

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**INTERRELATIONS ENTRE LES SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE,
LA RÉMANENCE, LA MOTIVATION, LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

**ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

**PAR
HÉLÈNE GADBOIS**

Juillet 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements

Résumé

Chapitre 1

Introduction	10
La ménopause et ses symptômes	11
La rémanence.....	13
La réactivation	14
La rumination.....	15
Le partage social	15
Théorie de l'autodétermination	16
Motivation intrinsèque	16
Motivation extrinsèque	17
Régulation externe	17
Régulation introjectée	17
Régulation identifiée	17
Régulation intégrée	17
Amotivation	18
Continuum d'autodétermination	18
Soutien empirique	20
Conséquences de la motivation.....	20
Conséquences émotives de la motivation	21
Modèle hiérarchique de la motivation	23
Motivation situationnelle	23
Motivation contextuelle	23
Motivation globale	23

L'anxiété.....	25
Conceptualisation de l'anxiété.....	25
La dépression.....	26
Conceptualisation de la dépression.....	26
La ménopause, l'anxiété et la dépression.....	29
Le présent projet.....	30
Objectifs.....	30
Hypothèses.....	30

Chapitre 2

Méthode.....	33
Participantés.....	33
Critères d'inclusion.....	33
Informations démographiques.....	33
Procédure.....	36
Instruments.....	36
Symptômes de la ménopause.....	36
La rémanence.....	37
Échelle de motivation situationnelle.....	38
Mesure de la motivation contextuelle.....	39
Échelle de motivation globale.....	40
Anxiété.....	41
Dépression.....	42
Analyses.....	42

Chapitre 3

Résultats.....	43
Statistiques descriptives.....	43
Corrélations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation globale, la dépression et l'anxiété.....	43

Corrélations entre les motivations globale, contextuelle et situationnelle	47
Corrélations entre les variables étudiées et les motivations contextuelles	47
Symptômes de la ménopause	47
Rémanence	49
Symptômes dépressifs	49
Symptômes anxieux	50
Corrélations entre les variables étudiées et la motivation situationnelle	50
Synthèse des résultats des corrélations	50
Analyses acheminatoires	51
Modèle 1	51
Modèle 2	54
Analyses complémentaires	56
Chapitre 4	
Discussion.....	58
Mise en rapport des hypothèses et des résultats	58
Hypothèse 1	58
Hypothèse 2	59
Hypothèse 3	59
Hypothèse 4	60
Résultat imprévu	60
Retombées conceptuelles.....	60
La rémanence	61
La motivation	65
Les symptômes dépressifs et anxieux	69
Résultats non significatifs.....	70

Absence d'association entre la rémanence et les formes autonomes de motivation globale.....	70
Absence d'association entre cinq formes de motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux.....	70
Absence d'association entre la rémanence, les motivations contextuelles et les symptômes dépressifs et anxieux.....	72
Absence d'association impliquant la motivation situationnelle.....	72
Limites méthodologiques	73
Études futures	74
Retombées cliniques	75
Références	79
Annexe A	
Questionnaire.....	111

Liste des tableaux

Tableau 1	Professions des participantes	34
Tableau 2	Statistiques descriptives des symptômes de la ménopause, de la rémanence et des symptômes dépressifs et anxieux	44
Tableau 3	Statistiques descriptives des motivations globale, contextuelle et situationnelle	45
Tableau 4	Corrélations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux	46
Tableau 5	Corrélations entre les motivations globale, contextuelle et situationnelle	48

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Taxonomie motivationnelle de la théorie de l'autodétermination	19
<i>Figure 2.</i> Hypothèses de recherche.....	32
<i>Figure 3.</i> Associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux.....	53
<i>Figure 4.</i> Associations entre la motivation globale, la motivation contextuelle et la motivation situationnelle.....	55

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet représente un processus qui revêt de multiples étapes. La présence de personnes patientes et généreuses m'a encouragé tout au long de cette aventure. Je tiens particulièrement à remercier ma superviseuse Isabelle Green-Demers qui a cru en moi et m'a démontré comment on peut être calme devant la tourmente et m'a aidé à développer le sens de la synthèse. Je retiens particulièrement de mon expérience, des méthodes de travail cohérentes et disciplinées, une gestion du temps efficace et un bon sens d'humour. Les défis dans le parcours m'ont amené à explorer mes limites et à sortir de mes zones de confort. Je garde des souvenirs précieux teintés de moments privilégiés de mes interactions au sein de l'équipe de madame Green-Demers. J'aimerais remercier les membres de mon jury, madame Houlfort et madame Pérodeau, pour avoir accepté de m'accompagner dans cette dernière partie de l'essai. Vos commentaires et vos observations m'ont permis de peaufiner l'analyse et d'enrichir mes réflexions sur les résultats. Non pas les moindres, j'aimerais remercier tous les membres de ma famille et mes amies qui m'ont accompagnée dans ce processus. Mes nombreuses absences m'ont éloigné de vous. Avec cette finale, je réinventerai des moments qui nous rapprocheront. Un merci à mon conjoint pour sa patience et sa compréhension ainsi que le support financier nécessaire à l'actualisation de cette réalisation. Finalement, un merci à l'équipe administrative de l'Université du Québec à Montréal au département du doctorat en psychologie qui a répondu à de nombreuses questions. Par leurs retours d'appels diligents et leur patience, elles ont contribué à alléger mon anxiété, et faciliter la logistique en fin de parcours.

RÉSUMÉ

Les facteurs biologiques qui favorisent l'émergence de psychopathologies lors de la ménopause ont été abondamment étudiés. Cependant, peu d'attention a été accordée aux facteurs psychologiques. Le présent projet s'intéresse à deux d'entre eux : la rémanence et la motivation. L'effet de rémanence réfère aux manifestations cognitives qui contribuent à pérenniser l'impact émotif d'un évènement (la réactivation, la rumination mentale et le partage social). La motivation est conceptualisée au moyen de la théorie de l'autodétermination et examinée à trois niveaux de généralité (situationnel, contextuel et global). L'objectif du présent projet est d'examiner les associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux. L'échantillon ($N = 79$) est constitué de femmes de la région de l'Outaouais âgées de 45 à 55 ans. Les participantes ont rempli un questionnaire mesurant les variables à l'étude. Les données ont été analysées au moyen d'analyses acheminatoires. Les résultats ont révélé que les symptômes de la ménopause sont associés positivement à la rémanence ainsi qu'à la motivation contextuelle aux relations amicales. La rémanence est associée positivement aux formes non autodéterminées de motivation globale et négativement à la motivation autodéterminée à la relation de couple. La motivation globale par régulation externe est associée positivement, et la motivation autodéterminée aux relations amicales négativement, aux symptômes dépressifs. La motivation globale par régulation externe est également associée positivement aux symptômes anxieux. Les résultats sont discutés en fonction de leurs retombées pour la recherche et l'intervention portant sur la détresse vécue pendant la ménopause.

Mots-clés : ménopause; rémanence; motivation; dépression; anxiété.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

La ménopause est une transition de vie qui est plus facile pour certaines femmes que pour d'autres; certaines vivront même des épisodes de dépression et d'anxiété qui réduiront leur qualité de vie. En effet, la période de la ménopause est associée à une augmentation du risque de dépression et de troubles anxieux (Bosworth, 2004; Woods, Mitchell, & Landis, 2005; Woods, 2006). Les facteurs biologiques (p. ex. : une déficience des taux d'œstrogènes) qui favorisent l'apparition de psychopathologies lors de cette transition de vie ont été abondamment étudiés (Birkhäuser, 2002; Freeman *et al.*, 2004; Sagsöz, Oguzturk, Bayram, & Kamaci, 2001). Peu d'attention a cependant été accordée au rôle des facteurs psychologiques (Wilk & Kirk, 1995). Cette lacune est significative, car des études isolées (p. ex. : Deeks & McCabe, 2004; Foster & Viney, 2006; McKinlay, & McKinglay, 1987) suggèrent que les variables psychologiques jouent un rôle important dans l'apparition de la dépression et de l'anxiété lors de la ménopause. Le présent projet s'intéresse à deux variables psychologiques susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie de ces psychopathologies : la rémanence et la motivation.

L'effet de rémanence réfère aux manifestations cognitives qui prolongent l'impact émotif d'un événement (Rimé, 2004). Ces manifestations comprennent trois phénomènes : la réactivation provoquée par l'exposition à des stimuli associés à l'événement (Rimé, Noël, & Philippot, 1991), la rumination mentale (Nolen-Hoeksema, 1998; Rimé, Mesquita, Philippot, & Boca, 1991) et le partage social qui réfère à la propension à verbaliser l'événement de façon répétée (Pennebaker & Francis, 1996; Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, & Philippot, 1998).

La motivation constitue le second facteur psychologique auquel ce projet s'intéresse. Il s'agit de la source d'énergie du comportement (Reeve, 2009). Les facteurs motivationnels sont conceptualisés au moyen de la théorie de

l'autodétermination de Deci et Ryan (1985; 2002) et du modèle hiérarchique de Vallerand (1997; 2001). La théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002) propose une taxonomie motivationnelle comprenant diverses formes de motivation intrinsèque et extrinsèque caractérisées par leur degré d'autonomie. Le modèle hiérarchique de Vallerand (1997; 2001) constitue une élaboration de l'approche de Deci et Ryan (1985; 2002). D'après cet auteur, les formes de motivation de la théorie de l'autodétermination existent à différents niveaux de généralité (situationnel, contextuel et global) et s'influencent mutuellement.

Les sections qui suivent présentent la documentation pertinente aux variables examinées dans le cadre de ce projet. Nous débuterons par une synthèse de l'information sur la ménopause et ses symptômes avant d'aborder la documentation relative à la rémanence, à la motivation et à la symptomatologie dépressive et anxieuse. Les objectifs et les hypothèses du présent projet seront résumés par la suite.

La ménopause et ses symptômes

La ménopause se définit par la cessation de l'activité ovarienne accompagnée de l'arrêt définitif de l'ovulation et des règles marquant ainsi la fin de la phase de reproduction chez la femme (Aloysi, Van Dyk, & Sano, 2006; Sherman, 2005; Mishra, & Kuh, 2006). Trois phases composent le cycle de la ménopause. La préménopause décrit les 12 derniers mois de menstruations régulières. La périménopause correspond à une période d'environ 12 mois pendant laquelle le cycle menstruel est irrégulier. La ménopause constitue l'arrêt complet des règles (Kurpius, Nicpon, & Maresh, 2001).

Le cycle de la ménopause est accompagné d'une constellation de symptômes physiologiques, cognitifs et affectifs causés par l'instabilité hormonale (i.e., les fluctuations d'œstrogènes et de progestérone; Aloysi *et al.*, 2006; Avis, Crawford, Stellato, & Longcope, 2001; Hall, Callister, Berry & Matsumura, 2007; Kurpius *et*

al., 2001; Rehman & Masson, 2005; Whitbourne, & Willis, 2006; Warga, 1999). Les symptômes physiques souvent rapportés incluent la prise de poids, les sueurs nocturnes et les bouffées de chaleur accompagnées ou suivies par des nausées, les palpitations, la sécheresse vaginale, la perte de libido, l'incontinence, les douleurs articulaires, le vieillissement de la peau, le manque d'éclat des cheveux, les distorsions visuelles et les migraines (Aloysi *et al.*, 2006; Derry, 2004; Hunter, & Rendall, 2007; Kittell, Mansfield, Morse, & Voda, 1997). Les symptômes psychologiques rapportés sont l'insomnie (English, 2002; Soares, & Murray, 2006; Thurston, Blumenthal, Babyak, & Sherwood, 2006), la vulnérabilité émotionnelle, la sensation de perte d'énergie (Bosworth, Bastien, Rimer, & Siegler, 2003) ainsi que la crainte de contracter le cancer et d'autres maladies associées à cet âge de la vie (Whitbourne, & Willis, 2006). Finalement, les symptômes cognitifs comprennent la perception d'une dégradation de l'habileté verbale (Jong-Ling, Shuu-Jiun, Shin-Jung, Shiang-Ru, & Kai-Dih, 2006; Kramer, Yaffe, Lengenfelder, & Delis, 2003), de la concentration (Aloysi *et al.*, 2006) et de la mémoire (Elsabagh, Hartley, & File, 2007; Warga, 1999; Whitbourne, & Willis, 2006).

