser d'y croire et d'espérer un miracle (Folkman *et al.*, 1986). Les résultats aux analyses descriptives permettent de constater que les individus, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT utilisent en moyenne fréquemment ces types de stratégies. Aucune différence de genre n'a été observée à la suite des analyses de comparaison pour la recherche de soutien social [ $t(69) = -0,21$ ,  $p$ , *n.s.*] et pour la fuite/évitement [ $t(66) = 1,22$ ,  $p$ , *n.s.*].

La résolution de problèmes et la réévaluation positive font parties des stratégies d'adaptation centrées sur le problème. La résolution de problèmes comprend le fait de se concentrer sur les étapes à faire, de se faire un plan d'action, d'effectuer des transformations, de se référer à ses expériences passées, de redoubler d'effort et d'envisager différentes solutions au problème (Folkman *et al.*, 1986). La réévaluation positive comprend le fait d'être créatif, d'évoluer, de changer quelque chose en soi, de redécouvrir ce qui était important dans sa vie, de découvrir une nouvelle foi et de prier (Folkman *et al.*, 1986). Les résultats aux analyses descriptives permettent de constater que les individus, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT utilisent en moyenne fréquemment ces types de stratégies. Une différence entre les hommes et les femmes a été observée en ce qui concerne la résolution de problèmes. En fait, les hommes de l'échantillon rapportent utiliser plus fréquemment que les femmes cette stratégie d'adaptation au stress [ $t(72) = -2,02$ ,  $p < 0,05$ ]. En ce qui concerne la réévaluation positive, aucune différence de genre n'a été observée à la suite des analyses de comparaison [ $t(71) = -0,10$ ,  $p$ , *n.s.*].

## 2. ASSOCIATION ENTRE LES STRATÉGIES D'ADAPTATION ET LES ÉCHELLES DE SSPT

Le deuxième objectif de ce mémoire vise à identifier la présence d'association entre les types de stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes présentant la double problématique et les échelles de SSPT selon le genre tout en contrôlant pour l'âge et le moment de survenue des événements traumatiques (enfance, âge adulte). Pour répondre à cet objectif, des analyses univariées, soit des corrélations, ont d'abord été menées afin d'observer la présence d'associations entre les variables à l'étude. Par la suite, des analyses multivariées, soit des régressions linéaires, ont été réalisées en incluant l'âge et le moment de survenue des événements traumatiques (enfance, âge adulte) comme variable de contrôle et le genre comme variable modératrice. Au total, 16 régressions linéaires ont été réalisées pour chaque type de stratégie d'adaptation en fonction de chaque échelle de SSPT.

### 2.1 Analyses de corrélation

Les analyses de corrélation (voir tableau 11) ont révélé plusieurs associations entre les variables à l'étude. D'abord, la résolution de problèmes et le genre sont positivement associés ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Puis, le fait d'avoir été victime d'un traumatisme à l'enfance est associé positivement à la réévaluation positive ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ) et négativement à l'échelle d'externalisation ( $r = -0,34$ ,  $p < 0,01$ ), alors, que le fait d'avoir été victime d'un traumatisme à l'âge adulte est associé positivement à la fuite/évitement ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,05$ ). Quant aux corrélations entre les variables dépendantes et indépendantes, la stratégie de fuite/évitement est associée positivement avec l'ensemble des échelles de SSPT [auto-perturbation ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,01$ ), stress post-traumatique ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ ), externalisation ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ), somatisation ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ )]. La stratégie de résolution de problèmes est associée négativement à l'échelle d'auto-perturbation ( $r = -0,27$ ,  $p < 0,05$ ) tout comme la réévaluation positive ( $r = -0,33$ ,  $p < 0,01$ ). Cette dernière est aussi associée négativement avec l'échelle d'externalisation

Tableau 11  
Analyses préliminaires : corrélations

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Genre	-											
2. Âge	0,27*	-										
3. Traumatisme survenue à l'enfance	0,17	-0,01	-									
4. Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,09	0,12	-0,05	-								
<b>Stratégies d'adaptation</b>												
5. Recherche de soutien social	-0,012	-0,14	0,08	-0,11	-							
6. Fuite/ évitement	-0,11	0,12	-0,22	0,27*	-0,42**	-						
7. Résolution de problèmes	0,25*	0,09	0,16	-0,02	0,66**	-0,50**	-					
8. Réévaluation positive	0,02	0,11	0,29*	-0,07	0,58**	-0,54**	0,68**	-				
<b>Échelles de SSPT</b>												
9. Auto-perturbation	0,18	0,14	-0,23	0,21	-0,22	0,50**	-0,27*	-0,33**	-			
10. Stress post-traumatique	0,05	-0,03	-0,17	0,12	-0,04	0,32**	-0,13	-0,11	0,81**	-		
11. Externalisation	0,16	0,15	-0,34**	0,14	-0,12	0,49**	-0,20	-0,30*	0,83**	0,75**	-	
12. Somatisation	-0,09	-0,05	-0,16	0,17	-0,05	0,32**	-0,20	-0,01	0,53**	0,67**	0,57**	-

\*\* p<0,01, \*p<0,05

( $r = -0,30$ ,  $p < 0,05$ ). Enfin, des multicollinéarités ont été observées entre les échelles de SSPT. Cependant, puisque les analyses multivariées seront menées indépendamment pour chacune des échelles de SSPT, ces fortes associations n'auront aucune incidence sur les résultats obtenus.

## 2.2 Analyses de régression

Des régressions linéaires ont ensuite été menées pour les quatre types de stratégie d'adaptation en fonction des quatre échelles de SSPT, et ce, bien que certaines des associations univariées n'aient pas été significatives. Cette façon de faire permet d'analyser si, au-delà des analyses univariées, le cumul de variables indépendantes, de contrôle et modératrice (analyses multivariées) suggère des résultats différents.

### 2.2.1 Stratégie de recherche de soutien social

La stratégie de recherche de soutien social n'a démontré aucune association significative avec l'ensemble des quatre échelles de SSPT lorsque l'âge et le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) sont contrôlés. D'autre part, le genre n'a pas modéré la force de l'association entre la recherche de soutien social et les échelles de SSPT (voir tableau 12).

Tableau 12

Régressions linéaires : association entre la recherche de soutien social et les échelles de SSPT

<b>Recherche de soutien social et auto-perturbation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
Bloc 1					
- Âge	-0,05	0,04	-0,14	-1,13	0,26
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,94	1,26	0,09	0,74	0,46
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,24	0,91	-0,03	-0,27	0,79
R <sup>2</sup> = 0,03					
Bloc 2					
- Âge	-0,05	0,04	-0,14	-1,15	0,25
- Traumatisme survenue à l'enfance	-,31	1,32	0,03	0,24	0,81
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,10	0,93	0,01	0,11	0,92
- Genre	0,70	0,95	0,10	0,74	0,46

- Auto-perturbation	-0,07	0,04	-0,21	-1,62	0,11
R2= 0,07					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	-0,06	0,05	-0,17	-1,31	0,20
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,00	1,39	0,00	0,00	1,00
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,27	0,96	0,04	0,29	0,78
- Genre	-3,15	5,40	-0,43	-0,58	0,56
- Auto-perturbation	-0,12	0,08	-0,37	-1,46	0,15
- Auto-perturbation x genre	0,07	0,09	0,60	0,73	0,47
R2= 0,08, pseudo R2= -0,01					
<b>Recherche de soutien social et stress post-traumatique</b>					
	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	-0,05	0,04	-0,14	-1,13	0,26
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,95	1,26	0,09	0,74	0,46
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,24	0,91	-0,3	-0,27	0,79
R2= 0,03					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	-0,05	0,04	-0,15	-1,16	0,25
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,86	1,32	0,08	0,65	0,52
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,21	0,93	-0,03	-0,23	0,82
- Genre	0,31	0,94	0,04	0,33	0,74
- Stress post-traumatique	-0,00	0,04	-0,00	-0,01	0,99
R2= 0,03					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	-0,05	0,04	-0,13	-1,00	0,32
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,07	1,34	0,10	0,80	0,43
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,46	0,97	-0,06	-0,47	0,64
- Genre	5,75	5,67	0,79	1,01	0,32
- Stress post-traumatique	0,06	0,07	0,16	0,76	0,45
- Stress post-traumatique x genre	-0,09	0,09	-0,79	-0,97	0,33
R2= 0,05, pseudo R2= -0,04					
<b>Recherche de soutien social et externalisation</b>					
	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	-0,05	0,04	-0,14	-1,13	0,26
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,94	1,26	0,09	0,74	0,46
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,24	0,91	-0,03	-0,27	0,79
R2= 0,03					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	-0,05	0,04	-0,15	-1,15	0,26
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,58	1,38	0,06	0,42	0,67
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,13	0,93	-0,02	-0,14	0,89
- Genre	0,45	0,96	0,06	0,47	0,64
- Externalisation	-0,02	0,03	-0,08	-0,59	0,56
R2= 0,04					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	-0,05	0,05	-0,15	-1,08	0,29
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,57	1,44	0,05	0,40	0,69
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,12	1,04	-0,02	-0,11	0,91
- Genre	0,28	4,45	0,04	0,06	0,95
- Externalisation	-0,02	0,06	-0,09	-0,34	0,73
- Externalisation x genre	0,00	0,08	0,03	0,04	0,99

R2= 0,04, pseudo R2= -0,05					
<b>Recherche de soutien social et somatisation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
R2= 0,03					
Bloc 1					
- Âge	-0,05	0,04	-0,14	-1,13	0,26
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,94	1,26	0,09	0,74	0,46
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,24	0,91	-0,03	-0,27	0,79
R2= 0,04					
Bloc 2					
- Âge	-0,05	0,04	-0,15	-1,18	0,24
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,78	1,31	0,07	0,59	0,56
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,14	0,94	-0,02	-0,15	0,88
- Genre	0,29	0,93	0,04	0,31	0,76
- Somatisation	-0,02	0,05	-0,06	-0,47	0,64
R2= 0,05, pseudo R2= -0,04					
Bloc 3					
- Âge	-0,04	0,04	-0,13	-1,00	0,32
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,89	1,32	0,09	0,68	0,50
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,47	0,99	-0,06	-0,48	0,64
- Genre	5,56	5,12	0,76	1,09	0,28
- Somatisation	0,03	0,07	0,08	0,43	0,67
- Somatisation x genre	-0,10	0,10	-0,75	-1,05	0,30

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \*p<0,05

### 2.2.2 Stratégie de fuite/évitement

Tel que démontré lors des analyses univariées, la stratégie de fuite/évitement est associée positivement aux échelles d'auto-perturbation, de stress post-traumatique et d'externalisation, et ce, même lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Seul la somatisation n'a pas démontré d'association significative une fois les variables de contrôle introduites (voir tableau 13).