Selon le recensement canadien, les femmes nées entre 1946 et 1965, étaient âgées de 45 à 64 ans en 2010 et représentaient environ 28 % de l'ensemble de la population féminine. En fait, plus de femmes appartenaient au groupe des 45 à 54 ans (16 %; Statistiques Canada, 2012). En 2026, les femmes de 50 ans représenteront 22 % de la population (La société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2006). Selon le Service d'information en contraception et sexualité du Québec (2012) 10 % des femmes vivent une préménopause perturbant leur qualité de vie. Lors de la transition vers la ménopause, trois femmes sur quatre auraient des bouffées de chaleur et ces malaises perdureraient pendant plus ou moins cinq ans. La prévalence des symptômes ressentis varierait également dans le temps. Par exemple, le manque d'énergie aurait une proportion de 43 % pour les trois phases du processus de la ménopause : la dépression serait à 26 % pour la préménopause,

38 % pour la périménopause et 32 % pour la ménopause. Pour l'insomnie, 31 % serait attribué à la préménopause, 39 % à la périménopause et 43 % à la ménopause tandis que les changements reliés à la mémoire sont évalués à 31 % en préménopause, 44 % en périménopause et 42 % pendant la ménopause (La société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2006; Woods *et al.*, 2005). La fréquence et l'intensité des symptômes associés à la ménopause varieraient selon le contexte culturel. En effet, selon une étude de Youngwhee et Hwassoon (2008), seulement 5 % des femmes Coréennes seraient asymptomatiques tandis que 11 % d'entre elles souffriraient de symptômes sévères. Par ailleurs, 45 % des femmes d'Amérique du Nord souffriraient de bouffées de chaleur ou de sueurs nocturnes tandis que chez les Hollandaises et les Japonaises, la prévalence de ces symptômes se situe à 80 % et à 17 %, respectivement (Service d'information en contraception et sexualité de Québec, 2012).

La rémanence

La rémanence décrit les processus cognitifs qui prolongent l'impact affectif d'un évènement (Rimé, 2004). Le mot rémanence est emprunté aux domaines du cinéma et de la physique. Au cinéma, la rémanence décrit l'effet de persistance des stimuli visuels. Cet effet génère l'illusion de continuité qui crée la perception de mouvement entre les images discrètes qui composent le film. En physique, la rémanence réfère à l'aimantation résiduelle qui persiste après le retrait de la force magnétique. Rimé et ses collaborateurs (Rimé, 2004, 2007; Rimé & Herbette, 2003; Rimé *et al.*, 1991; Rimé, Phillipot, Boca, & Mesquita, 1992) ont ainsi choisi le terme rémanence pour désigner les mécanismes qui font perdurer l'émotion suite à l'évènement initial qui l'a déclenchée. D'après ces auteurs, le traitement de l'information émotive suit un processus selon un cycle dont la durée est variable. L'épisode ayant provoqué l'émotion est suivie d'une phase de rémanence initiale dont l'intensité subit un déclin progressif. Cette évolution se termine normalement

par un stade dit dormant du souvenir de l'émotion. Lorsque cela se produit, l'évènement émotif cesse progressivement de mobiliser activement les ressources de la personne.

L'impact initial se prolonge parfois et la personne éprouve alors des difficultés à finaliser le cycle du traitement émotionnel. Rimé et ses collègues (2004; 2007) parlent alors d'une expérience émotionnelle non résolue. Dans ce cas, le traitement de l'émotion se poursuit et continue à mobiliser les ressources de la personne, interférant ainsi avec son fonctionnement affectif et cognitif quotidien. La rémanence initiale du cycle normal ou la rémanence chronique d'un épisode non résolu résulterait de l'action des trois mécanismes suivants : la réactivation, la rumination et le partage social.

La réactivation

Ce concept réfère à la propriété des stimuli physiques ou psychologiques associés à un évènement émotif de déclencher un rappel actif de cet évènement (Rimé, 2004; Rimé *et al.*, 1991). Quand ces conditions sont remplies, l'expérience émotionnelle passée retrouve son actualité et ses caractéristiques phénoménologiques et physiques sont réactivées. Ce processus déplace le souvenir émotif de la mémoire épisodique (la mémoire à long terme) vers la mémoire de travail (la mémoire à court terme). Les travaux de Rimé (2004, 2007; Rimé *et al.*, 1991) ont établi une association entre la réactivation et la persistance de l'affect négatif.

La réactivation s'apparente à l'effet de rebond identifié par Wegner (1994; Wegner & Schneider, 2003; Wenzlaff & Wegner, 2000). Cet auteur s'est intéressé à l'augmentation paradoxale des pensées et des émotions indésirables qui surviennent lorsque nous essayons de les éliminer et il a désigné ce phénomène par le terme « effets ironiques du contrôle mental ». L'effet de rebond est un des mécanismes qui explique les effets ironiques du contrôle mental. Il se produit lorsqu'un stimulus

associé à des pensées ou des émotions indésirables réactive ces dernières. Les effets ironiques du contrôle mental ont été identifiés pour une vaste gamme de contenus cognitifs et affectifs incluant les pensées et les émotions négatives (Wegner, Erber, & Zanakos, 1993), les symptômes de dépression et d'anxiété (Wenzlaff & Bates, 1998) et l'idéation suicidaire (Najmi, Wegner, & Nock, 2007). Ainsi, bien que ces deux concepts soient issus de théories distinctes, la réactivation et l'effet de rebond désignent essentiellement la même chose : le rappel d'une émotion négative provoqué par la perception d'un stimulus qui lui est associé cognitivement.

La rumination

Ce phénomène se produit lorsque des images, des pensées ou des dialogues intérieurs surgissent spontanément suite à un événement émotif. La rumination n'a pas besoin d'être déclenchée par un rappel (i.e., une réactivation). Son contenu cognitif se présente habituellement de façon répétitive et parfois obsédante. Nolen-Hoeksema a démontré que la rumination persistante constitue une réponse inadaptée à la dépression qui est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Girgus & Nolen-Hoeksema, 2006; Nolen-Hoeksema, 1998, 2000; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema & Keita, 2003; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). La rumination a également été fréquemment associée à la dépression et à l'anxiété par d'autres chercheurs (p. ex. : Ciesla & Roberts, 2007; Hong, 2006; Watkins & Moulds, 2004).

Le partage social

Au-delà des processus cognitifs personnels tels que la réactivation et la rumination, la rémanence inclut un mécanisme cognitif de nature sociale. En effet, l'expérience émotive s'accompagne d'une propension à verbaliser qui est nommée « partage social » (Christophe & Rimé, 2007; Rimé, 2000, 2004, 2007; Rimé, Herbette, & Corsini, 2004; Zech & Rimé, 2005). Le partage social se fait

habituellement avec des intimes. L'échange social d'informations de nature émotive est un sujet qui a suscité beaucoup d'intérêt en psychologie. D'un point de vue humaniste, le partage social s'apparente au concept de la transparence de soi (p. ex. : Jourard, 1971). En psychologie sociale, la révélation de soi (un concept équivalent au partage social) a donné lieu à de nombreux travaux théoriques et empiriques. Par exemple, James Pennebaker et ses collaborateurs ont réalisé plusieurs études visant à démontrer que les gens sont enclins à verbaliser leur vécu émotif (Niederhoffer & Pennebaker, 2002; Pennebaker, 2003; Pennebaker, Zech, & Rimé, 2001). Des conséquences positives sont généralement associées initialement au partage social d'affects négatifs (p. ex. : Pennebaker, 1999; Pennebaker, Kiecolt-Glazer, & Glazer, 2004; Zech, Rimé, & Pennebaker, 2007). Cependant, Rimé (2004) s'intéresse à la propriété du partage social de prolonger la durée de l'affect. Cet aspect du partage social est indésirable, surtout s'il se prolonge au-delà du cycle normal de traitement de l'émotion. Il peut aussi entraîner des conséquences néfastes additionnelles, telles que l'épuisement ou l'aliénation des ressources sociales (Rimé, 2004).

Théorie de l'autodétermination

Deci et Ryan (1985; 2002) ont proposé dans le cadre de cette théorie une taxonomie comprenant trois principales formes de motivation : la motivation intrinsèque (faire les choses par plaisir), la motivation extrinsèque (faire les choses pour des motifs instrumentaux) et l'amotivation (absence de motivation).

Motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque implique que la personne est engagée dans l'activité pour le plaisir et la satisfaction qu'elle en retire. Il peut s'agir de différentes formes d'affects positifs comme le plaisir sensoriel, le plaisir d'apprendre, de se dépasser, ou le plaisir dérivé d'interactions agréables (Green-

Demers, Séguin, Chartrand, & Pelletier, 2002; Vallerand, Blais, Brière, & Pelletier, 1989).

Motivation extrinsèque

Une personne motivée extrinsèquement n'est pas intéressée par l'activité en soi. Elle agit pour obtenir des conséquences agréables ou pour éviter des conséquences désagréables. Le comportement est alors dicté par des sources de contrôle externes. Il existe plusieurs types de motivation extrinsèque qui se distinguent en fonction de leur niveau d'autonomie (Ryan & Connell, 1989; Ryan, Connell, & Grolnick, 1990). En ordre croissant d'autodétermination, il s'agit de la motivation par régulation externe, introjectée, identifiée et intégrée.

La *régulation externe* réfère aux comportements qui sont réalisés purement en réaction à des contraintes physiques ou sociales. Ces comportements sont donc entièrement gouvernés par des sources de contrôle externes. L'*introjection* décrit les comportements faits pour éviter des émotions négatives liées au soi (p. ex. : la honte, la culpabilité ou l'embarras) ou pour provoquer des émotions positives liées au soi de façon contingente (p. ex. : l'orgueil). Le niveau d'autonomie est légèrement plus élevé, par comparaison avec la régulation externe, parce que la personne agit en fonction de contraintes émotionnelles internes (plutôt que de contraintes qui proviennent de l'environnement). Lorsque la motivation extrinsèque est *identifiée*, la personne agit par choix personnel parce qu'elle accorde de la valeur à l'activité. Le comportement est alors fait librement même s'il est extrinsèque et la motivation est autonome. Enfin, lorsque la motivation extrinsèque est *intégrée*, l'activité est valorisée au point de devenir un élément du concept du soi. Il s'agit du plus haut niveau d'autonomie possible pour la motivation extrinsèque.

Amotivation

Finalement, l'amotivation représente un niveau d'autonomie absent. La personne amotivée est incapable de percevoir les conséquences de son comportement. Elle n'est donc pas en contact avec la source de sa motivation. Les actions amotivées sont mécaniques et désabusées. L'amotivation est un état d'aliénation et de perte de contrôle qui s'apparente à la résignation acquise (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978).

Continuum d'autodétermination

Selon Deci et Ryan (1985; 2002), les formes de motivation présentées ci-haut coexistent sur un continuum d'autodétermination (voir Figure 1). La motivation intrinsèque représente le niveau optimal d'autonomie. Le pôle inverse de ce continuum est délimité par l'amotivation. Les formes de motivation extrinsèque se situent entre ces deux extrêmes. La régulation externe est considérée comme un peu plus autonome que l'amotivation, car la personne sait pourquoi elle agit (p. ex. : en réponse à des pressions externes). L'introjection est une amélioration additionnelle en terme d'autonomie, car la source de pression (p. ex. : les émotions liées au soi) est interne plutôt qu'externe. Le comportement est jugé autonome à partir du stade de l'identification, car la personne agit alors par choix délibéré. Cette forme de motivation s'accompagne d'un sentiment de liberté, même si elle est extrinsèque, parce que la personne est proactive. La régulation intégrée est la forme la plus autonome de motivation extrinsèque, car le comportement fait alors partie de la façon dont la personne se définit.

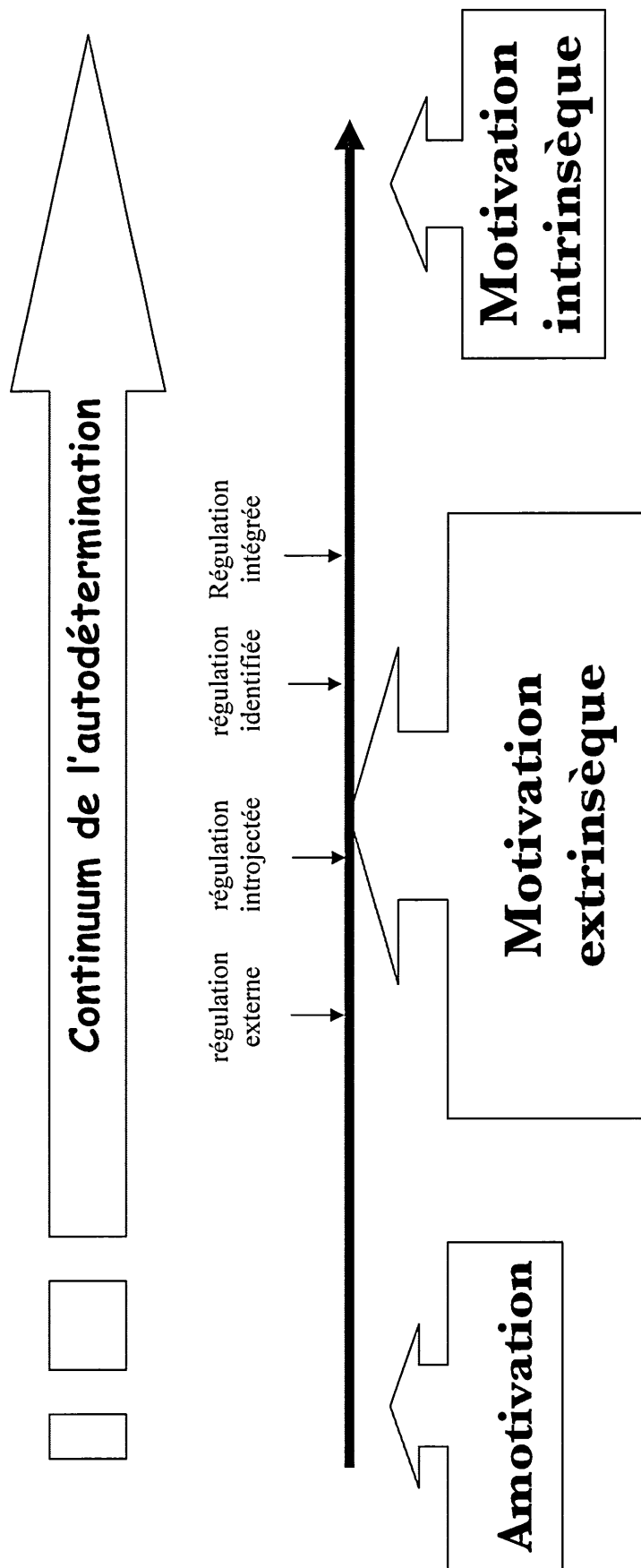


Figure 1. Taxonomie motivationnelle de la théorie de l'autodétermination (adapté d'après Deci & Ryan, 2002)

Soutien empirique

La taxonomie motivationnelle proposée par la théorie de l'autodétermination a été abondamment documentée dans différents secteurs d'activités tels que le travail (Gagné & Deci, 2005; Vroom & Deci, 1992), les loisirs (Hagger & Chatzisarantis, 2007; Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Blais, & Brière, 1995, 1996), les relations interpersonnelles (Deci, La Guardia, Moller, Scheiner, & Ryan, 2006; Patrick, Knee, Canevello, & Lonsbary, 2007), les relations de couple (Blais, Sabourin, Boucher, & Vallerand, 1990; Knee, Patrick, Viator, Nanayakkara, & Neighbors, 2002) et la sexualité (Boislard-Pépin, Green-Demers, Pelletier, Chartrand, & Séguin, 2002; Green-Demers *et al.*, 2002).

Conséquences de la motivation

D'après la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002), les conséquences de la motivation sont tributaires de son niveau d'autonomie. Plus la motivation est autodéterminée, plus ses conséquences sont positives. À l'inverse, moins la motivation est autodéterminée, plus ses conséquences sont négatives. Tout comme la taxonomie motivationnelle, cette proposition théorique a reçu du soutien empirique dans le cadre d'une variété d'études réalisées dans différents domaines.

À titre d'exemple, lors de recherches réalisées en éducation, la motivation scolaire autodéterminée a été associée positivement à l'effort investi en classe, à l'efficacité des stratégies cognitives utilisées dans le travail scolaire, à l'autorégulation des apprentissages, au temps passé à faire ses devoirs, aux projets d'études futures ambitieux et à la performance scolaire (Reeve, 2002; Vallerand *et al.*, 1989); elle a également été associée négativement au décrochage (Vallerand, Fortier, & Guay, 1997). Lors d'études en milieu organisationnel, la motivation autonome a été associée positivement à la satisfaction envers le travail, à la performance, à l'ouverture au changement organisationnel et à l'engagement

professionnel (Baard, Deci, & Ryan, 2004; Gagné, Koestner, & Zuckerman, 2000; Gagné & Deci, 2005). Dans le domaine de la santé physique, la motivation autodéterminée a été associée positivement à l'adhésion à l'intervention visant la gestion du diabète (Hill & Sibthorp, 2006), de l'abus de substances (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003), du tabagisme (Williams *et al.*, 2006), l'hygiène buccale (Halvari & Halvari, 2006) et l'augmentation de l'activité physique (Thogerson-Ntoumani & Ntoumanis, 2006; Wilson, Blanchard, Nehl, & Baker, 2006). L'éducation, le travail et la gestion des comportements liés à la santé ne sont que quelques exemples de domaines où la motivation autonome a été associée à des conséquences positives. Des résultats similaires ont été également obtenus lors d'études portant sur une grande variété de sujets incluant, entre autres, le sport (Hagger & Chatzisarantis, 2007), les comportements écologiques (Green-Demers, Pelletier, & Ménard, 1997), la gestion des préjugés culturels (Legault, Green-Demers, Grant, & Chung, 2007) et l'intervention psychothérapeutique (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997).

Conséquences émotives de la motivation

Un nombre plus restreint de recherches ont identifié des associations entre la motivation autodéterminée et des variables de nature affective. Par exemple, les déficits de motivation ont été corrélés à une réduction du bien-être psychologique (Burton, Lydon, D'Alessandro, & Koestner, 2006; Deci *et al.*, 2001; Gagné, Ryan, & Bargmann, 2003; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). De plus, la motivation autodéterminée envers les loisirs a été associée positivement à la satisfaction envers la vie, aux perceptions de contrôle personnel et à une estime personnelle élevée; elle a été négativement associée aux symptômes dépressifs (Pelletier *et al.*, 1995). Par ailleurs, la poursuite d'objectifs de vie extrinsèques a été associée positivement à la dépression et à l'anxiété tandis

que la poursuite d'objectifs de vie intrinsèques a été associée négativement aux symptômes dépressifs et anxieux (Kasser & Ryan, 1996).

Le domaine où il y a le plus d'informations disponibles à ce sujet est toutefois celui du travail. La motivation autodéterminée envers le travail a été associée positivement au bien-être psychologique (Blais, Brière, Lachance, Riddle, & Vallerand, 1993; Lévesque, Blais, & Hess, 2004a). À l'inverse, la motivation non autodéterminée a été associée positivement à la détresse psychologique (i.e., anxiété, hostilité, dépression) et à l'épuisement professionnel (Blais *et al.*, 1993; Lévesque, Blais, & Hess, 2004b). Tous les résultats cités dans cette section sont de nature corrélationnelle. À notre connaissance, une seule étude longitudinale a été réalisée pour examiner les conséquences émotives de la motivation. Dans le cadre de cette étude, Blais, Lachance et Richer (1992) ont conforté de façon préliminaire la présence d'une relation causale négative entre la motivation autonome envers le travail et l'épuisement professionnel.

Il est à noter qu'en proposant que les déficits de motivation mènent à des conséquences affectives négatives (comme la dépression et l'anxiété), la théorie de l'autodétermination va à l'encontre du volume imposant de documentation sur la dépression qui conceptualise les problèmes de motivation (perte d'intérêt et de plaisir, faible niveau d'énergie et d'activité) comme une conséquence de la dépression (p. ex. : Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990; voir Gilbert, 2004, pour une recension). Les travaux présentés dans cette section constituent cependant une base d'évidences empiriques modeste susceptible d'offrir un soutien préliminaire aux projets qui, comme celui-ci, s'intéresse au rôle de la motivation dans l'étiologie des symptômes dépressifs et anxieux.

Tel qu'illustré par les travaux précités, la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002) s'est principalement intéressée à la motivation envers différents domaines de vie (travail, loisirs, relations interpersonnelles, etc.). Vue sous cet angle, la motivation est conceptualisée à un niveau de généralité modéré

(i.e., contextuel). Robert Vallerand a proposé une conception élargie de cette approche qui prend également en considération les dynamiques motivationnelles spécifiques et globales.

Modèle hiérarchique de la motivation

Le modèle hiérarchique de Vallerand (1997; 2001) est une élaboration de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002). D'après ce modèle hiérarchique, les formes de motivation de la théorie de l'autodétermination existent à différents niveaux de généralité qui s'influencent mutuellement : la motivation situationnelle, la motivation contextuelle et la motivation globale. La *motivation situationnelle* représente un état instable qui fluctue d'un moment à l'autre. C'est la motivation de la personne « ici et maintenant » envers l'activité qu'elle est en train de faire. La *motivation contextuelle* est plus stable et elle réfère à la motivation habituellement ressentie face à une activité donnée comme le travail, les loisirs, les relations interpersonnelles, etc. Enfin, la *motivation globale* constitue un facteur général qui définit le style motivationnel naturellement utilisé par la personne. Il s'agit de la propension habituelle de régulation du comportement qui fait partie de la vision globale que la personne a d'elle-même. Autrement dit, la motivation globale constitue un aspect du concept de soi en tant que processus puisqu'elle représente un aspect dynamique des perceptions personnelles.

Ainsi, d'après le modèle hiérarchique (Vallerand, 1997; 2001), la motivation est un construit multidimensionnel complexe qu'il est utile de conceptualiser à trois niveaux de généralité. De plus, ce modèle prévoit que les motivations situationnelles, contextuelles et globales entretiennent des relations réciproques et s'influencent mutuellement. Ces interrelations complexes constituent une représentation de la nature dynamique des variables motivationnelles.

D'une part, le modèle hiérarchique (Vallerand, 1997; 2001) propose que la motivation globale et la motivation contextuelle sont associées positivement de façon récursive. Une motivation globale élevée (autonome) favorise des motivations contextuelles élevées tandis qu'une motivation globale faible (dépendante) fragilise les motivations contextuelles. À l'inverse, des motivations contextuelles élevées contribuent positivement à une motivation globale élevée tandis que des motivations contextuelles faibles peuvent faire diminuer l'autonomie de la motivation globale.

D'autre part, des associations bidirectionnelles positives sont également proposées entre les motivations contextuelles et la motivation situationnelle. De façon plus précise, les motivations contextuelles élevées (autonomes) prédisposent à une motivation situationnelle élevée. En retour, une motivation situationnelle autonome peut mener à des hausses de motivations contextuelles. À l'inverse, les motivations contextuelles dépendantes facilitent l'apparition d'une motivation situationnelle peu autonome. En retour, une motivation situationnelle faible (dépendante) peut faire chuter l'autonomie des motivations contextuelles. Ces associations peuvent agir de concert et les fluctuations de motivation sont susceptibles de se répercuter d'un niveau à l'autre de haut en bas (p. ex. : une motivation globale positive entraîne des motivations contextuelles élevées qui provoquent à leur tour une motivation situationnelle autonome) ou de bas en haut (p. ex. : des baisses de motivation situationnelle portent atteinte aux motivations contextuelles et ces déficits contextuels ont à leur tour un impact néfaste sur la motivation globale).

Enfin, tout comme dans le cadre de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002), le modèle hiérarchique (Vallerand, 1997; 2001) prévoit que les déficits de motivation (situationnelle, contextuelle et globale) auront des répercussions négatives sur le fonctionnement de la personne. Dans le cadre du présent projet, les conséquences ciblées sont les symptômes d'anxiété et de

dépression. Les sections qui suivent présentent la documentation pertinente à ces problématiques.

L'anxiété

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada (2007) définit l'anxiété comme une peur ou une inquiétude excessive qui porte les gens à éviter les situations où ils appréhendent de vivre des symptômes d'anxiété. Une autre forme d'anxiété est celle où la personne redoute les événements futurs et manifeste une inquiétude hors de proportion par rapport à la menace ou au danger réel (Larson, Nitschke, & Davidson, 2007). Ces deux formes d'anxiété cohabitent et sont présentes dans les troubles anxieux. Les personnes qui en souffrent éprouvent des sentiments intenses et prolongés d'appréhension, de nervosité et de tension qui perturbent leur fonctionnement quotidien dans les activités professionnelles, sociales, familiales et récréatives. L'expérience subjective d'anxiété s'accompagne de symptômes physiques qui incluent les palpitations cardiaques, la sudation, les tremblements, les sensations de souffle court et d'étouffement, de douleur ou de malaises abdominaux, les étourdissements, la déréalisation ou dépersonnalisation, la crainte de perdre le contrôle ou de devenir fou, la peur de mourir et les paresthésies (engourdissement ou picotement : Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Il y a six différents troubles anxieux : phobies spécifiques, phobie sociale, anxiété généralisée, panique (avec et sans agoraphobie), obsession compulsive et stress post-traumatique (American Psychiatric Association, 2000).