Tableau 13

Régressions linéaires : association entre la fuite/évitement et les échelles de SSPT

<b>Fuite/évitement et auto-perturbation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
R2= 0,10					
Bloc 1					
- Âge	0,03	0,05	0,08	0,70	0,49
- Traumatisme survenue à l'enfance	-2,42	1,42	-0,20	-1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,82	0,99	0,22	1,84	0,07
Bloc 2					
- Âge	0,04	0,04	0,11	0,96	0,34
- Traumatisme survenue à l'enfance	-0,77	1,34	-0,06	-0,58	0,57
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,75	0,92	0,09	0,81	0,42
- Genre	-2,02	0,94	-0,25	-2,14	0,04*



- Auto-perturbation	0,16	0,04	0,47	4,00	0,00***
R2= 0,30***					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	0,06	0,04	0,15	1,28	-0,21
- Traumatisme survenue à l'enfance	-0,13	1,40	-0,01	-0,09	0,93
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,43	0,94	0,05	0,46	0,65
- Genre	5,52	5,26	0,68	1,05	0,30
- Auto-perturbation	0,26	0,08	0,74	3,34	0,00***
- Auto-perturbation x genre	-0,13	0,09	-1,04	-1,46	0,15
R2= 0,32, pseudo R2= 0,26					
<b>Fuite/évitement et stress post-traumatique</b>					
	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	0,03	0,05	0,08	0,70	0,49
- Traumatisme survenue à l'enfance	-2,42	1,42	-0,20	-1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,82	0,10	0,22	1,84	0,07
R2= 0,10					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	0,06	0,05	0,14	1,17	0,25
- Traumatisme survenue à l'enfance	-1,59	1,42	-0,13	-1,11	0,27
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,38	0,98	0,17	1,41	0,16
- Genre	-1,38	0,10	-0,17	-1,38	0,17
- Stress post-traumatique	0,10	0,05	0,26	2,21	0,03*
R2= 0,18*					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	0,05	0,05	0,13	1,09	0,28
- Traumatisme survenue à l'enfance	-1,77	1,46	-0,15	-1,21	0,23
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,51	1,00	0,18	1,51	0,14
- Genre	-5,35	6,15	-0,66	-0,87	0,39
- Stress post-traumatique	0,06	0,08	0,16	0,80	0,43
- Stress post-traumatique x genre	0,06	0,10	0,52	0,65	0,52
R2= 0,19, pseudo R2= 0,11					
<b>Fuite/évitement et externalisation</b>					
	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	0,03	0,05	0,08	0,69	0,49
- Traumatisme survenue à l'enfance	-2,42	1,42	-0,20	-1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,82	0,10	0,22	1,84	0,07
R2= 0,10					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	0,03	0,04	0,09	0,79	0,43
- Traumatisme survenue à l'enfance	-0,15	1,40	-0,01	-0,11	0,91
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,11	0,91	0,13	1,22	0,23
- Genre	-1,89	0,94	-0,23	-2,01	0,05*
- Externalisation	0,13	0,03	0,46	3,92	0,00***
R2= 0,29***					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	0,06	0,05	0,14	1,21	0,23
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,44	1,44	0,04	0,30	0,76
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,51	0,99	0,06	0,52	0,60
- Genre	4,35	4,33	0,53	1,00	0,32
- Externalisation	0,21	0,06	0,74	3,34	0,00***
- Externalisation x genre	-0,11	0,07	-0,89	-1,47	0,15
R2= 0,32, pseudo R2= 0,25					

<b>Fuite/évitement et somatisation</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	0,03	0,05	0,08	0,69	0,49
- Traumatisme survenue à l'enfance	-2,42	1,42	-0,20	-1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,82	0,99	0,22	1,84	0,07
<b>R2= 0,10</b>					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	0,05	0,05	0,13	1,07	0,29
- Traumatisme survenue à l'enfance	-1,70	1,43	-0,14	-1,19	0,24
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,45	0,98	0,17	1,48	0,15
- Genre	-1,11	1,00	-0,14	-1,12	0,27
- Somatisation	0,09	0,05	0,23	1,94	0,06
<b>R2= 0,17</b>					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	0,05	0,05	0,12	1,00	0,32
- Traumatisme survenue à l'enfance	-1,77	1,45	-0,15	-1,22	0,23
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	1,55	1,01	0,19	1,53	0,13
- Genre	-3,35	5,29	-0,41	-0,63	0,53
- Somatisation	0,07	0,07	0,18	1,09	0,28
- Somatisation x genre	0,04	0,10	0,29	0,43	0,67
<b>R2= 0,17, pseudo R2= 0,09</b>					

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \*p<0,05

Plus spécifiquement, des associations significatives positives entre la fuite/évitement et l'auto-perturbation [ $\beta(4,00) = 0,47, p < 0,001$ ], la fuite/évitement et le stress post-traumatique [ $\beta(2,21) = 0,26, p < 0,05$ ] ainsi que la fuite/évitement et l'externalisation [ $\beta(3,92) = 0,46, p < 0,001$ ] ont été démontrés lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Cela signifie qu'une plus grande sévérité de symptômes à l'échelle d'auto-perturbation est associée à une fréquence élevée d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement. On peut conclure de même pour l'échelle de stress post-traumatique et l'échelle d'externalisation. En présence des variables de contrôle et des échelles de SSPT, le genre a démontré une association significative, mais négative à la fuite/évitement [auto-perturbation ( $\beta(-2,14) = -0,25, p < 0,05$ ), externalisation ( $\beta(-2,01) = -0,23, p < 0,05$ )], c'est-à-dire qu'être une femme est aussi associé à une fréquence élevée d'utilisation de cette stratégie. L'auto-perturbation et les variables de contrôle ont expliqué significativement 30 % de la variance de la stratégie de fuite/évitement, tandis que le stress post-traumatique et les variables de contrôle ont expliqué 18 % de la variance et l'externalisation et les variables de contrôle ont expliqué 29 % de la

variance de cette stratégie (bloc 2). Le genre n'a cependant pas modéré la force de l'association entre la fuite/évitement et l'auto-perturbation [ $\beta (-1,46) = -1,04, p, n.s.$ ], ni entre la fuite/évitement et le stress post-traumatique [ $\beta (0,65) = 0,52, p, n.s.$ ] ainsi qu'entre la fuite/évitement et l'externalisation [ $\beta (-1,47) = -0,89, p, n.s.$ ].

### 2.2.3 Stratégie de résolution de problèmes

La stratégie de résolution de problèmes est associée significativement et négativement avec les échelles d'auto-perturbation et d'externalisation lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Notons que lors des analyses univariées seul l'auto-perturbation avait démontré une corrélation significative avec la stratégie de résolution de problèmes. Aucune association significative n'a été observée entre la résolution de problèmes et les échelles de stress post-traumatique et de somatisation (voir tableau 14).

Tableau 14  
Régressions linéaires : association entre la résolution de problèmes et les échelles de SSPT

Résolution de problèmes et auto-perturbation	B	SE B	$\beta$	t	p
Bloc 1					
- Âge	0,03	0,03	0,09	0,79	0,43
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,04	1,05	0,12	0,99	0,33
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,03	0,73	-0,01	-0,04	0,97
R2= 0,02					
Bloc 2					
- Âge	0,02	0,03	0,06	0,51	0,61
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,02	1,02	0,00	0,02	0,98
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,51	0,70	0,8	0,73	0,47
- Genre	1,76	0,71	0,29	2,46	0,02*
- Auto-perturbation	-0,09	0,03	-0,35	-2,98	0,00**
R2= 0,17**					
Bloc 3					
- Âge	0,01	0,03	0,03	0,28	0,78
- Traumatisme survenue à l'enfance	-0,23	1,06	-0,03	-0,21	0,83
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,64	0,72	0,10	0,90	0,37
- Genre	-2,03	3,08	-0,33	-0,51	0,61
- Auto-perturbation	-0,14	0,06	-0,53	-2,45	0,02*
- Auto-perturbation x genre	0,06	0,07	0,70	1,00	0,34
R2= 0,18, pseudo R2= 0,11					

<b>Résolution de problèmes et stress post-traumatique</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
Bloc 1					
- Âge	0,03	0,03	0,09	0,79	0,43
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,04	1,05	0,12	0,99	0,33
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,03	0,73	-0,01	-0,04	0,97
R2= 0,02					
Bloc 2					
- Âge	0,01	0,04	0,04	0,36	0,72
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,58	1,06	0,07	0,54	0,59
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,15	0,73	0,03	0,21	0,83
- Genre	1,33	0,74	0,22	1,80	0,08
- Stress post-traumatique	-0,03	0,03	-0,12	-1,00	0,32
R2= 0,08					
Bloc 3					
- Âge	0,01	0,04	0,05	0,41	0,68
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,66	1,07	0,07	0,61	0,54
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,05	0,75	0,01	0,07	0,95
- Genre	4,45	4,36	0,73	1,02	0,31
- Stress post-traumatique	-0,01	0,05	-0,02	-0,10	0,92
- Stress post-traumatique x genre	-0,05	0,07	-0,54	-0,73	0,47
R2= 0,08, pseudo R2= 0,00					
<b>Résolution de problèmes et externalisation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
Bloc 1					
- Âge	0,03	0,03	0,09	0,79	0,43
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,04	1,05	0,12	0,99	0,33
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,03	0,73	-0,01	-0,04	0,97
R2= 0,02					
Bloc 2					
- Âge	0,02	0,03	0,06	0,53	0,60
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,02	1,08	0,00	0,02	0,99
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,27	0,72	0,04	0,38	0,71
- Genre	1,59	0,73	0,26	2,17	0,03*
- Externalisation	-0,05	0,03	-0,26	-2,10	0,04*
R2= 0,12*					
Bloc 3					
- Âge	0,01	0,04	0,05	0,37	0,71
- Traumatisme survenue à l'enfance	-0,08	1,10	-0,01	-0,07	0,95
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,40	0,77	0,07	0,52	0,61
- Genre	0,06	3,31	0,01	0,02	0,99
- Externalisation	-0,07	0,04	-0,34	-1,60	0,12
- Externalisation x genre	0,03	0,06	0,29	0,48	0,64
R2= 0,12, pseudo R2= 0,04					
<b>Résolution de problèmes et somatisation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
Bloc 1					
- Âge	0,03	0,03	0,09	0,79	0,43
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,04	1,05	0,12	0,99	0,33
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,03	0,73	-0,01	-0,04	0,97
R2= 0,02					
Bloc 2					
- Âge	0,02	0,03	0,05	0,44	0,66
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,51	1,05	0,06	0,49	0,63

- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,19	0,72	0,03	0,26	0,79
- Genre	1,20	0,73	0,20	1,65	0,10
- Somatisation	-0,06	0,03	-0,20	-1,69	0,10
R2= 0,10					
Bloc 3					
- Âge	0,02	0,03	0,06	0,53	0,60
- Traumatisme survenue à l'enfance	0,57	1,05	0,07	0,55	0,59
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	0,01	0,74	0,00	0,02	0,99
- Genre	5,35	3,85	0,88	1,39	0,17
- Somatisation	-0,02	0,05	-0,08	-0,53	0,60
- Somatisation x genre	-0,08	0,07	-0,70	-1,10	0,28
R2= 0,12, pseudo R2= 0,04					

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \*p<0,05

Une association significative négative entre la résolution de problèmes et l'auto-perturbation a été observée [ $\beta (-2,98) = -0,35$ ,  $p < 0,001$ ] ainsi qu'entre la résolution de problème et l'externalisation [ $\beta (-2,10) = -0,26$ ,  $p < 0,05$ ], et ce, même lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Cela signifie qu'une plus faible sévérité de symptômes à l'échelle d'auto-perturbation est associée à une fréquence élevée d'utilisation de la stratégie de résolution de problèmes. On peut conclure de même pour l'échelle d'externalisation. En présence des variables de contrôle ainsi que des échelles de SSPT, le genre a démontré une association significative et positive avec la résolution de problèmes [auto-perturbation ( $\beta (2,46) = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ), externalisation ( $\beta (2,17) = 0,26$ ,  $p < 0,05$ )], ce qui signifie que d'être un homme est associé à une utilisation plus fréquente de cette stratégie. L'auto-perturbation et les variables de contrôle ont expliqué significativement 17 % de la variance de la stratégie de résolution de problèmes, tandis que l'externalisation et les variables de contrôle ont expliqué 12 % de la variance de cette stratégie (bloc 2). Le genre n'a cependant pas modéré la force de l'association entre la résolution de problèmes et l'auto-perturbation [ $\beta (1,00) = 0,70$ ,  $p$ , *n.s.*] ainsi qu'entre la résolution de problèmes et l'externalisation [ $\beta (0,48) = 0,29$ ,  $p$ , *n.s.*].