Conceptualisation de l'anxiété

La documentation théorique sur l'anxiété inclut les théories contemporaines de l'émotion d'orientation physiologique (p. ex. : Izard, 1992; LeDoux, 1992; Zajonc, 1984) et d'orientation cognitive (p. ex. : Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 2000; Mandler, 1999; Spielberger, 1985). Beck a

cependant proposé un modèle théorique qui se démarque des théories générales de l'anxiété en tant qu'émotion et qui a directement pour objet l'anxiété pathologique (Beck, 1985; Beck, 1993; Beck & Clark, 1997). D'après cet auteur, les pensées de la personne qui souffre d'anxiété sont dominées par le thème du danger. Elle anticipe activement les menaces possibles pour elle-même et/ou pour les gens de son entourage (p. ex. : famille, amis). Ces menaces peuvent être de nature physique, psychologique ou sociale (Freeman *et al.*, 1990). Le processus de pensée des gens anxieux est ainsi caractérisé par des cognitions répétitives sur le danger qui peuvent se présenter sous la forme de mots ou d'images.

Plusieurs distorsions cognitives ont été typiquement associées à l'anxiété. Ces dernières incluent, entre autres, l'anticipation catastrophique (l'attente déraisonnable que les pires conséquences possibles d'une situation se produisent), la personnalisation (la crainte d'être victime des événements négatifs ou dangereux dont on entend parler), l'amplification (des menaces), la minimisation (des ressources) et l'abstraction sélective (la focalisation sur les indices menaçants et l'omission des éléments sécurisants ou de l'ensemble du contexte). De plus, en s'inquiétant et en se faisant du souci par rapport à une situation, les gens anxieux ont l'illusion d'être en mesure d'influencer son issue. Enfin, sur le plan de la perception, on dénote également chez les gens qui souffrent d'anxiété une hypervigilance face aux signes de danger et une fixation involontaire de l'attention sur les sources potentielles de danger (Barlow, 2002).

La dépression

L'Association canadienne pour la santé mentale (2007) ainsi que la Société pour les troubles de l'humeur du Canada (2007) définissent la dépression par un ensemble de symptômes difficilement contrôlables par la personne qui perturbent ses activités quotidiennes. Il en existe plusieurs types regroupés en deux catégories principales : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Les troubles

dépressifs comprennent la dépression majeure, la dysthymie et la dépression non spécifiée (American Psychiatric Association, 2000). Les symptômes de la dépression incluent l'humeur dépressive ou l'irritabilité marquée, la perte d'intérêt ou de plaisir aux activités coutumières, les pertes ou gains de poids, l'insomnie ou l'hypersomnie, l'agitation ou le ralentissement, la fatigue, les baisses d'estime de soi, la culpabilité, la difficulté à se concentrer et les idéations suicidaires (American Psychiatric Association, 2000; Avis, 2003; Avis *et al.*, 2001).

Conceptualisation de la dépression

Les modèles centraux sur la dépression sont issus des perspectives comportementales et cognitives. Selon l'approche comportementale, la dépression résulte de l'apprentissage inadapté de l'impuissance personnelle. Ce phénomène, appelé résignation acquise, désigne l'état de personnes qui ont abandonné tout effort pour améliorer leur sort suite à l'apprentissage d'une perte de contrôle profonde dans un contexte important de leur vie (Abramson *et al.*, 1978; Miller & Seligman, 1975).

Ce modèle a été élargi pour inclure une composante cognitive : les attributions. Une attribution est une inférence sur la cause perçue d'une situation (Weiner & Graham, 1999). Seligman et ses collègues (Burns & Seligman, 1991; Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1984) ont identifié trois dimensions des attributions qui constituent un facteur de vulnérabilité à la dépression lorsqu'elles se combinent pour former un patron spécifique : interne (vs externe), stable (vs instable) et globale (vs spécifique). Une attribution interne implique que la cause d'un événement est imputée à la personne (par opposition à l'environnement physique ou social). Une attribution stable signifie que la cause de l'évènement perdure dans le temps. Enfin, une attribution est considérée comme globale lorsqu'elle est généralisée par la personne à l'ensemble de sa vie. Seligman (Buchanan & Seligman, 1995; Seligman *et al.*, 1984) a proposé que

certaines personnes ont tendance à faire des attributions internes, stables et globales en situation d'échec et à adopter un modèle attributionnel inverse en situation de réussite. C'est ce qu'il a appelé le style d'attribution pessimiste (par opposition au style d'attribution optimiste). Le style d'attribution pessimiste constituerait un facteur cognitif de vulnérabilité envers la dépression.

Le modèle classique le plus largement cité et utilisé dans la documentation portant sur la dépression demeure toutefois la théorie cognitive de la dépression de Beck (1976). Cet auteur propose que la dépression se caractérise principalement par une vision négative de soi, des autres et de l'avenir. Ces trois éléments constituent une « triade cognitive négative » qui transforme la réalité objective de façon délétère et qui provoque l'apparition et le maintien des symptômes de dépression. Ainsi, Beck (1976) considère que cette vision négative de soi, des autres et du monde provient de schémas cognitifs négatifs qui induisent des biais d'interprétation néfaste du sens des expériences personnelles. Ces schémas sont constitués de croyances irrationnelles apprises durant l'enfance lors d'évènements négatifs. Ils sont à la source des symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux de la dépression. Lorsque ces schémas cognitifs sont réactivés par des évènements dont la nature est congruente avec leur contenu, ils donnent lieu à des pensées automatiques involontaires à caractère négatif, à des émotions négatives et à des comportements dysfonctionnels. De plus, la théorie cognitive de la dépression (Beck, 1976) stipule que ces symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux entretiennent des relations causales réciproques et s'exacerbent mutuellement (Persons, Davidson, & Tompkins, 2004). Ils contribuent ainsi à mettre en place une spirale d'aggravation de l'état dépressif (Freeman *et al.*, 1990).

La validité du modèle cognitif de la dépression de Beck (1976) a été mise à l'épreuve et confortée dans le cadre d'un nombre très important d'études réalisées

au cours des trente dernières années (voir Bieling, & Segal, 2004; ou Clark, Beck, & Alford, 1999, pour des recensions de documentation exhaustives à ce sujet).

La ménopause, l'anxiété et la dépression

La ménopause a été associée à l'émergence de troubles anxieux et de la dépression. Dans un premier temps, des corrélations ont été observées entre l'apparition de la ménopause et le développement de troubles anxieux (Bromberger *et al.*, 2005; Chang & Chang, 1998; Chrisler, 2004; Cohen, Soares, & Joffe, 2005; Hall *et al.*, 2007; Howell, Castle, & Yonders, 2006; Kurpius *et al.*, 2001; Mcgonagle, 2005; Pacchierotti & al., 2004; Schmidt, Murphy, Haq, Rubinow, & Danaceau, 2004; Soares, 2005b; Thurston *et al.*, 2006). Dans un deuxième temps, des associations ont également été proposées et observées entre l'apparition de la ménopause et le développement de dépression (Avis, 2003; Bosworth, 2004; Bromberger *et al.*, 2005; Davidson, 2005; Kurpius *et al.*, 2001; Nolen-Hoeksema, 2000; Soares, 2005a). Enfin, dans un troisième temps, l'anxiété et la dépression présentent une comorbidité élevée et des associations ont été identifiées entre l'apparition de la ménopause et l'émergence simultanée de troubles liés à l'humeur et à l'anxiété (Avis, 2003, Bromberger *et al.*, 2005; Cohen *et al.*, 2005; Schmidt, 2005).

Malgré l'absence de consensus dans le domaine, certains résultats de recherche font état de l'émergence de symptômes de la dépression et de l'anxiété en période de périménopause. D'autres résultats de recherche mettent l'accent sur la présence de la vulnérabilité liée à cette transition biologique qui prédisposerait les femmes à développer des symptômes de la dépression (Aloysi *et al.*, 2006). La prévalence de l'humeur dépressive varierait de 19 % à 29 % durant la ménopause, pendant la périménopause de 28 % à 29 % et de 24 % à 29 % pendant la ménopause. Une autre étude mentionne des prévalences de 1 % à 19 % pour les

femmes en préménopause, 13 % à 18 % en périménopause et 1 % à 17 % pendant la ménopause (Woods, & Mitchell, 2005).

Le présent projet

Objectifs

En somme, cette étude vise à ajouter aux connaissances actuelles concernant les facteurs physiologiques associés à la dépression et l'anxiété pendant la périménopause en examinant, à titre exploratoire, l'influence de deux variables psychologiques : la rémanence et la motivation. Le réseau de relations proposées entre les variables prégnantes est illustré à la Figure 2. Les hypothèses spécifiques de l'étude sont énoncées ci-après.

Hypothèses

Il est proposé que :

1. Les symptômes physiques et psychologiques de la ménopause sont associés à la rémanence;
2. La rémanence est associée négativement au niveau d'autodétermination des motivations situationnelle, contextuelle et globale;
3. Les motivations situationnelle, contextuelle et globale sont interreliées positivement;
4. Le niveau d'autodétermination des motivations situationnelle, contextuelle et globale est associé négativement aux symptômes de la dépression et de l'anxiété.

Ainsi, le modèle mis à l'épreuve vise à examiner s'il est plausible que les symptômes de la ménopause, entretenus par la rémanence, érodent la motivation au niveau situationnel, contextuel et global. De plus, il est suggéré que la

dégradation des motivations situationnelle, contextuelle et globale contribue à l'émergence de symptômes dépressifs et anxieux.

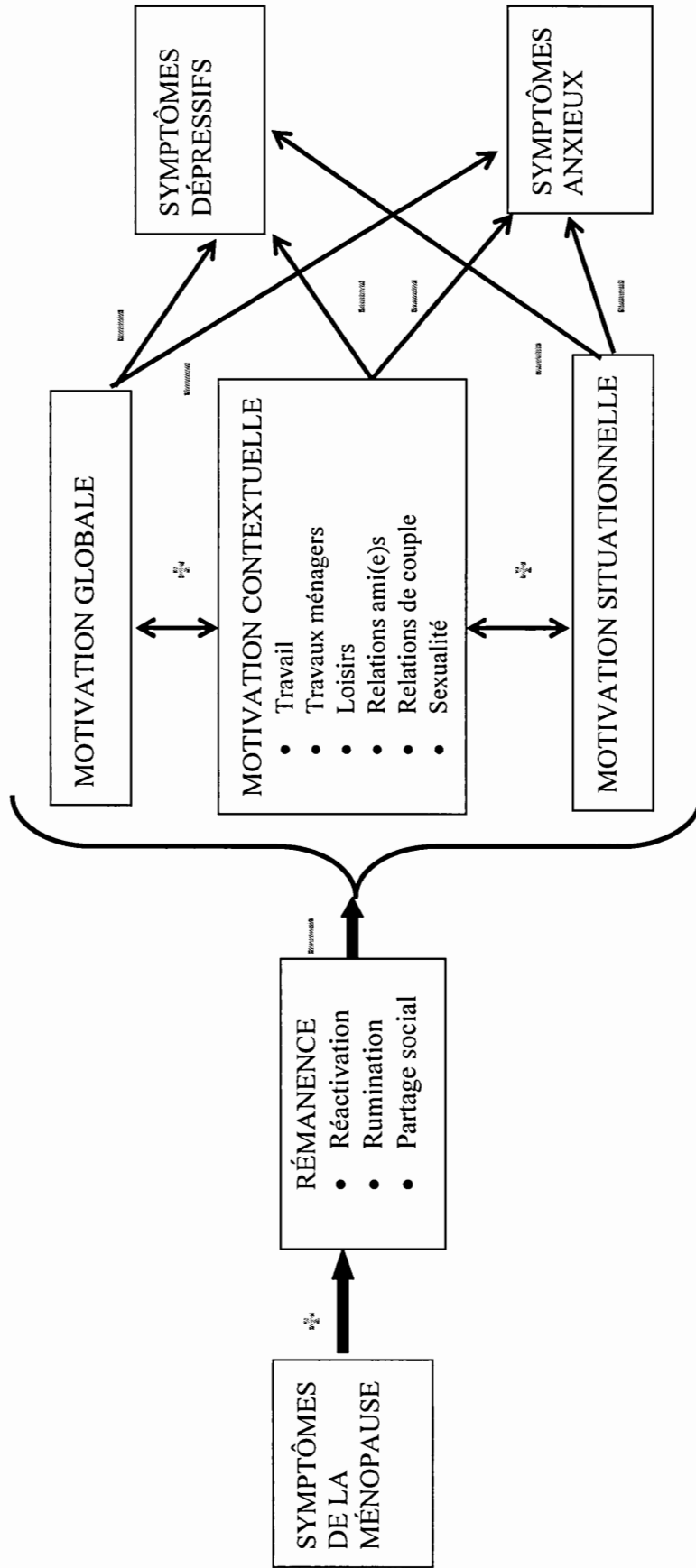


Figure 2. Hypothèses de recherche

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Participant^{es}

Critères d'inclusion. Pour participer à l'étude, il fallait être une femme âgée de 45 à 55 ans, être en phase de périménopause ou de ménopause et détenir une connaissance de la langue française suffisante pour pouvoir compléter le questionnaire avec aisance.

Informations démographiques. L'échantillon est composé de 79 femmes de la région de l'Outaouais. Les participant^{es} étaient âgées de 45 à 55 ans ($M = 51,52$; $E. T. = 5,10$). La langue maternelle de la quasi-totalité d'entre elle ($n = 78$) était le français. Une seule participant^e a rapporté une langue maternelle autre que le français. Une proportion élevée (73,4 %) des femmes composant l'échantillon était mariée ou en union de fait. Des proportions moindres d'entre elles étaient célibataires (11,4 %), séparées ou divorcées (12,7 %) ou veuves (2,5 %). La majorité des participant^{es} sont mères de famille (78,5 %) mais quelques unes d'entre elles (21,5 %) n'ont pas d'enfants. Chez les participant^{es} qui sont mères de famille, le nombre d'enfants varie de 1 à 4 ($M = 1,78$; $E. T. = 0,41$). Vingt-quatre pourcent des participant^{es} ont un niveau d'éducation secondaire tandis que 22,8 % d'entre elles détiennent un diplôme d'études collégiales et 53,2 % un diplôme d'études universitaires. Les professions des participant^{es} se répartissaient comme suit : 32,0 % travaillaient dans le domaine administratif; 3,9 % dans le secteur de la finance; 8,9 % des professions étaient reliées à l'éducation; 23,0 % dans le domaine de la santé et 17,7 % dans d'autres domaines. Le Tableau 1 détaille la prévalence des professions spécifiques à l'intérieur de chaque groupe.

Tableau 1
Professions des participantes

	FRÉQUENCE	PROPORTION
ADMINISTRATION		
Adjointe administrative	13	16,8
Agente de relation humaine	2	2,5
Assistante à la direction	2	2,5
Conseillère en gestion	1	1,3
Directrice	5	6,3
Gestionnaire	3	3,8
FINANCE		
Agente financière	1	1,3
Analyste	1	1,3
Comptable	1	1,3
ÉDUCATION		
Aide à l'éducation	1	1,3
Conseillère pédagogique	3	3,8
Éducatrice	1	1,3
Enseignante	2	2,5
SANTÉ		
Aide infirmière	1	1,3
Assistante optométriste	1	1,3
Conseillère	1	1,3
Infirmière	4	5,1
Médecin	1	1,3
Psychologue	3	3,8
Psychoéducatrice	2	2,5

Tableau 1 (suite)

Professions des participantes

	FRÉQUENCE	PROPORTION
Relation d'aide	1	1,3
Travail au CLSC	1	1,3
Travail au CSSSG	1	1,3
Travail social	2	2,5
SERVICES		
Entretien	1	1,3
Réceptionniste	2	2,5
Relations publiques	1	1,3
Secrétaire	5	6,3
Technicienne en informatique	1	1,3
Traductrice	4	5,1
AUTRES		
Étudiante	1	1,3
Ménagère	1	1,3
Retraitée	4	5,1
Technicienne	1	1,3
Technologue	1	1,3
Professionnelle autonome	1	1,3
Emploi non identifié	3	3,8

Procédure

Les participantes ont été recrutées au moyen d'une annonce affichée au babillard de la salle d'attente d'un CLSC. Les participantes ont reçu une enveloppe comprenant une lettre de présentation (description écrite de l'étude, invitation à participer, instructions à suivre), un formulaire de consentement qui inclut les considérations éthiques usuelles et un questionnaire (papier et crayon). Les participantes ont répondu au questionnaire à leur convenance à un endroit de leur choix et elles ont retourné le formulaire complété sous enveloppe scellée par courrier interne ou externe, au casier de la chercheuse au CLSC.

Instruments

Les participantes ont rempli un questionnaire de recherche destiné à mesurer les symptômes de la ménopause, la rémanence émotionnelle (réactivation, rumination, partage social), la motivation situationnelle, contextuelle et globale ainsi que la symptomatologie dépressive et anxieuse (voir Annexe A). Des informations sociodémographiques ont également été demandées.

Symptômes de la ménopause. Les symptômes de la ménopause ont été évalués au moyen de deux instruments : l'Échelle d'Évaluation de la Ménopause (EEM; Heinemann, Potthoff, & Schneider, 2003) et le Questionnaire de Représentation de la Ménopause (QRM; adapté d'après Hunter & O'Dea, 2001). L'EEM constitue l'instrument le plus largement utilisé et cité dans la documentation portant sur les symptômes de ménopause. Il comprend une liste de 12 symptômes qui sont évalués en fonction de leur degré de sévérité sur une échelle de Likert en 8 points (0 = Aucun; 1 = Léger; 4 = Modérée; 7 = Élevée). Cet instrument a originalement été développé et validé en langue allemande. L'EEM a été traduit en 8 langues différentes au moyen de traductions parallèles renversées. Une version française a ainsi été développée et c'est cette dernière qui est utilisée dans le cadre du présent projet. Sa structure factorielle comporte 3 facteurs

(symptômes somatovégétatifs, urogénitaux et psychologiques). Sa validité de construit et sa validité prédictive ont également été documentées.

L'EEM constitue clairement le standard professionnel à prendre en considération lors de la mesure des symptômes de la ménopause. Cet instrument comporte toutefois principalement des énoncés physiologiques et son facteur psychologique nous semble un peu limité (i.e., il comporte seulement 3 items). Une traduction libre en langue française du QRM a donc été incluse dans le cadre du présent projet pour remédier à ce problème. Le QRM s'intéresse aux symptômes psychologiques de la ménopause. La version utilisée ici comporte 10 énoncés évalués sur une échelle de 1 à 7 (1 = Pas du tout; 7 = Beaucoup). Les analyses métrologiques de l'étude de validation originale du QRM ont documenté sa validité concurrente, sa cohérence interne (α Cronbach = 0,78) et sa stabilité temporelle ($r = 0,80$) de façon acceptable. Aux fins du présent projet, parce que les symptômes physiques et psychologiques de la ménopause étaient très corrélés ($r = 0,72, p < 0,001$), un score global des symptômes de la ménopause a été généré en calculant la moyenne des réponses à l'EEM et au QRM.

Rémanence. Ce construit tridimensionnel (réactivation, rumination et partage social) a été évalué grâce à une combinaison d'instruments. Dans un premier temps, la Mesure de la Rémanence (MR; Rimé, communication personnelle, août 2007) a été utilisée pour évaluer la réactivation (5 énoncés), la rumination (1 énoncé) et le partage social (3 énoncés). Les énoncés de la MR comportent une variété d'échelles en 7 points dont les qualificatifs d'ancrage varient en fonction des questions posées (p. ex. : 1 = Pas du tout; 7 = Beaucoup). Rimé (2007) a indiqué lors d'un courriel envoyé à la chercheuse que les analyses préliminaires de validation de cet instrument ont donné lieu à des résultats encourageants. Puisque cet instrument est encore en processus de validation, des mesures additionnelles (une par dimension de la rémanence) ont été ajoutées pour compléter et bonifier l'information recueillie.

En supplément à la MR, la réactivation a été mesurée au moyen d'un bref inventaire conçu pour mesurer l'effet de rebond selon la théorie des effets ironiques du contrôle mental (ER; adapté d'après Lane & Wegner, 1995; 3 énoncés, échelle en 7 points; 1 = Pas du tout; 7 = Beaucoup). L'effet de rebond se produit lorsque les associations formées entre des stimuli physiques ou mentaux et des pensées/émotions négatives provoquent une activation cognitive qui favorise l'émergence de ces dernières (Wegner, 1994). C'est donc un construit qui s'apparente de très près à la réactivation. Les 3 énoncés sélectionnés dans ce contexte ont été utilisés avec succès par le passé et présentent une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,81$; Spencer, Green-Demers, & Koestner, 2000).

L'échelle de rumination de l'Inventaire des réponses à la dépression (IRD; Nolen-Hoeksema, 1991) a aussi été utilisée pour compléter la MR. L'IRD a été traduit en français au moyen de la méthode parallèle renversée par Émond, Gagnon et Green-Demers (2007). Cette version française de l'IRD a démontré une structure factorielle claire et une cohérence interne élevée (α Cronbach = 0,89). Aux fins du présent projet, nous avons retenu les 5 énoncés de la sous-échelle de rumination présentant les saturations les plus élevées. Les participants évaluent ces énoncés sur une échelle en 7 points (1 = Pas du tout; 7 = Beaucoup).

Enfin, la dimension de partage social de la MR a été complétée par une mesure additionnelle adaptée d'après Zech, de Ree, Berenschot et Stroebe (2006). Cette mesure de révélation de soi (RS) comprend 4 énoncés auxquels les participants répondent sur une échelle en 7 points (1 = Pas du tout; 7 = Beaucoup). Aux fins du présent projet, un score global de rémanence a été généré en évaluant la moyenne des réponses de la MR, de l'ER, de l'IRD et de la RS.

Échelle de motivation situationnelle (EMSI; Guay, Vallerand, & Blanchard, 2000). Cet instrument comporte 24 énoncés et six sous-échelles (4 énoncés/sous-échelle; échelles de réponse en 7 points) qui mesurent au niveau situationnel les six formes de motivation proposées par la théorie de

l'autodétermination [Deci & Ryan, 1985, 2002; intrinsèque (MI), extrinsèque par régulation intégrée (INTEG), identifiée (IDEN), introjectée (INTRO) et externe (EXT), et amotivation (AMO)]. La structure factorielle de l'EMSI a été documentée grâce à des analyses factorielles exploratoires et confirmatives. La validité de construit et la cohérence interne ($0,75 < \alpha \text{ Cronbach} < 0,93$) de l'EMSI sont également satisfaisantes. Parce que le présent projet comporte l'usage simultané de plusieurs mesures de motivation, nous avons jugé nécessaire de réduire le nombre d'énoncés de l'EMSI au minimum pour limiter les redondances et la longueur totale du questionnaire et optimiser ainsi la faisabilité de l'étude. La version utilisée dans le présent projet comporte six énoncés (un par forme de motivation). Les énoncés choisis sont ceux qui ont présenté les saturations les plus élevées lors de l'analyse factorielle confirmative de l'étude de validation originale.

De plus, aux fins de la présente étude, un score total de motivation situationnelle a été calculé grâce à l'équation suivante :

$$[3(MI)+2(INTEG)+1(IDEN)-1(INTRO)-2(EXT)-3(AMO)]/6.$$

La genèse d'un score total est une pratique courante au sein de la documentation empirique portant sur la théorie de l'autodétermination. Conceptuellement, cette pratique est justifiée par le fait que les formes de motivation partagent une dimension commune (l'autonomie) dont elle représente différents niveaux qui font partie d'un continuum (voir Figure 1). Dans l'équation ci-dessus, les poids accordés à chacune des formes de motivation sont congruents avec leur niveau théorique d'autodétermination et le score total représente le niveau d'autonomie de la motivation situationnelle.