### 2.2.4 Stratégie de réévaluation positive

Quant à la stratégie de réévaluation positive (voir tableau 15), les échelles d'auto-perturbation et d'externalisation ont démontré des associations significatives lors des analyses de régression linéaire. Ainsi, les échelles de stress post-traumatique et de somatisation n'ont pas démontré d'association significative avec cette stratégie.

Tableau 15  
Régressions linéaires : association entre la réévaluation positive et les échelles de SSPT

<b>Réévaluation positive et auto-perturbation</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	0,08	0,05	0,20	1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,71	1,50	0,21	1,81	0,08
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,96	1,05	-0,11	-0,91	0,36
R2= 0,09					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	0,09	0,05	0,22	1,94	0,06
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,92	1,50	0,15	1,28	0,21
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,41	1,03	-0,05	-0,39	0,70
- Genre	0,04	1,05	0,00	0,04	0,97
- Auto-perturbation	-0,13	0,05	-0,33	-2,83	0,01**
R2= 0,19*					
<b>Bloc 3</b>					
- Âge	0,08	0,05	0,20	1,69	0,10
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,60	1,55	0,12	1,03	0,31
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,24	1,05	-0,03	-0,23	0,82
- Genre	-4,92	5,83	-0,55	-0,84	0,40
- Auto-perturbation	-0,19	0,08	-0,49	-2,27	0,03*
- Auto-perturbation x genre	0,08	0,10	0,62	0,86	0,39
R2= 0,20, pseudo R2= 0,12					
<b>Réévaluation positive et stress post-traumatique</b>	B	SE B	$\beta$	t	p
<b>Bloc 1</b>					
- Âge	0,08	0,05	0,20	1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,71	1,50	0,21	1,81	0,08
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,96	1,05	-0,11	-0,91	0,36
R2= 0,09					
<b>Bloc 2</b>					
- Âge	0,09	0,05	0,21	1,73	0,09
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,76	1,55	0,21	1,78	0,08
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,95	1,07	-0,10	-0,88	0,38
- Genre	-0,60	1,08	-0,07	-0,55	0,58
- Stress post-traumatique	-0,03	0,05	-0,07	0,56	0,58
R2= 0,09					
<b>Bloc 3</b>					

- Âge	0,09	0,05	0,22	1,83	0,07
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,94	1,56	0,23	1,89	0,06
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-1,18	1,09	-0,13	-1,09	0,28
- Genre	6,66	6,41	0,75	1,04	0,30
- Stress post-traumatique	0,04	0,08	0,09	0,52	0,61
- Stress post-traumatique x genre	-0,12	0,10	-0,85	-1,15	0,25
R2= 0,11, pseudo R2= 0,03					
<b>Réévaluation positive et externalisation</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Bloc 1					
- Âge	0,08	0,05	0,20	1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,71	1,50	0,21	1,81	0,08
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,96	1,05	-0,11	-0,91	0,36
R2= 0,09					
Bloc 2					
- Âge	0,10	0,05	0,23	1,95	0,06
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,77	1,56	0,14	1,14	0,26
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,70	1,04	-0,08	-0,67	0,50
- Genre	-0,14	1,06	-0,02	-0,13	0,90
- Externalisation	-0,08	0,04	-0,28	-2,29	0,03*
R2= 0,16					
Bloc 3					
- Âge	0,09	0,05	0,22	1,82	0,07
- Traumatisme survenue à l'enfance	1,74	1,60	0,13	1,09	0,28
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,65	1,11	-0,07	-0,58	0,56
- Genre	-0,71	4,80	-0,08	-0,15	0,88
- Externalisation	-0,10	0,06	-0,30	-1,42	0,16
- Externalisation x genre	0,01	0,08	0,07	0,12	0,90
R2= 0,16, pseudo R2= 0,08					
<b>Réévaluation positive et somatisation</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Bloc 1					
- Âge	0,08	0,05	0,20	1,70	0,09
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,71	1,50	0,21	1,81	0,08
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-0,96	1,05	-0,11	-0,91	0,36
R2= 0,09					
Bloc 2					
- Âge	0,09	0,05	0,21	1,76	0,08
- Traumatisme survenue à l'enfance	2,95	1,55	0,23	1,90	0,06
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-1,06	1,07	-0,12	-0,99	0,33
- Genre	-0,60	1,08	-0,07	-0,55	0,58
- Somatisation	0,02	0,05	0,05	0,46	0,65
R2= 0,09					
Bloc 3					
- Âge	0,10	0,05	0,23	1,89	0,06
- Traumatisme survenue à l'enfance	3,07	1,54	0,24	1,99	0,05*
- Traumatisme survenue à l'âge adulte	-1,39	1,09	-0,15	-1,28	0,20
- Genre	7,44	5,67	0,83	1,31	0,19
- Somatisation	0,09	0,07	0,21	1,31	0,20
- Somatisation x genre	-0,15	0,10	-0,92	-1,44	0,15
R2= 0,12, pseudo R2= 0,04					

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \*p<0,05

Lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés, l'auto-perturbation [ $\beta (-2,83) = -0,33, p < 0,01$ ] et l'externalisation [ $\beta (-2,29) = -0,28, p < 0,05$ ] sont associés négativement avec la réévaluation positive. Cela signifie qu'une plus faible sévérité de symptômes à l'échelle d'auto-perturbation est associée à une fréquence élevée d'utilisation de la stratégie de réévaluation positive. On peut conclure de même pour l'échelle d'externalisation. L'auto-perturbation et les variables de contrôle ont expliqué significativement 19 % de la variance de la stratégie de réévaluation positive, tandis que l'externalisation et les variables de contrôle ont expliqué 16 % de la variance de cette stratégie. Le genre n'a cependant pas modéré la force de l'association entre l'auto-perturbation et la réévaluation positive [ $\beta (0,86) = 0,62, p, n.s.$ ] ainsi qu'entre l'externalisation et la réévaluation positive [ $\beta (0,12) = 0,07, p, n.s.$ ].



## **CINQUIÈME CHAPITRE DISCUSSION**

Dans le cadre de ce cinquième chapitre, les résultats obtenus aux objectifs ciblés, soit a) décrire et comparer le type et la diversité des stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SSPT, et b) identifier la présence d'association entre les types de stratégies d'adaptation au stress utilisées par les adultes présentant la double problématique et les échelles de SSPT selon le genre tout en contrôlant pour l'âge et le moment de survenue des événements traumatiques (enfance, âge adulte), sont interprétés en regard du cadre théorique présenté ainsi que des études recensées. Les limites de la présente étude et des recommandations pour les recherches futures sont aussi discutées suivies des retombées des résultats pour la pratique. Enfin, une conclusion permet de faire le point sur le présent mémoire.

Précisons avant tout les aspects contributifs et distinctifs de cette étude dans l'avancée des connaissances. Tout d'abord, la présente étude est l'une des rares dans le domaine de la comorbidité CPP/SSPT à cibler, en proportion égale, des hommes et des femmes provenant d'une population clinique d'adultes ayant tous été victimes d'un traumatisme interpersonnel à l'enfance et/ou à l'âge adulte. Comparativement aux études antérieures, celle-ci s'intéresse plus particulièrement aux différents types de stratégies d'adaptation, aux échelles de SSPT ainsi qu'au genre des participants.

### **1. LES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ADULTES PRÉSENTANT UNE CPP ET DES SSPT**

Les résultats de la présente étude indiquent d'abord qu'au sein d'une population clinique présentant à la fois une CPP et des SSPT, l'utilisation des stratégies d'adaptation au stress semble diversifiée. Les stratégies de recherche de soutien social, de fuite/évitement, de résolution de problèmes et de réévaluation positive sont fréquemment utilisées par cette population.

Quant aux différences liées aux genres, seule la stratégie de résolution de problèmes est utilisée plus fréquemment par les hommes que les femmes présentant la double problématique (CPP/SSPT). Socialement les hommes utiliseraient davantage que les femmes les stratégies centrées sur le problème (Matud, 2004). Cette différence sociale appuie le résultat obtenu dans la présente étude. Toutefois, l'absence de différence entre les hommes et les femmes pour les autres stratégies d'adaptation est contraire à l'étude de Read *et al.* (2014) s'étant intéressée à cette question. Cette étude avait confirmé une différence homme/femme concernant la fréquence d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement. Cette dissemblance quant à ce résultat peut être expliquée par le fait que l'usage de psychotropes est une stratégie de fuite/évitement et que les participants de la présente étude ont tous une problématique de consommation de psychotropes alors que dans l'étude de Read *et al.* (2014) les participants provenaient de la population générale. De ce fait, il est possible de penser qu'autant les hommes que les femmes de la présente étude consommeraient des psychotropes pour faire face à leur SSPT.

## 2. LES STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES ADULTES PRÉSENTANT LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE EN ASSOCIATION AVEC LES ÉCHELLES DE SSPT

Cette étude est parmi les premières à étudier la présence d'association entre les types de stratégies d'adaptation (recherche de soutien social, fuite/évitement, résolution de problèmes, réévaluation positive) et les échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) chez une population clinique présentant une CPP et des SSPT ce qui est un point positif à cette étude, mais ce qui porte aussi à la prudence lors de l'interprétation des résultats.