Mesure de la motivation contextuelle. Identifier une mesure pertinente pour la motivation contextuelle a présenté un défi dans le cadre de la présente étude. La documentation comprend une large panoplie de mesures de motivations contextuelles développées dans une grande variété de domaines. Toutefois, puisque ces mesures comportent chacune un nombre élevé d'énoncés, il n'était pas

pratique d'en utiliser plusieurs simultanément. La stratégie adoptée pour résoudre ce problème s'est inspirée d'une échelle développée par Vallerand et O'Connor (1991). Ce questionnaire vise la mesure de la motivation des personnes âgées dans 18 aspects de leur vie (p. ex. : alimentation, relations interpersonnelles, activités religieuses, comportements liés à la santé, etc.) et inclut, pour chacun de ces aspects, un seul énoncé pour chacune des six formes de motivation de la théorie de l'autodétermination. Nous avons adopté une stratégie similaire ici. Nous avons créé un questionnaire qui mesure la motivation envers six sphères importantes de la vie des femmes ménopausées : le travail, les travaux ménagers, les loisirs, les relations interpersonnelles, les relations de couple et la sexualité. En ce qui concerne la présentation de l'instrument, nous avons suivi l'exemple de l'échelle de Vallerand et O'Connor (1991). Ainsi, chacune des six sections débute par une question demandant les raisons pour lesquelles l'activité concernée est effectuée (p. ex. : « Pourquoi travaillez-vous? »). Chaque section comporte ensuite six énoncés correspondant aux formes de motivation de la théorie de l'autodétermination et présentés à titre d'éléments de réponse à la question qui les précède. Ces énoncés ont été formulés en s'inspirant de mesures contextuelles existantes (L'Échelle de motivation envers le travail, Blais *et al.*, 1992 ; L'Échelle de motivation envers les loisirs, Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière & Blais, 1996; L'Échelle de motivation de couple, Blais *et al.*, 1990; L'Échelle de motivation envers la sexualité, Green-Demers *et al.*, 2002). Les énoncés sont accompagnés d'échelles de réponse en 7 points de type Likert (1 = Pas du tout; 4 = Moyennement; 7 = Tout à fait).

Aux fins de la présente étude, un score total d'autonomie a été calculé pour chacune des six motivations contextuelles au moyen de l'équation suivante :

$$[3(MI)+2(INTEG)+1(IDEN)-1(INTRO)-2(EXT)-3(AMO)]/6.$$

Échelle de motivation globale (EMG; Guay, Mageau, & Vallerand, 2003). Cet instrument comporte 24 énoncés et six sous-échelles (4 énoncés/sous-échelle)

qui mesurent les six formes de motivation proposées par la théorie de l'autodétermination au niveau global. La structure factorielle de l'EMG a été documentée grâce à des analyses factorielles exploratoires et confirmatives. La validité de construit et la cohérence interne ($0,75 < \alpha \text{ Cronbach} < 0,91$) de l'EMG sont également acceptables. Les énoncés sont accompagnés d'échelles de type Likert en 7 points (1 = Pas du tout; 4 = Moyennement; 7 = Tout à fait). Aux fins de la présente étude, deux types de scores globaux ont été produits. D'une part, pour certaines des analyses, les sous-échelles de l'EMG ont été utilisées séparément. Pour se faire, la moyenne des réponses aux énoncés de chacune des sous-échelles a été obtenue. D'autre part, pour d'autres analyses, un score total de motivation globale était nécessaire. Pour ces analyses, tout comme pour la motivation situationnelle et la motivation contextuelle, un score unique a été calculé au moyen de la formule suivante : $[3(\text{MI})+2(\text{INTEG})+1(\text{IDEN})-1(\text{INTRO})-2(\text{EXT})-3(\text{AMO})]/6$.

Anxiété. La symptomatologie anxieuse a été évaluée au moyen du questionnaire classique développé par Beck (IAB; Beck & Steer, 1993) et largement utilisé. Cet instrument comporte 21 énoncés conçus pour mesurer les aspects physiologiques, cognitifs et affectifs des symptômes anxieux chez les adultes. Les répondants évaluent la sévérité des symptômes représentés par chaque énoncé sur une échelle en 4 points (0 = aucun; 1 = léger; 2 = modéré, 3 = élevé). Les propriétés psychométriques de l'IAB sont intéressantes. Sa structure factorielle a été examinée au moyen d'analyses exploratoires. Sa validité de construit, sa validité prédictive et sa validité concurrente ont été abondamment documentées. Sa cohérence interne est excellente ($\alpha \text{ Cronbach} = 0,92$). Enfin, des normes ont été générées pour l'IAB afin de permettre de classer les scores obtenus selon la sévérité des symptômes anxieux. Aux fins du présent projet, un score global de symptômes anxieux a été calculé en générant la somme des réponses à tous les items de l'IAB.

Dépression. La symptomatologie dépressive a été également évaluée au moyen de l'instrument de haute qualité développé par Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) et dont les propriétés psychométriques satisfaisantes ont été documentées de longue date. L'Inventaire de Dépression de Beck (IDB) comprend 21 énoncés correspondant aux symptômes affectifs, cognitifs et physiques de la dépression. Les répondantes évaluent la sévérité de leurs symptômes sur une échelle en 4 points (0 = aucun, 1 = léger, 2 = modéré, 3 = élevé). L'IDB possède une structure factorielle claire. Sa validité de construit, sa validité prédictive, sa validité concurrente et sa cohérence interne (α Cronbach = 0,91) sont satisfaisantes. De plus, des normes ont été développées pour l'IDB permettant de déterminer si les scores obtenus indiquent une absence de symptomatologie dépressive, de la dépression légère ou de la dépression sévère. Aux fins du présent projet, un score global de symptômes dépressifs a été colligé au moyen de la somme de toutes les réponses aux items de l'IAB.

Analyses

Dans un premier temps, les statistiques descriptives ont été évaluées pour l'ensemble des variables étudiées. Dans un deuxième temps, des corrélations de Pearson d'ordre zéro ont été générées afin d'évaluer de façon préliminaire et exploratoire les patrons d'associations présents entre toutes les variables incluses dans le présent projet. Dans un troisième temps, deux analyses acheminatoires ont été réalisées. La première d'entre elles a permis d'évaluer les associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux. La seconde analyse acheminatoire a servi à examiner les associations réciproques entre la motivation globale, les motivations contextuelles (au travail, aux travaux ménagers, aux loisirs, aux relations amicales, à la relation de couple et envers la sexualité) et la motivation situationnelle.

CHAPITRE 3

Résultats

Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives des variables étudiées sont présentées aux Tableaux 2 et 3. La moyenne, l'écart-type, la voussure et l'asymétrie ont été évalués pour chacune de ces variables.

Tel qu'indiqué au Tableau 1, le niveau moyen de symptômes de ménopause rapporté par les participantes et le niveau moyen de rémanence sont modérément faibles. Les participantes ont rapporté des niveaux de symptômes dépressifs et anxieux d'amplitude modeste.

Tel qu'indiqué au Tableau 2, le niveau moyen de motivation globale est modéré. En ce qui concerne les motivations contextuelles, le niveau moyen de motivation envers les travaux ménagés et de motivation au travail est modéré tandis que le niveau moyen de motivation aux loisirs, aux relations amicales, aux relations de couple et à la sexualité est modérément élevé. Enfin, le niveau moyen de motivation situationnelle est modéré.

Corrélations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation globale, la dépression et l'anxiété

Tel qu'indiqué au Tableau 4, les symptômes de la ménopause sont associés positivement à la rémanence, aux formes de motivation globale non autodéterminées et aux symptômes dépressifs et anxieux. La rémanence est associée positivement aux formes de motivation globale non autodéterminées ainsi qu'aux symptômes dépressifs et anxieux. La motivation globale par régulation externe est associée positivement aux symptômes dépressifs et anxieux. Les symptômes dépressifs et anxieux sont également associés positivement entre eux.

Tableau 2

Statistiques descriptives des symptômes de la ménopause, de la rémanence et des symptômes dépressifs et anxieux

	Moyenne	Écart-type	Voissure	Asymétrie
Symptômes de la ménopause	2,80	1,22	-0,57	-0,26
Rémanence	2,34	0,85	-0,56	0,11
Symptômes anxieux	9,57	7,68	2,18	1,32
Symptômes dépressifs	10,51	7,28	0,53	0,85

Note : L'étendue théorique est de 1 à 7 pour les symptômes de la ménopause et la rémanence et de 0 à 63 pour les symptômes dépressifs et anxieux.

Tableau 3

Statistiques descriptives des motivations globale, contextuelle et situationnelle

	Moyenne	Écart-type	Voussure	Asymétrie
Motivation globale	2,87	1,31	0,44	-0,42
Motivation intrinsèque	5,79	1,03	2,59	-1,19
Intégration	5,24	1,24	1,23	-0,95
Identification	6,66	1,13	4,04	-1,62
Introjection	2,88	1,32	-0,53	0,55
Régulation externe	3,19	1,36	-0,55	0,38
Amotivation	2,34	1,23	-0,44	0,69
Motivation au travail	2,88	1,59	0,60	-0,15
Motivation aux travaux ménagers	0,13	1,77	-0,66	-0,42
Motivation aux loisirs	4,11	1,56	0,30	-0,88
Motivation aux relations amicales	4,45	1,53	6,34	-1,88
Motivation à la relation de couple	4,67	1,22	2,78	-1,45
Motivation sexuelle	3,93	1,38	2,33	-1,22
Motivation situationnelle	1,24	1,32	0,36	-0,54

Note : L'étendue théorique est de $-7,00$ à $+7,00$ pour l'ensemble des variables, à l'exception des sous-types de motivation globale pour lesquels elle varie de 1 à 7.

Tableau 4

Corrélations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux

	1	2	3	3a	3b	3c	3d	3e	3f	4	5
1. Symptômes de la ménopause	1,00										
2. Rémanence	0,59***	1,00									
3. Motivation autonome	-0,10	-0,21	1,00								
a) intrinsèque	0,08	0,12	0,65***	1,00							
b) intégrée	0,17	0,17	0,55***	0,61***	1,00						
c) identifiée	0,03	0,14	0,56***	0,69***	0,73***	1,00					
d) introjectée	0,23*	0,33**	-0,45***	0,03	0,15	0,13	1,00				
e) par régulation externe	0,31*	0,33**	-0,46***	0,13	0,09	0,14	0,74***	1,00			
f) amotivée	0,08	0,34**	-0,54***	-0,02	0,12	0,03	0,22*	0,19	1,00		
4. Symptômes anxieux	0,67***	0,40***	-0,16	-0,001	0,01	-0,09	0,19	0,37***	-0,03	1,00	
5. Symptômes dépressifs	0,45***	0,38**	-0,49***	-0,19	-0,21	-0,17	0,35***	0,53***	0,22	0,62***	1,00

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

Corrélations entre les motivations globale, contextuelle et situationnelle

Tel que rapporté au Tableau 5, la motivation globale est associée positivement à toutes les motivations contextuelles (i.e., la motivation aux travaux ménagers, aux loisirs, aux relations amicales, à la relation de couple et sexuelle, à l'exception de la motivation au travail. La motivation globale est également associée positivement à la motivation situationnelle.

Il est également possible d'observer que plusieurs motivations contextuelles sont corrélées entre elles. Ainsi, la motivation au travail est associée positivement à la motivation envers la relation de couple et à la motivation sexuelle. La motivation aux loisirs est associée positivement à la motivation aux relations amicales. Les motivations contextuelles de nature relationnelles (i.e., la motivation aux relations amicales, à la relation de couple et à la sexualité) sont associées positivement entre elles. Enfin, aucune corrélation significative n'a été détectée entre la motivation situationnelle et les six formes de motivation contextuelle.

Corrélations entre les variables étudiées et les motivations contextuelles

Les corrélations ont été évaluées entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, les symptômes dépressifs et anxieux, d'une part, et les motivations contextuelles, d'autre part. Notons d'entrée de jeu que la vaste majorité de ces résultats étaient non significatifs et que malgré quelques corrélations sporadiques significatives, peu de patrons d'effets significatifs ont été observés. Le détail de ces résultats est présenté dans les paragraphes subséquents.

Symptômes de la ménopause. Seules 2 des 36 corrélations évaluées entre les symptômes de la ménopause et les 6 formes de régulation des 6 motivations contextuelles étaient statistiquement significatives. Les symptômes de la ménopause étaient négativement associés à l'intégration envers le travail ($r = -0,23, p < 0,05$) et positivement associés à l'introjection envers les relations amicales ($r = 0,23, p < 0,05$). Les symptômes de la ménopause étaient également associés négativement au score global de motivation autodéterminée envers les relations amicales ($r = -0,25, p < 0,05$).

Tableau 5

Corrélations entre les motivations globale, contextuelle et situationnelle

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Motivation globale	1,00							
2. Motivation au travail	0,16	1,00						
3. Motivation aux travaux ménagers	0,21*	0,16	1,00					
4. Motivation aux loisirs	0,35*	0,13	0,09	1,00				
5. Motivation aux relations amicales	0,56***	0,21	0,19	0,42***	1,00			
6. Motivation à la relation de couple	0,29*	0,32*	0,04	0,21	0,35*	1,00		
7. Motivation sexuelle	0,25*	0,28*	0,09	0,27	0,36***	0,39***	1,00	
8. Motivation situationnelle	0,20*	0,02	0,14	-0,12	0,19	0,04	0,05	1,00

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

Rémanence. Seules cinq des 36 corrélations évaluées entre la rémanence et les 6 formes de régulation des 6 motivations contextuelles étaient statistiquement significatives. La rémanence était positivement associée à la régulation externe envers les activités de loisirs ($r = 0,30, p < 0,01$) et envers les relations amicales ($r = 0,30, p < 0,01$), ainsi qu'à l'introjection ($r = 0,26, p < 0,05$), à la régulation externe ($r = 0,36, p < 0,001$) et à l'amotivation ($r = 0,24, p < 0,05$) envers la relation de couple. Les corrélations entre la rémanence et le score global de motivation autodéterminée envers le travail, les travaux ménagers, les loisirs, les relations d'amitié, les relations de couple et la sexualité ont également été évaluées. En congruence avec les résultats obtenus pour les formes individuelles de motivations contextuelles, seule la corrélation entre la rémanence et le score global de motivation autodéterminée envers les relations de couple était statistiquement significative ($r = -0,28, p < 0,05$).

Symptômes dépressifs. Huit des 36 corrélations entre les formes individuelles des motivations contextuelles et les symptômes dépressifs ont atteint le seuil de la signification statistique. Ainsi, la motivation intrinsèque envers le travail et la motivation intégrée envers la sexualité sont associées négativement aux symptômes dépressifs ($r = -0,24, p < 0,05$ et $r = -0,31, p < 0,01$, respectivement). La motivation introjectée et la régulation externe envers les travaux ménagers sont associées positivement aux symptômes dépressifs ($r = 0,37, p < 0,01$ et $r = 0,25, p < 0,05$, respectivement). De façon intéressante, quatre des formes individuelles de motivation envers les relations amicales étaient associées significativement aux symptômes dépressifs : la motivation intrinsèque ($r = -0,41, p < 0,001$), l'intégration ($r = -0,43, p < 0,001$), l'identification ($r = -0,32, p < 0,01$) et l'amotivation ($r = 0,30, p < 0,05$). En congruence avec ces résultats individuels, le score global de motivation autodéterminée envers les relations amicales était négativement associé aux symptômes dépressifs ($r = -0,45, p < 0,001$). Les scores globaux de motivation autodéterminée des 5 autres motivations contextuelles (i.e.,

envers le travail, les travaux ménagers, les loisirs, les relations de couple et la sexualité n'étaient pas significativement associés aux symptômes dépressifs.

Symptômes anxieux. Seules 2 des 36 corrélations entre les formes individuelles de motivations contextuelles et les symptômes anxieux étaient statistiquement significatives. Il s'agit des associations négatives entre la motivation intrinsèque et l'intégration envers les relations amicales, d'une part, et les symptômes anxieux, d'autre part ($r = -0,25, p < 0,05$ et $r = -0,27, p < 0,05$, respectivement). Il n'y avait pas d'association significative entre les scores globaux des 6 motivations contextuelles (i.e., envers le travail, les travaux ménagers, les loisirs, les relations amicales, les relations de couple et la sexualité), d'une part, et les symptômes anxieux, d'autre part.

Corrélations entre les variables étudiées et la motivation situationnelle

Les corrélations ont été évaluées entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, les symptômes dépressifs et anxieux, d'une part, et la motivation situationnelle, d'autre part. Aucune association significative n'a été détectée. Les variables à l'étude (symptômes de la ménopause, rémanence, symptômes dépressifs et anxieux) ne sont pas associées significativement aux 6 formes individuelles de régulation, ni au score global de motivation autonome de la motivation situationnelle.

Synthèse des résultats des corrélations

Les résultats des analyses corrélationnelles indiquent dans un premier temps que, dans l'ensemble, les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux présentent des patrons d'association qui sont largement en harmonie avec les hypothèses de recherche. Dans un deuxième temps, contrairement à nos attentes, la vaste majorité des associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, les symptômes

dépressifs et anxieux, d'une part, et les formes individuelles des motivations contextuelles, d'autre part, n'étaient pas statistiquement significatives. Quelques associations sporadiques isolées entre ces variables étaient significatives, mais ces résultats singuliers sont difficiles à interpréter. Il y avait toutefois un patron d'association systématique d'associations relié aux formes individuelles de motivation contextuelle aux relations amicales. Ce résultat a été conforté par l'association significative entre les symptômes de la ménopause et le score global de motivation aux relations amicales, ainsi que par l'association entre cette variable et les symptômes dépressifs. Soulignons, par ailleurs, qu'il y avait également une association négative intéressante entre la rémanence et le score global de motivation contextuelle envers les relations de couple. Enfin dans un troisième temps, contrairement aux hypothèses de recherche, la motivation situationnelle n'était pas associée aux symptômes de la ménopause, à la rémanence, aux symptômes dépressifs et anxieux, ni à aucune des formes individuelles ou globales des six motivations contextuelles.

Analyses acheminatoires

Le réseau de relations proposées entre les variables à l'étude a été évalué au moyen d'analyses acheminatoires constituées d'un ensemble de régressions multiples. Deux analyses acheminatoires ont été réalisées. La première d'entre elles avait pour but d'examiner les associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux. La visée de la seconde analyse acheminatoire était d'examiner les associations réciproques entre la motivation globale, les motivations contextuelles et la motivation situationnelle.

Modèle 1. Ce modèle a permis de mettre à l'épreuve les associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux. Il est important de noter que les variables motivationnelles

qui ont été incluses dans cette analyse ont été sélectionnées sur la base des résultats des analyses corrélationnelles. Ainsi, comme il y avait un patron clair d'associations entre la rémanence et les sous-types non autodéterminés de motivation globale, les six formes de régulation de la motivation globale ont été prises en considération dans l'analyse. Les corrélations sporadiques entre certaines formes individuelles des motivations contextuelles et les autres variables étudiées (symptômes de la ménopause, rémanence, symptômes dépressifs et anxieux) ne forment pas de patron de résultats significatifs et sont difficiles à interpréter. Ces variables contextuelles ont donc été exclues de l'analyse. Il y avait toutefois des patrons d'associations clairs entre plusieurs sous-types des motivations contextuelles aux relations amicales et à la motivation de couple, d'une part, et plusieurs autres variables clés. Ces effets individuels ont également donné lieu à des corrélations significatives impliquant les scores totaux de motivation aux relations amicales et à la relation de couple. Ces scores totaux de motivation contextuelle aux relations amicales et à la relation de couple ont donc été inclus dans l'analyse acheminatoire afin que leur influence soit modélisée. Comme il n'y avait pas de corrélation significative entre la motivation situationnelle et les autres variables du projet, la motivation situationnelle n'a pas été incluse dans le modèle. Les résultats de cette première analyse acheminatoire sont présentés à la Figure 3.

Les symptômes de la ménopause sont associés positivement à la rémanence. La proportion de variance expliquée par cette association est élevée. Les symptômes de la ménopause sont également négativement associés à la motivation amicale aux relations amicales. La taille de cet effet est modeste.

La rémanence est positivement associée aux trois formes de motivation globale non autodéterminées (i.e., à la régulation globale introjectée, par régulation externe et amotivée). La taille de ces effets est modérée. Il n'y avait pas d'association significative entre la rémanence et les formes autonomes de motivation globale.

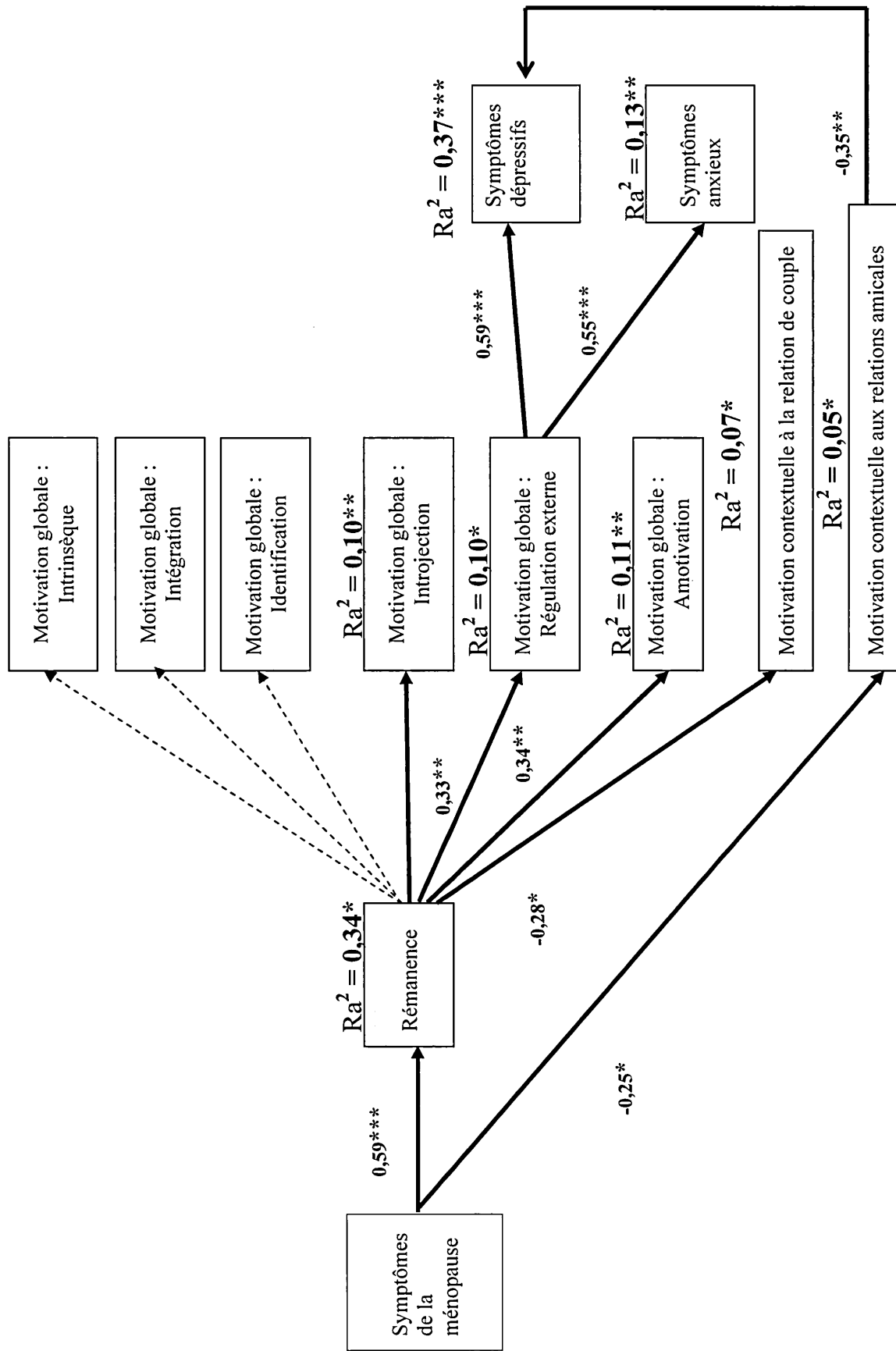


Figure 3. Associations entre les symptômes de la ménopause, la résilience, la motivation, la motivation et les symptômes dépressifs et anxieux; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

La rémanence était négativement associée à la motivation contextuelle à la relation de couple. La proportion de variance expliquée par cette association était modeste. Seules deux variables motivationnelles étaient associées aux symptômes dépressifs : la motivation globale par régulation externe (association positive) et la motivation contextuelle aux relations amicales (association négative). Ensemble, ces deux variables expliquent une proportion élevée des symptômes dépressifs. Enfin, seule la motivation globale par régulation externe était associée (positivement) aux symptômes anxieux. La taille de cet effet est modérée.