Dans un premier temps, les individus présentant à la fois une CPP et des SSPT et ayant été victimes d'un traumatisme à l'âge adulte utilisent fréquemment la stratégie de fuite/évitement. Ce résultat issu des analyses préliminaires corrobore ce qui a été avancé dans l'étude de Hunt (2013) à l'effet que le moment de survenue du traumatisme

(enfance, âge adulte) influence le motif lié à l'usage de psychotropes chez une population clinique d'adultes. Aussi, ce résultat est étroitement lié au cadre théorique avancé par ce mémoire (voir le point 3 du chapitre 1) voulant qu'à court terme l'usage de psychotropes soit motivé par l'effet réducteur de cette stratégie de fuite/évitement sur les SSPT alors qu'à long terme, une fois la CPP établie, la dépendance motiverait davantage l'usage de psychotropes. Toujours en lien avec les analyses préliminaires, les individus présentant à la fois une CPP et des SSPT et ayant été victimes d'un traumatisme à l'enfance utilisent fréquemment la stratégie de réévaluation positive. Ce résultat est contraire à l'étude de Hunt (2013) voulant que les individus ayant été victimes d'un traumatisme à l'enfance utilisent moins fréquemment les stratégies de type engagement (résolution de problème, restructuration cognitive, expression des émotions, recherche de soutien social). Cette divergence peut être expliquée par l'utilisation de classification différente quant aux stratégies d'adaptation. Néanmoins, les études futures mériteraient d'explorer davantage l'influence du moment de survenue du traumatisme dans l'utilisation des stratégies d'adaptation.

Dans un deuxième temps, le genre n'a démontré aucun effet modérateur dans l'association entre les types de stratégies d'adaptation au stress et les échelles de SSPT. D'ailleurs, Read *et al.* (2014) en sont arrivés au même constat. De ce fait, les associations observées entre les stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT, présentées ci-dessous, seraient vraies autant pour les hommes que les femmes.

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation de la stratégie de recherche de soutien social, elle n'a démontré aucun lien avec les quatre échelles de SSPT chez les individus présentant la double problématique (CPP/SSPT), et ce, même lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatique (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Ainsi, peu importe la sévérité des SSPT, les hommes et les femmes de l'échantillon utilisent de manières comparables cette stratégie d'adaptation. Les études antérieures présentent cependant des résultats contradictoires pouvant s'expliquer par l'utilisation de classification différentes quant aux stratégies d'adaptation (Lalonde et Nadeau,

2012; Staiger *et al.*, 2009). En fait, l'étude de Lalonde et Nadeau (2012) inclus la stratégie de recherche de soutien social parmi les stratégies adaptées ayant une association négative avec la sévérité des SSPT alors que dans l'étude de Staiger *et al.* (2009) inclus cette stratégie parmi les stratégies centrées sur l'émotion ayant une association positive avec la sévérité des SSPT. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse qu'à elle seule la stratégie de recherche de soutien social n'aurait aucun effet significatif avec la sévérité des SSPT, mais lorsqu'elle est associée à d'autres types de stratégies (adaptées ou centrées sur l'émotion), elle pourrait être associée au fait de présenter des SSPT plus ou moins sévères.

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement, elle est positivement associée à la sévérité des symptômes d'auto-perturbation, de stress post-traumatique et d'externalisation chez les individus présentant à la fois une CPP et des SSPT, et ce, même lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Une tendance a aussi été observée en ce qui concerne la fréquence d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement et la sévérité des symptômes de somatisation. Cette tendance peut être expliquée par l'engourdissement que causerait la consommation de psychotropes sur les sensations physiques de l'individu. Ainsi, les symptômes de somatisation peuvent être plus difficilement perceptibles chez les individus ayant une CPP, ce qui influencerait les résultats à cette échelle. Ces résultats confirment ce que les études d'Held *et al.* (2015), Lalonde et Nadeau (2012), Read *et al.* (2014) ainsi que Staiger *et al.* (2009) ont démontré tant auprès d'une population clinique que d'une population générale. Ces associations permettent donc de confirmer ce qui a été avancé par le cadre théorique développé pour ce mémoire (voir le point 3 du chapitre 1) à l'effet que l'utilisation de la stratégie de fuite/évitement est liée à la sévérité des SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation). Ainsi, parmi les individus présentant la double problématique (CPP/SSPT) ceux utilisant fréquemment la stratégie de fuite/évitement rapportent une plus grande sévérité de SSPT.

En ce qui concerne les stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive, elles sont significativement associées à une plus faible sévérité de symptômes d'auto-perturbation et d'externalisation chez les individus présentant la double problématique (CPP/SSPT), et ce, même lorsque l'âge, le moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) et le genre sont contrôlés. Lalonde et Nadeau (2012) en sont arrivés au même constat en concluant que la sévérité des SSPT était associée négativement à la fréquence d'utilisation des stratégies adaptées. Les résultats liés à la réévaluation positive obtenus dans la présente étude sont toutefois contradictoires à ceux de Staiger *et al.* (2009) qui inclut cette stratégie parmi les stratégies centrées sur l'émotion. Manifestement des liens négatifs existent entre les échelles d'auto-perturbation et d'externalisation et les stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive. Ces liens peuvent être expliqués par la dissemblance qui existe entre ces concepts. Alors que les symptômes d'auto-perturbation se définissent par des difficultés sur le plan de la perception de soi et de l'identité et que les symptômes d'externalisation se définissent par l'utilisation de comportements autodestructeurs et une faible capacité à réguler ses émotions (Brière, 2011), les stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive nécessitent chez l'individu d'être capable de se mettre en action positivement et de modifier ses perceptions afin d'en ressortir grandie (Folkman *et al.*, 1986). De ce fait, une faible sévérité de symptômes d'auto-perturbation et d'externalisation permettrait à l'individu d'être davantage disposé à l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive. Inversement, l'utilisation fréquente de telles stratégies d'adaptation serait liée à une plus faible sévérité des symptômes d'auto-perturbation et d'externalisation.

### 3. LIMITES DE L'ÉTUDE ET RECOMMANDATIONS

L'interprétation des résultats de cette étude doit tenir compte des limites qui lui sont inhérentes. Tout d'abord, le devis transversal employé a permis d'établir des liens associatifs entre les stratégies d'adaptation au stress et les échelles de SSPT, toutefois des liens de causalité ne peuvent pas être tirés entre ces variables. De plus, la

provenance et la taille de l'échantillon limitent la généralisation des résultats à une population clinique d'individus bénéficiant des services d'un centre de réadaptation en dépendance. La faible taille de l'échantillon, soit 75 hommes et femmes, peut aussi avoir influencé la capacité à déceler des différences entre les genres ainsi qu'à observer des associations entre les stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT. Un choix méthodologique a dû être fait considérant que la cohérence interne de quatre des huit types de stratégies d'adaptation au stress (acceptation/confrontation, autocontrôle, distanciation, auto-accusation) a démontré des résultats insatisfaisants auprès de l'échantillon à l'étude. De ce fait, l'ensemble des stratégies présentées par Folkman *et al.* (1986) n'ont pas pu être étudiés, ce qui limite la généralisation des résultats seulement aux stratégies d'adaptation ayant été utilisées dans cette étude. Enfin, la CPP a été mesurée uniquement à partir d'un score global de la dépendance, soit l'une des trois sections du DÉBA-A/D (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001; Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Cependant, ce concept aurait pu être davantage détaillé en fonction de la nature, de la fréquence et de la quantité de psychotropes consommés. D'ailleurs, Khantzian (2003) énonce dans son modèle théorique que différents psychotropes sont consommés en fonction des symptômes prédominants chez l'individu. De cette manière, il aurait été intéressant d'observer si la nature, la fréquence et la quantité de psychotropes ont un impact dans l'association entre les stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT.

Pour pallier à ces limites, les recherches futures devraient viser l'utilisation d'un devis longitudinal afin de confirmer les liens temporels avancés par le cadre théorique, d'établir des liens de causalité entre les variables et d'étudier de façon plus précise l'effet du moment de survenue du traumatisme (enfance, âge adulte) sur l'utilisation des stratégies d'adaptation. Un plus grand échantillon mixte (hommes/femmes) serait également souhaité afin d'augmenter la puissance statistique. Cela permettrait ainsi d'étudier l'ensemble des stratégies d'adaptation de même que l'effet modérateur de la nature, la fréquence et la quantité de psychotropes consommés dans l'association entre les stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT.

#### 4. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE

Les résultats de la présente étude ouvrent sur une série de retombées fortement intéressantes pour la pratique professionnelle. Sachant qu'autant les hommes que les femmes présentant à la fois une CPP et des SSPT font usage de la stratégie de fuite/évitement et que cette stratégie est associée à une gravité de SSPT, les interventions faites auprès de cette clientèle devrait viser à les informer et les conscientiser face aux conséquences de l'utilisation d'une telle stratégie. D'autre part, des stratégies substitues et adaptées devraient leur être enseignées telles que la réévaluation positive et la résolution de problèmes considérant qu'elles sont associées à une faible sévérité de symptômes d'auto-perturbation et d'externalisation. Pour ce faire, des interventions orientées sur le développement de soi et sur le rôle des pensées, des émotions et des comportements dans la gestion des situations seraient aussi nécessaires dans le but de favoriser l'utilisation des stratégies de réévaluation positive et de résolution de problèmes chez cette clientèle. Notons que, selon les résultats obtenus dans cette étude, les hommes seraient plus enclins à utiliser la stratégie de résolution de problèmes. Ainsi, des moyens devraient être développés afin d'aider les hommes à maintenir l'utilisation de cette stratégie et d'amener les femmes à en faire davantage usage.

#### 5. CONCLUSION

La cooccurrence de trouble unissant la CPP et les SSPT est une problématique prépondérante bien réelle dans les centres de réadaptation en dépendance (Simoneau et Guay, 2008; Woo et Vedelago, 2012). Afin de permettre aux individus présentant cette comorbidité de trouble de retirer davantage de bénéfices liés au traitement de leur dépendance, il importe de s'attarder à la particularité que représente cette double problématique. Puisque les stratégies d'adaptation au stress jouent un rôle d'importance dans cette comorbidité, il s'agit d'une piste de solution à explorer plus en détail. Ce mémoire avait donc comme objectifs de décrire et comparer le type et la

diversité des stratégies d'adaptation utilisées par les individus, hommes et femmes, présentant ces troubles concomitants et d'identifier la présence d'association entre les types de stratégies d'adaptation et les échelles de SSPT.

Or, le présent mémoire a permis d'apporter des connaissances intéressantes dans le domaine de l'étude des stratégies d'adaptation chez une population présentant une CPP et des SSPT. Considérant que jusqu'à ce jour aucun modèle théorique ou empirique n'a permis d'expliquer l'association entre la CPP, les SSPT et les stratégies d'adaptation, cette étude a avancé un cadre théorique explicatif inspiré des travaux d'Ehlers et Clark (2000), de Khantzian (2003) et de Stewart (1996). Ce cadre théorique a d'ailleurs été partiellement confirmé par les résultats de cette étude. De plus, cette étude a permis de confirmer qu'au sein d'un échantillon clinique d'adultes, présentant à la fois une CPP et des SSPT, des différences hommes/femmes existent en ce qui concerne les stratégies d'adaptation et, plus précisément, la stratégie de résolution de problèmes. Elle a aussi permis d'observer concrètement des associations entre la fréquence d'utilisation de quatre types de stratégies d'adaptation (recherche de soutien sociale, fuite/évitement, résolution de problèmes, réévaluation positive) et la sévérité des échelles de SSPT (auto-perturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation), phénomène peu étudié à ce jour.

En somme, il est possible de conclure qu'afin de diminuer la fréquence d'utilisation de la stratégie de fuite/évitement ainsi que la sévérité des SSPT, les interventions poursuivies auprès de cette clientèle devraient être orientées de sorte à faire augmenter la fréquence d'utilisation des stratégies de résolution de problèmes et de réévaluation positive.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e édition). Washington, D.C.: APA.
- Arévalo, S., Prado, G. et Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123.
- Boyer, R., Guay, S. et Marchand, A. (2006). Épidémiologie de l'état de stress posttraumatique. In S. Guay et A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques dépistage, évaluation et traitements* (p.23-50). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Brière, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 professional manual*. Psychological assessment resources.
- Brown, P. J., Read, J. P., et Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In P. Ouimette et P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (p. 171-188). Washington, DC, US: American psychological association.
- Centre Québécois de Lutte aux Dépendances (CQLD) (2014). *Drogues: Savoir plus, risquer moins*. Montréal: Les Éditions internationales Alain Stanké.
- Chapman, C., Mills, K., Slade, T., McFarlane, A. C., Bryant, R. A., Creamer, M., Silove, D. et Teesson, M. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological medicine*, 42(08), 1695-1703.
- Clément, M. E., Bouchard, C., Jetté, M., et Laferrière, S. (2000). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec. *Québec: institut de la statistique du Québec*.
- Cormier, D. (1993). *Toxicomanies : Styles de vie*. Montréal : Les éditions du Méridien.
- Dufour, M. H., Corbiere, M. et Nadeau, L. (2001). Stratégies d'adaptation des victimes d'abus sexuels résilientes et toxicomanes. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 149-162.
- Ehlers, A., et Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A. et Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse and neglect*, 14(1), 19–28.
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., et Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S. et Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, 55, 745-774.
- Forbes, D., Fletcher, S., Parslow, R., Phelps, A., O'Donnell, M., Bryant, R. A., ... and Creamer, M. (2012). Trauma at the hands of another: longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(3), 372-376.
- Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M., et Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European journal of psychotraumatology*, 3, 1-9.
- Godbout, N., Hodges, M., Briere, J. et Runtz, M. (2016). Structural Analysis of the Trauma Symptom Inventory–2. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 25(3), 333-346.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-614.
- Graham, J., Legarreta, M., North, L., DiMuzio, J., McGlade, E., et Yurgelun-Todd, D. (2016). A preliminary study of DSM–5 PTSD symptom patterns in veterans by trauma type. *Military psychology*, 28(2), 115-122.
- Held, P., Owens, G. P. et Anderson, S. E. (2015). The interrelationships among trauma-related guilt and shame, disengagement coping, and PTSD in a sample of treatment-seeking substance users. *Traumatology*, 21(4), 285-292.
- Hunt, K. L. (2013). Complex trauma, coping, and unhealthy use of alcohol and other substances. *Dissertation abstracts international*, 74.

- Jehel, L. et Guay, S. (2006). Dépistage et évaluation des troubles liés aux événements traumatiques. In S. Guay et A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements* (p.1-22). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Khantzian, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary psychiatry*, 10(9), 47-54.
- Klinic community health center (2013). *Les traumatismes : manuel sur les traumatismes* (2<sup>e</sup> éd.). Winnipeg, Manitoba : Centre manitobain d'information et d'éducation sur les traumatismes.
- Lalonde, F., et Nadeau, L. (2012). Risk and protective factors for comorbid posttraumatic stress disorder among homeless individuals in treatment for substance-related problems. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 21(6), 626-645.
- Larousse (2016). *Site des éditions larousse*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.larousse.fr/>>. Consulté le 24 novembre 2016.
- Laventure, M., Paquette, G. et Garneau, M. (2016). *Évaluation de l'implantation et évolution des participants au programme Maître de sa vie du Centre de réadaptation Portage-Québec*. Rapport présenté au Centre de réadaptation Portage-Québec. 69 pages.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Najavits, L. M. et Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. *Journal of trauma and dissociation*, 13(1), 115-126.
- Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M., et Brown, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive behaviors*, 32(8), 1719-1727.
- Ouimette, P., Moos, R. H., et Finney, J. W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 410-414.

- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557.
- Prati, G. et Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Raistrick, D., Dunbar, G., et Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Addiction*, 78(1), 89-95.
- Read, J. P., Griffin, M. J., Wardell, J. D. et Ouimette, P. (2014). Coping, PTSD symptoms, and alcohol involvement in trauma-exposed college students in the first three years of college. *Psychology of addictive behaviors*, 28(4), 1052-1064.
- Roth, S. et Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*, 41(7), 813.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- Santé Canada (2000). *Les drogues : faits et méfaits*. Ottawa : Ministère de travaux publics et services gouvernementaux Canada.
- Simoneau, H. et Guay, S. (2008). Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, Santé et Société*, 7(2), 125-160.
- Staiger, P. K., Melville, F., Hides, L., Kambouropoulos, N. et Lubman, D. I. (2009). Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults?. *Journal of substance abuse treatment*, 36(2), 220-226.
- Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological bulletin*, 120(1), 83.
- Stewart, S.H. et Conrod, P.J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette et P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (p. 29-55). Washington, DC, US: American psychological association.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. et Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361.
- Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2016). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8 : Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 2.0*. Québec : Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CIUSSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal–Institut universitaire du CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues*. Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-George, M. et al. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes 6 à 14 ans, 1992 : Rapport synthèse*. Hôpital Rivières des Prairies et Santé Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., et Boyle, M. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience and therapeutics*, 14(3), 171-181.
- Woo, W. L., et Vedelago, H. R. (2012). Trauma exposure and PTSD among individuals seeking residential treatment in a Canadian treatment centre for a substance use disorder. *Canadian Journal of addiction medicine*, 3(1), 4-8.

## ANNEXE A ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

Comité d'éthique de la recherche  
Éducation et sciences sociales

### Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

#### **Évaluation du programme dépendance et stress post-traumatique, Portage-Québec**

##### **Myriam Laventure**

Professeure, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation

Projet financé par le Centre Portage de Québec

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028)*.

#### **Membres du comité**

**Eric Yergeau**, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle  
**Mathieu Gagnon**, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et au primaire  
**Suzanne Guillemette**, professeure à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation  
**Mélanie Lapalme**, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation  
**Julie Myre-Bisaillon**, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale  
**Frédéric Saussez**, professeur à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie  
**Carlo Spallanzani**, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive  
**Marianne Xhignesse**, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille  
**Vincent Beaucher**, membre versé en éthique  
**France Dupuis**, membre de la collectivité

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

Eric Yergeau, 8 janvier 2014

## ANNEXE B PROTOCOLE D'ÉVALUATION

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

### Protocole d'entrevue avec le participant

#### Projet de recherche :

Évaluation du programme *Dépendance et stress post-traumatique*, PORTAGE-QUÉBEC

En collaboration avec PORTAGE-QUÉBEC,

le Groupe de Recherche et d'Intervention sur les Substances psychoactives –Québec (RISQ) et  
le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE)  
de l'Université de Sherbrooke

Par MYRIAM LAVENTURE, Ph.D., Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation  
et GENEVIÈVE PAQUETTE, Ph.D., Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation

Groupe Clinique  
Pré-test

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

**Fiche d'identification du participant en vue du suivi**

\*\*\* Présentation du protocole d'entrevue au participant. Dire au participant : Vos réponses serviront à mesurer l'évolution de votre situation au fil du temps. Cela permettra de déterminer dans quelle mesure le programme Dépendance et stress post-traumatique est efficace. Veuillez répondre aux questions du mieux que vous pouvez. Veuillez répondre à toutes les questions afin d'obtenir un portrait le plus juste possible de votre situation. Toutefois, si vous ressentez un réel malaise par rapport à certaines questions, vous restez libre de refuser d'y répondre. De même, vous êtes libre de retirer votre participation du projet de recherche sans préjudice quant aux services que vous recevez. Notez que cette page sera retirée des questionnaires afin de préserver votre confidentialité. Le numéro d'identification permettra de vous identifier pour suivre l'évolution de votre situation. Les informations contenues sur cette fiche ne serviront simplement qu'à vous recontacter pour les évaluations subséquentes. \*\*\*

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)      Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Adresse permanente (si différente) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone (à la maison) : \_\_\_\_\_

(cellulaire) : \_\_\_\_\_

(travail ou autre) : \_\_\_\_\_      Spécifiez : \_\_\_\_\_

(proche à contacter au de besoin) : \_\_\_\_\_      Lien : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes pour le suivi selon le participant (facultatif) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

**Entrevue avec le participant**

Date de l'entrevue : \_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)

Durée de l'entrevue : \_\_\_\_\_ (minutes)

Nom complet de l'interviewer : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

\*\*\* Je vais d'abord vous poser quelques questions sur votre situation générale. \*\*\*

1. Prénom : \_\_\_\_\_ 2. Sexe :  F<sub>(1)</sub>  M<sub>(2)</sub>

3. Date de naissance : \_\_\_\_\_ 4. Âge : \_\_\_\_\_

## 5. Quel est votre pays de naissance?

Canada ..... 01

Autre pays ..... 02

5a. Précisez : \_\_\_\_\_

## 6. À quel groupe ethnique appartenez-vous?

Caucasien ..... 01

Afro-américain ..... 02

Autochtone ..... 03

Hispanique ..... 04

Asiatique ..... 05

Autre groupe ethnique ..... 06

6a. Précisez : \_\_\_\_\_

## 7. Quel est votre état civil?

Marié ou uni civilement ..... 01

Conjoint de fait ..... 02

Séparé/divorcé ..... 03

Célibataire ..... 04

Autre ..... 05

7a. Précisez : \_\_\_\_\_

8. Avez-vous des enfants?  Oui<sub>(1)</sub>  Non<sub>(2)</sub>

8a. Si oui, précisez le nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

8b. En avez-vous la garde  Oui<sub>(1)</sub>  Non<sub>(2)</sub>

8c. De quel type de garde s'agit-il?

Garde unique ..... 01

Garde partagée ..... 02

Autre ..... 03

8d. Précisez : \_\_\_\_\_

**9. Quel niveau d'études avez-vous complété?**

Aucune scolarité ou maternelle .....	00
1 <sup>ère</sup> - 3 <sup>ème</sup> année du primaire .....	01
4 <sup>ème</sup> - 5 <sup>ème</sup> (7 <sup>ème</sup> ) année du primaire .....	02
Secondaire I - III (8 <sup>ème</sup> - 10 <sup>ème</sup> année) .....	03
Secondaire IV (11 <sup>ème</sup> année) .....	04
Diplôme d'études secondaires (DES) .....	05
Diplôme d'études professionnelle (DEP) ou attestation d'études collégiales AEC).....	06
A complété un certificat à l'université .....	07
A complété un DEC, Ecole professionnelle ou équivalent .....	08
A complété un Baccalauréat à l'université .....	09
A complété une Maîtrise ou un Doctorat .....	10
Ne s'applique pas .....	88
Ne sait pas .....	99

**10a. Avez-vous un travail rémunéré présentement?**       Oui <sup>(1)</sup>       Non <sup>(2)</sup>

**10b. Avez-vous un travail saisonnier?**       Oui <sup>(1)</sup>       Non <sup>(2)</sup>

**10c. Si oui, précisez combien de semaines par année :** \_\_\_\_\_

*Si oui à 10a ou 10b passez aux questions 11 et 12, sinon passez à la question 13.*

**11. Combien d'heures travaillez-vous par semaine?** \_\_\_\_\_

**12. Quel a été approximativement votre revenu d'emploi brut au cours des douze derniers mois?**

Aucun revenu .....	00
0\$ - 999\$ .....	01
1 000\$ - 5 999\$ .....	02
6 000\$ - 11 999\$ .....	03
12 000\$ - 19 000\$ .....	04
20 000\$ - 24 999\$ .....	05
25 000\$ - 29 999\$ .....	06
30 000\$ - 39 999\$ .....	07
40 000\$ - 49 999\$ .....	08
50 000\$ - 59 999\$ .....	09
60 000\$ - 69 999\$ .....	10
70 000\$ - et plus .....	11
Ne s'applique pas .....	88
Ne sait pas .....	99

**13. Quel est votre statut d'activité principal présentement?**

Travail à temps plein .....	01
Travail saisonnier .....	02
Travail à temps partiel .....	03
Étudiant(e) avec emploi .....	04
Étudiant(e) sans emploi .....	05
Bien-être social (Voir question 14) .....	06
Chômage (Voir question 15) .....	07
Congé de maladie (Voir question 16-17) .....	08
Congé de maternité (Voir question 15, 16 et 17) .....	09
A la retraite .....	10
Invalide .....	11
Tient maison .....	12
Ne s'applique pas .....	88
Ne sait pas .....	99

14. Si vous recevez de l'aide sociale, depuis combien de mois bénéficiez-vous de ce revenu? \_\_\_\_\_ mois

15. Si vous recevez de l'assurance chômage, depuis combien de mois bénéficiez-vous de ce revenu? \_\_\_\_\_ mois

16. Si vous recevez des revenus de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST), depuis combien de mois bénéficiez-vous de ce revenu? \_\_\_\_\_ mois

17. Si vous êtes en congé de maladie, est-ce que vous bénéficiez d'assurances privées?

Oui .....	01
Non .....	02
Ne s'applique pas .....	88
Ne sait pas .....	99

**18. Quel a été approximativement le revenu familial total au cours des douze derniers mois? (Incluant les pensions alimentaires, les allocations familiales, etc.)**

0\$ - 999\$ .....	01
1 000\$ - 5 999\$ .....	02
6 000\$ - 11 999\$ .....	03
12 000\$ - 19 000\$ .....	04
20 000\$ - 24 999\$ .....	05
25 000\$ - 29 999\$ .....	06
30 000\$ - 39 999\$ .....	07
40 000\$ - 49 999\$ .....	08
50 000\$ - 59 999\$ .....	09
60 000\$ - 69 999\$ .....	10
70 000\$ - et plus .....	11
Ne s'applique pas .....	88
Ne sait pas .....	99

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE A. LES STRATÉGIES D'ADAPTATION AU STRESS

\*\*\* Voici différents comportements et pensées que les gens peuvent utiliser lorsqu'ils vivent du stress. Pensez à une situation stressante et répondez en indiquant avec quelle fréquence il vous est arrivé d'utiliser les stratégies présentées lorsque vous viviez cette situation stressante. Encerlez votre réponse pour chacun des énoncés. \*\*\*

Situation stressante vécue : \_\_\_\_\_

	Jamais utilisé	Peu utilisé	Assez utilisé	Beaucoup utilisé
1. Je me suis concentré(e) sur ce que j'avais à faire et ensuite sur l'étape suivante.	0	1	2	3
2. J'ai essayé d'analyser le problème afin de mieux le comprendre.	0	1	2	3
3. Je me suis investi(e) dans mon travail ou dans une autre activité pour me changer les idées.	0	1	2	3
4. Je me suis dit que le temps arrangerait les choses, que la seule chose à faire était d'attendre.	0	1	2	3
5. J'ai négocié ou fait un compromis afin de retirer quelque chose de positif de cette situation.	0	1	2	3
6. J'ai essayé de faire quelque chose tout en me doutant que ça ne fonctionnerait pas, mais au moins je faisais quelque chose.	0	1	2	3
7. J'ai tenté une démarche auprès de la personne responsable afin qu'elle change d'avis.	0	1	2	3
8. J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation.	0	1	2	3
9. Je me suis critiqué(e) ou blâmé(e).	0	1	2	3
10. Je n'ai pas coupé les ponts, j'ai gardé les portes entrouvertes.	0	1	2	3
11. J'ai espéré qu'un miracle se produise.	0	1	2	3
12. J'ai accepté mon destin; c'était peut-être juste de la malchance.	0	1	2	3
13. J'ai continué comme si rien ne s'était passé.	0	1	2	3
14. J'ai essayé de ne pas exprimer mes sentiments devant les autres.	0	1	2	3
15. J'ai essayé de regarder les choses du bon côté.	0	1	2	3
16. J'ai dormi plus que d'habitude.	0	1	2	3
17. J'ai exprimé ma colère à la (aux) personne(s) qui a (ont) causé le problème.	0	1	2	3
18. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	0	1	2	3
19. Je me suis dit des choses qui m'aidaient à me sentir mieux.	0	1	2	3
20. Ceci m'a donné le goût de faire quelque chose de créatif.	0	1	2	3
21. J'ai essayé de tout oublier.	0	1	2	3
22. J'ai reçu de l'aide professionnelle.	0	1	2	3
23. J'ai changé ou j'ai évolué comme personne dans une bonne direction.	0	1	2	3
24. J'ai attendu de voir ce qui arriverait avant de faire quelque chose.	0	1	2	3
25. Je me suis excusé(e) ou j'ai fait quelque chose pour réparer les dommages.	0	1	2	3
26. J'ai fait un plan d'action et je l'ai suivi.	0	1	2	3
27. J'ai accepté ce qui se rapprochait le plus de ce que je voulais.	0	1	2	3
28. J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions.	0	1	2	3
29. Je me suis rendu(e) compte que j'avais créé le problème moi-même.	0	1	2	3

30.Je suis sorti(e) de cette expérience grand(e), mieux que je ne l'étais avant.	0	1	2	3
31.J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème.	0	1	2	3
32.J'ai pris mes distances pendant un certain temps; j'ai essayé de me reposer ou de prendre des vacances.	0	1	2	3
33.J'ai tenté de me sentir mieux en mangeant, buvant, fumant ou en consommant des drogues ou des médicaments, etc.	0	1	2	3
34.J'ai pris une grande chance ou je me suis placé(e) dans une situation où je courais un grand risque.	0	1	2	3
35.J'ai essayé de ne pas agir impulsivement.	0	1	2	3
36.J'ai découvert une nouvelle foi.	0	1	2	3
37.J'ai fait semblant que tout allait bien, j'ai gardé la tête haute.	0	1	2	3
38.J'ai redécouvert ce qui était important dans ma vie.	0	1	2	3
39.J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien.	0	1	2	3
40.J'ai évité de voir les gens en général.	0	1	2	3
41.J'ai refusé de me laisser envahir par cette situation et de trop y penser.	0	1	2	3
42.J'ai demandé conseil à un parent ou à un(e) ami(e) que je respectais.	0	1	2	3
43.J'ai fait en sorte que les autres ne sachent pas à quel point les choses allaient mal pour moi.	0	1	2	3
44.J'ai refusé de prendre les choses trop au sérieux.	0	1	2	3
45.J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments.	0	1	2	3
46.J'ai tenu bon et je me suis battu(e) pour ce qui me tenait à cœur.	0	1	3	3
47.Je me suis défoulé(e) sur mon entourage.	0	1	2	3
48.J'ai fait référence à mes expériences passées : j'avais déjà vécu une situation semblable.	0	1	2	3
49.Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner.	0	1	2	3
50.J'ai refusé de croire que c'était vraiment arrivé.	0	1	2	3
51.Je me suis promis que les choses se passeraient différemment la prochaine fois.	0	1	2	3
52.J'ai envisagé différentes solutions au problème.	0	1	2	3
53.Je l'ai accepté puisque je ne pouvais rien faire.	0	1	2	3
54.J'ai essayé d'empêcher mes sentiments de déborder sur les autres aspects de ma vie.	0	1	2	3
55.J'ai souhaité pouvoir changer ce qui était arrivé ou comment je me sentais.	0	1	2	3
56.J'ai changé quelque chose en moi.	0	1	2	3
57.Je rêve ou j'imagine des temps meilleurs ou une autre situation que celle dans laquelle je suis.	0	1	2	3
58.J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin.	0	1	2	3
59.J'ai des souhaits et des désirs sur comment les choses pourraient se résoudre.	0	1	2	3
60.J'ai prié.	0	1	2	3
61.Je me suis préparé(e) au pire.	0	1	2	3
62.J'ai repassé dans mon esprit ce que j'allais faire ou dire.	0	1	2	3
63.J'ai pensé à une personne que j'admire, je me suis demandé comment elle réagirait dans cette situation et l'ai utilisée comme modèle.	0	1	2	3
64.J'ai essayé de voir les choses du point de vue de l'autre.	0	1	2	3
65.Je me suis souvenu que les choses pouvaient toujours être pires.	0	1	2	3
66.J'ai fait du jogging ou de l'exercice.	0	1	2	3

© Ways of Coping Questionnaire (revised). Folkman & Lazarus (1985). Traduit par B. Mishara (1987).

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE B. QUESTIONNAIRE MARIE-VINCENT

SECTION 1 – SANTÉ MENTALE.

*\*\*\* Presque toutes les personnes ont vécu des moments de tristesse ou de dépression, par exemple lors de moments de maladie, lors du décès d'un proche ou lorsqu'il y a des problèmes au travail ou dans la famille. Les questions suivantes se rapportent à ces périodes. \*\*\**

1.1 Avez-vous déjà vécu une période de deux ans ou plus pendant laquelle vous vous êtes senti(e) dépressif/dépressive ou triste la plupart des jours, même si vous vous sentiez OK à l'occasion?

- Oui <sup>(1)</sup> (Passez à la question 1.1.1)  
 Non <sup>(2)</sup> (Passez à la question 1.2)

1.1.1 Est-ce qu'une période comme celle-là a déjà duré 2 ans complets sans interruption – par interruption nous entendons une période de 2 mois complets pendant lesquels vous vous sentiez OK?

- Oui <sup>(1)</sup> (Passez à la question 1.1.2)  
 Non <sup>(2)</sup> (Passez à la question 1.2)

1.1.2 Est-ce que ces longues périodes pendant lesquelles vous vous sentiez triste ou dépressif/dépressive se sont poursuivies jusque dans les 12 derniers mois?

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

1.2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une période de 2 semaines ou plus pendant laquelle vous vous êtes senti(e) triste, vide, dépressif/dépressive presque tous les jours pendant presque toute la journée?

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

1.3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une période de 2 semaines ou plus pendant laquelle vous avez perdu intérêt dans la plupart des activités comme le travail, vos passe-temps ou toute autre activité dont vous aviez l'habitude d'apprécier?

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

1.4. Au cours du dernier mois, avez-vous vécu une période d'une semaine ou plus pendant laquelle vous vous êtes senti(e) triste, vide, dépressif/dépressive presque tous les jours pendant presque toute la journée?

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

1.5. Au cours du dernier mois, avez-vous vécu une période d'une semaine ou plus pendant laquelle vous avez perdu intérêt dans la plupart des activités comme le travail, vos passe-temps ou toute autre activité dont vous aviez l'habitude d'apprécier?

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

SECTION 2 – SYMPTOMES LIES AUX EVENEMENTS TRAUMATIQUES.

**\*\*\* Les prochaines questions portent sur la façon dont vous avez pu vous sentir dans le dernier mois dû à une expérience que vous avez vécue au cours de votre vie. \*\*\***

**2.1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience si effrayante, horrible, ou dérangeante, qu'au cours du dernier mois, vous avez eu des cauchemars à propos de cet événement ou vous y avez pensé alors que vous ne le voulez pas ?**

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

**2.2. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience si effrayante, horrible, ou dérangeante qu'au cours du dernier mois, vous avez essayé fort de ne pas y penser ou fait des efforts pour éviter des situations qui vous rappelaient l'événement ?**

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

**2.3. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience si effrayante, horrible, ou dérangeante qu'au cours du dernier mois, vous étiez constamment sur vos gardes, en état d'alerte ou que vous sursautiez facilement ?**

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

**2.4. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu une expérience si effrayante, horrible, ou dérangeante qu'au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) engourdi(e) ou détaché(e) des autres, des activités ou de l'environnement ?**

- Oui <sup>(1)</sup>  
 Non <sup>(2)</sup>

SECTION 3 – ABUS VECUS DANS L'ENFANCE

**\*\*\* Dans les prochaines questions, nous nous intéressons aux événements qui ont pu se produire pendant votre enfance (c'est-à-dire depuis votre naissance jusqu'au moment où vous avez atteint 18 ans). \*\*\***

**3.1. Croyez-vous avoir été menacé(e), humilié(e) ou ridiculisé(e) par vos parents durant votre enfance?**

Non, jamais .....	00
Oui, rarement .....	01
Oui, souvent .....	02
Oui, très souvent .....	03

**3.2. Est-ce qu'il vous est arrivé d'être témoin de violence physique envers votre mère/père (ou cette personne qui jouait ce rôle) durant votre enfance?**

Non, jamais .....	00
Oui, rarement .....	01
Oui, souvent .....	02
Oui, très souvent .....	03

**3.3. Avez-vous reçu la fessée par vos parents durant votre enfance?**

Non, jamais .....	00
Oui, rarement .....	01
Oui, souvent .....	02
Oui, très souvent .....	03

**3.4. Avez-vous été frappé(e) plus durement qu'une fessée par vos parents durant votre enfance?**

Non, jamais .....	00
Oui, rarement .....	01
Oui, souvent .....	02
Oui, très souvent .....	03

**3.5. Avant que vous ayez 18 ans, est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir été touché(e) sexuellement par un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart avec vous), alors que vous ne le vouliez pas, ou encore d'avoir été forcé(e) de toucher, d'une façon sexuelle, un adulte ou un enfant plus vieux? Ce peut être autant une personne de votre famille qu'une personne à l'extérieur de la famille.**

Non	(Passez à la question 3.6) .....	00
Oui, une seule fois	(Passez aux questions 3.5.1 et 3.5.2) .....	01
Oui, plus d'une fois	(Passez aux questions 3.5.1 et 3.5.2) .....	02

**3.5.1. Quel était votre lien avec la personne qui vous a touché?**

Un membre de la famille immédiate (père, mère, beau-père, belle-mère, frère, soeur, demi-frère, etc.)	01
Un membre de la parenté (grand-parent, oncle, tante, cousin, cousine, etc.) .....	02
Une personne connue (ami(e) de la famille, voisin(e), enseignant(e), etc.) .....	03
Une personne inconnue .....	03



**3.5.2. Quel était votre âge la première fois que cela est arrivé?**

Moins de 6 ans .....	00
6 à 11 ans .....	01
12 à 17 ans .....	02
Ne sais pas .....	03

**3.6 Avant que vous ayez 18 ans (et, s'il y a lieu, à l'exception des attouchements sexuels mentionnés précédemment), vous est-il arrivé personnellement d'avoir été forcé(e) d'avoir une relation sexuelle (inclue toute activité sexuelle avec pénétration orale, anale ou vaginale) avec un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart avec vous), alors que vous ne le voulez pas? Ce peut être autant une personne de votre famille qu'une personne à l'extérieur de la famille.**

Non	(Passez à la section 4) .....	00
Oui, une seule fois	(Passez aux questions 3.6.1 et 3.6.2) .....	01
Oui, plus d'une fois	(Passez aux questions 3.6.1 et 3.6.2) .....	02

**3.6.1 Quel était votre lien avec la personne qui vous a fait subir ces gestes sexuels?**

Un membre de la famille immédiate (père, mère, beau-père, belle-mère, frère, soeur, demi-frère, etc.)	01
Un membre de la parenté (grand-parent, oncle, tante, cousin, cousine, etc.) .....	02
Une personne connue (ami(e) de la famille, voisin(e), enseignant(e), etc.) .....	03
Une personne inconnue .....	03

**3.6.2 Quel était votre âge la première fois que cela est arrivé?**

Moins de 6 ans .....	00
6 à 11 ans .....	01
12 à 17 ans .....	02
Ne sais pas .....	03

## SECTION 4 – VIE DE COUPLE (QUESTIONNAIRE DE STRAUS).

\*\*\* Les prochaines questions portent sur la vie de couple. \*\*\*

## 4.1. Actuellement, avez-vous un(e) conjoint(e), un «chum» ou une «blonde»?

- Oui <sup>(1)</sup> (Passez à la question 4.2)  
 Non <sup>(2)</sup> (Passez à la question 4.1.1)

## 4.1.1. Avez-vous eu un(e) conjoint(e), un «chum» ou une «blonde» au cours des 12 derniers mois?

- Oui <sup>(1)</sup> (Passez à la question 4.2)  
 Non <sup>(2)</sup> (Passez à la section 5)

\*\*\* Les prochaines questions portent sur votre situation conjugale des 12 derniers mois. Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les conjoints aient des différends, qu'ils se contrarient, qu'ils aient des attentes différentes ou qu'ils aient des prises de bec ou des disputes simplement parce qu'ils sont de mauvaise humeur, fatigués ou pour une autre raison. Ils utilisent également de nombreux moyens pour essayer de résoudre leurs conflits. Voici des moyens qui peuvent avoir été utilisés lorsque votre conjoint(e) et vous étiez en désaccord. Vous devrez indiquer le nombre de fois que vous avez utilisé ces moyens et le nombre de fois que votre partenaire les a utilisés au cours de la dernière année. Si vous ou votre partenaire n'avez pas utilisé ces moyens au cours de la dernière année, mais que vous les avez déjà utilisés, indiquez la réponse 7. Encerclez votre réponse. \*\*\*

1 = 1 fois au cours de la dernière année	6 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois au cours de la dernière année	8 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année mais c'est déjà arrivé avant
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année	0 = ne s'est jamais arrivé

4.2. J'ai insulté mon/ma partenaire ou je me suis adressé(e) à lui/elle en sacrant.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.3. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.4. J'ai poussé ou bousculé mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.5. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.6. J'ai traité mon/ma partenaire de gros(se) ou de laid(e).	1	2	3	4	5	6	7	0
4.7. Mon/ma partenaire m'a traité(e) de gros(se) ou de laid(e).	1	2	3	4	5	6	7	0
4.8. J'ai donné un coup de poing à mon/ma partenaire ou je l'ai frappé(e) avec un objet qui aurait pu le/la blesser.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.9. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.10. J'ai hurlé ou crié après mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.11. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.12. J'ai battu mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.13. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.14. J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger mon/ma partenaire à avoir des relations sexuelles.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.15. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.16. J'ai insisté pour avoir des relations sexuelles avec mon/ma partenaire alors qu'il/elle ne voulait pas (mais sans utiliser la force physique).	1	2	3	4	5	6	7	0
4.17. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.18. J'ai utilisé des menaces pour avoir des relations sexuelles avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.19. Mon/ma partenaire m'a fait cela.	1	2	3	4	5	6	7	0

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – STRESS POST-TRAUMATIQUE (TRAUMA SYMPTOMS INVENTORY)**

\*\*\* Ce questionnaire décrit des faits ou des sensations que vous pouvez ressentir ou pas. Veuillez entourer la réponse se rapprochant le plus à ce que vous avez ressenti ces derniers 6 mois. \*\*\*

Entourez « 0 » si cela ne vous est jamais arrivé ces 6 derniers mois

Entourez « 1 » si cela vous est arrivé pendant les 6 derniers mois, mais **très rarement**

Entourez « 2 » si cela vous est arrivé **quelques fois** les 6 derniers mois

Entourez « 3 » si cela vous est arrivé **souvent** ces 6 derniers mois

**Durant les 6 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous ou avez-vous :**

1.	Ressenti de la nervosité	0	1	2	3
2.	Ressenti de la tristesse	0	1	2	3
3.	Ressenti de la colère ou de la rage intérieur	0	1	2	3
4.	Fait des cauchemars ou des mauvais rêves	0	1	2	3
5.	Tenté d'oublier un moment désagréables de votre vie	0	1	2	3
6.	Eu l'impression d'être dans un rêve	0	1	2	3
7.	Manqué d'honnêteté envers quelqu'un	0	1	2	3
8.	Ressenti des douleurs physiques	0	1	2	3
9.	Eu des pensées ou des sentiments négatifs, pendant des rapports sexuels	0	1	2	3
10.	Eu des envies d'être mort	0	1	2	3
11.	Évité que les autres apprennent à vous connaître	0	1	2	3
12.	Ressenti l'impression de ne pas savoir vraiment qui vous êtes	0	1	2	3
13.	Eu un comportement autodestructeur pendant ou après une dispute	0	1	2	3
14.	Ressenti une irritabilité telle après un traumatisme que cela vous a poussé à vous battre physiquement avec des étrangers	0	1	2	3
15.	Éprouvé des difficultés à vous endormir ou à rester endormi, en raison de votre état de tension	0	1	2	3
16.	Ressenti du désespoir	0	1	2	3
17.	Éprouvé des difficultés à contrôler vos éclats d'humeur	0	1	2	3
18.	Eu, l'espace d'un instant, une vision ou un souvenir auditif d'un événement traumatisant de votre passé	0	1	2	3
19.	Tenté de bloquer vos sentiments négatifs concernant votre passé	0	1	2	3
20.	Entendu des personnes vous dire que vous n'étiez pas suffisamment attentif à ce qui se passait autour de vous	0	1	2	3
21.	Éprouvé des regrets d'avoir dit ou fait certaines choses	0	1	2	3
22.	Eu des nausées ou l'estomac dérangé	0	1	2	3

23.	Eu des rapports sexuels avec une personne que vous connaissiez à peine	0	1	2	3
24.	Fait une tentative de suicide	0	1	2	3
25.	Eu le sentiment d'être abandonné ou rejeté	0	1	2	3
26.	Été facilement influencé par les autres	0	1	2	3
27.	Senti tellement bouleversé que vous avez dû faire quelque chose de dramatique pour vous calmer	0	1	2	3
28.	Été incapable de boire ou manger quoi que ce soit pendant plusieurs jours à cause du souvenir d'un traumatisme passé	0	1	2	3
29.	Eu peur de certaines choses, alors qu'elles étaient probablement sans danger réel	0	1	2	3
30.	Été déprimé au point d'en perdre l'appétit	0	1	2	3
31.	Ressenti de la colère à propos de choses futiles	0	1	2	3
32.	Eu des flashbacks (images ou souvenirs soudains de choses bouleversantes)	0	1	2	3
33.	Tenté de vous empêcher de penser au passé	0	1	2	3
34.	Eu la sensation de vous trouver en dehors de votre propre corps	0	1	2	3
35.	Été malheureux ou mécontent à propos de quelque chose	0	1	2	3
36.	Éprouvé des douleurs dans le bas du dos	0	1	2	3
37.	Ressenti de l'appréhension à l'idée d'avoir des rapports sexuels	0	1	2	3
38.	Eu des fantasmes de mort	0	1	2	3
39.	Ressenti un inconfort, une gêne lorsque quelqu'un vous est devenu trop proche psychologiquement	0	1	2	3
40.	Eu le sentiment de mal vous connaître vous-même	0	1	2	3
41.	Mangé plus que nécessaire pour essayer de vous calmer	0	1	2	3
42.	Vécu de nombreux flashbacks quotidiens, pendant plusieurs semaines d'affilée	0	1	2	3
43.	Ressenti de la nervosité, de la fièvre	0	1	2	3
44.	Eu la sensation d'être si déprimé que vous avez évité tout contact social	0	1	2	3
45.	Ressenti de la colère dans vos pensées	0	1	2	3
46.	Eu des rêves ayant un contenu violent	0	1	2	3
47.	Tenté de bloquer certains souvenirs	0	1	2	3
48.	Eu l'impression d'avoir plusieurs personnes à l'intérieur de vous-même	0	1	2	3
49.	Été de mauvaise humeur	0	1	2	3
50.	Eu des indigestions	0	1	2	3
51.	Eu envie d'avoir des rapports sexuels avec une personne dont vous savez qu'elle était mauvaise pour vous	0	1	2	3
52.	Pris des doses excessives de médicaments avec des intentions suicidaires	0	1	2	3

53.	Eu peur que quelqu'un cesse de vous apprécier	0	1	2	3
54.	Laissé convaincre trop facilement de ne pas faire quelque chose	0	1	2	3
55.	Fait quelque chose que vous n'auriez pas dû faire parce que étiez très mal	0	1	2	3
56.	Été temporairement paralysé en raison d'un souvenir extrêmement effrayant	0	1	2	3
57.	Inquiété plus que de raison à propos de certaines choses	0	1	2	3
58.	Eu le sentiment de n'avoir aucune valeur	0	1	2	3
59.	Crié ou grondé d'autres personnes	0	1	2	3
60.	Eu la sensation d'être tout à coup transporté vers un événement désagréable de votre passé	0	1	2	3
61.	Tenté d'étouffer des sentiments relatifs à un événement passé qui vous a fait du mal	0	1	2	3
62.	Eu la sensation que tout était irréel autour de vous	0	1	2	3
63.	Commis des erreurs	0	1	2	3
64.	Eu des spasmes musculaires	0	1	2	3
65.	Eu des problèmes lors de rapports sexuel avec une autre personne	0	1	2	3
66.	Ressenti un tel désespoir que vous auriez voulu mourir	0	1	2	3
67.	Tenu les autres à distance	0	1	2	3
68.	Eu le sentiment qu'il n'existe pas de « vrai vous » à l'intérieur de vous-même	0	1	2	3
69.	Jeté ou brisé des objets car vous n'arriviez pas à contrôler vos émotions	0	1	2	3
70.	Perdu connaissance suite à l'évocation de souvenirs extrêmement traumatique	0	1	2	3
71.	Guetté les dangers en restant sur vos gardes	0	1	2	3
72.	Ressenti un faible estime de vous-même	0	1	2	3
73.	Cédé à la colère alors que vous ne vouiez pas	0	1	2	3
74.	Senti votre rythme cardiaque s'accélérer à l'évocation d'un mauvais souvenir	0	1	2	3
75.	Tenté de ne plus pensé à un événement bouleversant du passé	0	1	2	3
76.	Eu la sensation de ne pas être réellement vous-même	0	1	2	3
77.	Ressenti de l'inquiétude	0	1	2	3
78.	Subi des acouphènes (bourdonnements, sifflements ou tintements) dans les oreilles	0	1	2	3
79.	Eu des rapports sexuels non protégés, alors que vous auriez sans doute dû vous protéger	0	1	2	3
80.	Tenté de vous suicider, puis changé d'avis	0	1	2	3
81.	Craint qu'en réalité, les autres n'en aient rien à faire de vous	0	1	2	3
82.	Changé d'avis ou d'opinion en présence d'une autre personne	0	1	2	3

83.	Choisi de vous punir vous-même pour essayer de vous sentir moins coupable	0	1	2	3
84.	Eu de telles difficultés à vous concentrer après un traumatisme que vous en avez oublié où vous habitez	0	1	2	3
85.	Pensé continuellement à tout ce qui pourrait mal tourner	0	1	2	3
86.	Senti déprimé	0	1	2	3
87.	Eu des pensées ou des envie de faire mal à quelqu'un	0	1	2	3
88.	Été envahi soudainement par des souvenirs dérangeants alors que vous ne vous y attendiez pas	0	1	2	3
89.	Essayé de ne pas penser ou de ne pas parlé d'évènements douloureux de votre vie	0	1	2	3
90.	Eu la sensation de « planer »	0	1	2	3
91.	Dit quelque chose de négatif sur quelqu'un dans son dos	0	1	2	3
92.	Ressenti des douleurs à la poitrine	0	1	2	3
93.	Eu des problèmes sexuels	0	1	2	3
94.	Eu des pensées suicidaires	0	1	2	3
95.	Éviter les relations avec les autres	0	1	2	3
96.	Eu le sentiment de ne pas savoir ce que vous voulez dans la vie	0	1	2	3
97.	Commis un acte violent car vous vous sentiez bouleversé	0	1	2	3
98.	Oublié des détails du passé depuis un événement traumatisant	0	1	2	3
99.	Éprouvé des troubles de l'attention en raison d'une trop grande tension	0	1	2	3
100.	Été incapable de profiter de choses habituellement agréables car vous étiez trop déprimé	0	1	2	3
101.	Provoqué des disputes ou des bagarres	0	1	2	3
102.	Eu le souvenir soudain de quelque chose de désagréable	0	1	2	3
103.	Tenté d'évacuer de votre esprit les souvenirs douloureux	0	1	2	3
104.	Eu de la difficulté à vous souvenir dans les détails d'un événement désagréable vous ayant affecté	0	1	2	3
105.	Manqué de patience avec les autres	0	1	2	3
106.	Éprouvé des difficultés pour avaler	0	1	2	3
107.	Attiré des ennuis à cause du sexe	0	1	2	3
108.	Eu des comportements à risque et espéré que vous pourriez en mourir	0	1	2	3
109.	Eu l'impression que quelqu'un ne vous prêtait pas suffisamment attention	0	1	2	3
110.	Eu besoin d'être dirigé par d'autres pour savoir quoi faire	0	1	2	3
111.	Fait quelque chose d'excitant pour vous éviter de ressentir des choses désagréables	0	1	2	3
112.	Été incapable de faire des choses simples telles que marcher ou vous habiller, en raison d'un souvenir extrêmement traumatique	0	1	2	3

113.	Craint de mourir ou d'être blessé	0	1	2	3
114.	Ressenti une mauvaise opinion de vous-même	0	1	2	3
115.	Eu des envies de frapper les gens ou de heurter intentionnellement des objets	0	1	2	3
116.	Eu des difficultés à vous débarrasser de certains souvenirs persistants	0	1	2	3
117.	Fui certaines personnes ou certains lieux en raison de ce qu'ils vous rappellent	0	1	2	3
118.	Retrouvé quelque part sans savoir comment vous êtes arrivé là	0	1	2	3
119.	Eu des vertiges	0	1	2	3
120.	Eu honte de vos pensées ou comportements sexuels	0	1	2	3
121.	Envisagé de vous tuer	0	1	2	3
122.	Ressenti le fait de ne pas avoir besoin des autres	0	1	2	3
123.	Ressenti de la confusion dans vos pensées ou vos croyances	0	1	2	3
124.	Entrepris de vous blesser vous-même volontairement (griffures, coupures ou brûlures, par exemple) pour tenter d'étouffer des pensées ou des sentiments douloureux	0	1	2	3
125.	Ête irritable ou facilement en colère suite à un événement désagréable	0	1	2	3
126.	Ressenti de la haine envers vous-même	0	1	2	3
127.	Souhaité de ne pas être aussi en colère tout le temps	0	1	2	3
128.	Ête bouleversé à la mémoire du passé	0	1	2	3
129.	Tenté de bloquer des pensées bouleversantes	0	1	2	3
130.	Eu le sentiment de vous voir vous-même depuis l'extérieur, à une grande distance	0	1	2	3
131.	Eu des difficultés pour conserver votre équilibre	0	1	2	3
132.	Eu un comportement sexuel alors que ce n'était sans doute pas une bonne idée	0	1	2	3
133.	Tenté de mettre fin à vos jours	0	1	2	3
134.	Renoncé à demander quelque chose dont vous aviez envie, par peur d'être rejeté ou de recevoir une réponse négative	0	1	2	3
135.	Ressenti un manque de confiance envers vos propres pensées ou sentiments, lorsque les autres n'étaient pas du même avis que vous	0	1	2	3
136.	Fait quelque chose que vous n'auriez pas dû faire, dans le but d'éviter de ressentir un vide ou de la peine à l'intérieur de vous	0	1	2	3

Copyright © 2011 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission from PAR, Inc.