Modèle 2. Ce modèle a permis d'examiner les associations entre la motivation globale, la motivation contextuelle et la motivation situationnelle. Les résultats sont présentés à la Figure 4. La motivation globale est associée positivement à la motivation contextuelle aux travaux ménagers (effet modeste), aux loisirs (effet modérée), aux relations amicales (effet important), à la relation de couple (effet modeste) et à la sexualité (effet modeste). Il n'y avait pas d'association significative entre la motivation globale et la motivation contextuelle au travail. Les associations réciproques entre les six motivations contextuelles et la motivation globale ne sont pas statistiquement significatives. Seule la motivation contextuelle aux relations amicales est associée positivement à la motivation situationnelle. La taille de cet effet est élevée. Notons qu'il s'agit d'un effet de suppression car la corrélation entre ces deux variables n'était pas significative. Les cinq autres formes de motivation contextuelle (i.e., motivations au travail, aux travaux ménagers, aux loisirs, à la relation de couple et à la sexualité) ne sont pas associées à la motivation situationnelle. Les relations réciproques entre la motivation situationnelle, d'une part, et chacun des six types de motivation contextuelle, d'autre part, ne sont pas significatives.

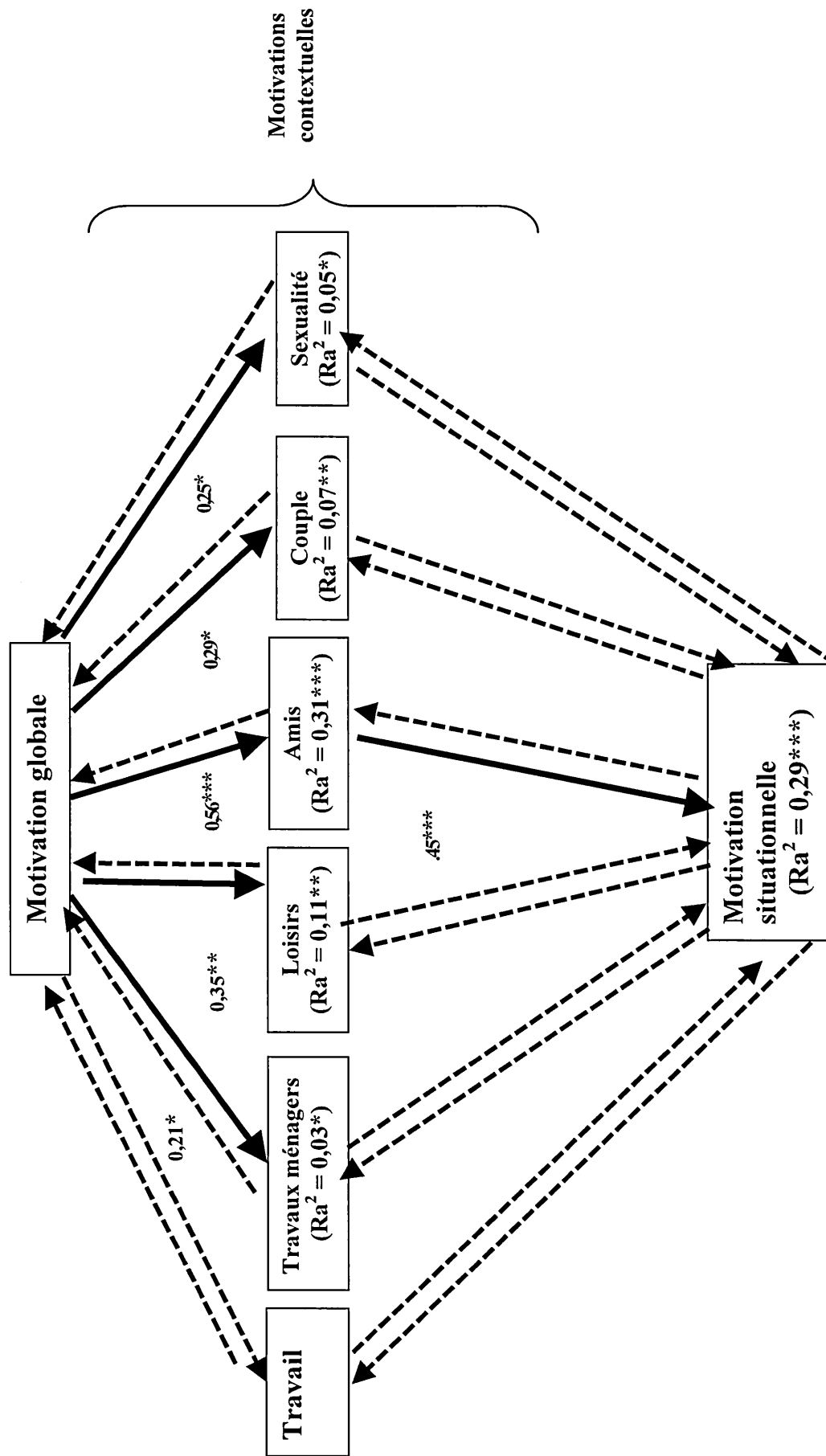


Figure 4. Associations entre la motivation globale, la motivation contextuelle et la motivation situationnelle ; * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

Analyses complémentaires

Une dernière série d'analyses a été réalisée dans le but d'examiner si les caractéristiques démographiques des participantes ont affecté les résultats obtenus.

Âge et revenu. L'âge et le revenu sont des variables de nature numérique et continue. Des corrélations de Pearson d'ordre zéro ont été calculées entre l'âge et le revenu, d'une part, et toutes les variables qui ont été incluses dans les analyses acheminatoires. Aucune de ces corrélations n'était statistiquement significative, ce qui suggère que les résultats des analyses acheminatoires n'ont pas été influencés par les variations dans l'âge ou le revenu des participantes.

Statut marital, maternité et éducation. Ces variables sont de nature catégorique. Leur influence possible sur les résultats de la présente étude a été évaluée au moyen de tests-t.

Une première série de tests-t a été effectuée pour comparer les moyennes, pour toutes variables incluses dans les analyses acheminatoires, des femmes qui étaient en relation de couple stable (mariées ou en union de fait) et de celles qui ne l'étaient pas (célibataires, séparées/divorcées ou veuves). Aucune différence significative n'a été détectée.

Une seconde série de tests-t a été faite pour comparer les moyennes des femmes qui étaient mères et de celles qui ne l'étaient pas, pour toutes les variables incluses dans les analyses acheminatoires. Ici encore, aucun effet significatif n'a été observé.

Une troisième et dernière série d'analyses a été réalisée pour évaluer les effets possibles du niveau d'éducation. Pour toutes les variables incluses dans les analyses acheminatoires, les moyennes des femmes détenant un diplôme d'études secondaires, ont été comparées à celles des femmes détenant un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire). Dans l'ensemble, les résultats n'ont pas révélé d'effets importants suggérant une influence possible du niveau

d'éducation. Trois différences statistiquement significatives ont toutefois été obtenues. De façon spécifique, les motivations globales intégrées et identifiées étaient plus élevées chez les femmes de niveau d'éducation post secondaire que secondaire [$t(77) = -2,17, p < 0,05$ et $t(77) = -2,31, p < 0,05$, respectivement]. À l'inverse, l'amotivation globale était plus élevée chez les femmes de niveau d'éducation secondaire que post secondaire [$t(77) = 2,20, p < 0,05$].

CHAPITRE 4

Discussion

Le climatère est une période de transition des réserves des follicules ovariens qui s'étale sur 15 à 20 ans. La fin de cette période de reproduction est marquée par un processus en trois étapes : la préménopause, la périménopause et la ménopause (Greenblum, 2010). La littérature scientifique porte un regard divergent sur la problématique des symptômes climatères menant à l'anxiété et la dépression. Peu de recherches se sont penchées sur les processus psychologiques pouvant expliquer l'émergence des symptômes de l'anxiété et de la dépression à cette étape normale de la vie de la femme.

L'objectif principal de la présente étude était de se pencher sur cette question en examinant les interrelations entre les symptômes physiques et psychologiques de la ménopause, la rémanence, la motivation autodéterminée (globale, contextuelle et situationnelle) et les symptômes dépressifs et anxieux.

Mise en rapport des hypothèses et des résultats

Hypothèse 1

Il était proposé que les symptômes physiques et psychologiques de la ménopause seraient associés positivement à la rémanence. Les résultats des analyses de corrélation et de régression confortent cette hypothèse. Les symptômes physiques et psychologiques de la ménopause sont associés positivement à la rémanence. Ce résultat indique que les symptômes plus prononcés de la ménopause s'accompagnent d'une intensité plus soutenue des manifestations cognitives susceptibles de pérenniser leur impact (réactivation, rumination et partage social).

Hypothèse 2

Cette hypothèse prévoyait que la rémanence serait associée négativement aux motivations situationnelle, contextuelle et globale. Cette hypothèse n'a été que partiellement corroborée. Dans un premier temps, la rémanence était associée positivement aux formes non autodéterminées de motivation globale. La rémanence n'était pas associée aux formes autodéterminées de motivation globale. Dans un deuxième temps, à l'exception de quelques corrélations sporadiques difficiles à interpréter, la vaste majorité des associations entre la rémanence et les différentes motivations contextuelles étaient non significatives. Une association négative a toutefois été observée entre la rémanence et la motivation contextuelle à la relation de couple. Dans un troisième temps, contrairement aux hypothèses, aucune association n'a été observée entre la rémanence et les sous-types de motivation situationnelle, ainsi qu'entre la rémanence et le score total de motivation situationnelle.

Hypothèse 3

Il était prévu que la motivation contextuelle et la motivation globale seraient interreliées. Cette hypothèse a été confortée en partie. La motivation globale était associée positivement à toutes les motivations contextuelles (motivation aux travaux ménagers, aux loisirs, aux relations amicales, aux relations de couple et sexuelles), à l'exception de la motivation au travail. Aucune association réciproque entre les motivations contextuelles et la motivation au travail n'était toutefois significative. Une seule des associations entre les motivations contextuelles et la motivation situationnelle était significative, soit celle avec les relations amicales. Les associations réciproques entre la motivation situationnelle et les motivations contextuelles ne se sont pas concrétisées.

Hypothèse 4

Selon cette hypothèse, il était prévu que les motivations situationnelle, contextuelle et globale seraient associées négativement aux symptômes de la dépression et de l'anxiété. Les résultats ont corroboré partiellement cette hypothèse. Des effets importants expliqués par les associations entre la motivation globale par régulation externe, d'une part, et les symptômes dépressifs et anxieux, d'autre part, ont été observés. Contrairement aux hypothèses, les autres formes de motivation globale n'étaient associées ni aux symptômes dépressifs ni aux symptômes anxieux. La motivation contextuelle aux relations amicales était négativement associée aux symptômes dépressifs. Contrairement aux hypothèses, il n'y avait pas d'autre association significative entre les motivations contextuelles et les symptômes dépressifs et anxieux. Enfin, contrairement aux hypothèses, aucune association n'a été détectée entre la motivation situationnelle et les symptômes dépressifs et anxieux.

Résultat imprévu

Une association négative directe a également été obtenue entre les symptômes de la ménopause et la motivation contextuelle aux relations amicales.

Retombées conceptuelles

Les résultats obtenus offrent plusieurs contributions significatives à l'avancement des connaissances sur l'apparition des symptômes de la dépression et de l'anxiété à la période de la ménopause.

Le syndrome de la ménopause a été étudié abondamment (Demers, 2008; Holloway, 2011; Marnocha, Bergstrom & Dempsey, 2011; Nosek, Kennedy, Beyene, Taylor, Gilliss & Lee, 2010; Pearlstein, 1995). Une documentation substantielle s'est intéressée à l'influence de variables physiologiques, telles les fluctuations hormonales, sur l'émergence des symptômes dépressifs et anxieux

pendant la ménopause (p. ex. : Birkhäuser, 2002; Lerner & al., 2011; Pearlstein, 1995). Peu d'études se sont cependant attardées au rôle des variables psychologiques. L'objectif central du présent projet était d'examiner l'influence de deux variables susceptibles de contribuer à combler cette lacune : la rémanence et la motivation.

La rémanence

Dans le cadre du présent projet, les résultats des analyses de corrélation ont permis d'identifier des associations entre les symptômes de la ménopause et la rémanence ainsi qu'entre la rémanence et les symptômes dépressifs et anxieux. De plus, les résultats de l'analyse acheminatoire ont permis la mise à l'épreuve d'un modèle de prédiction des symptômes dépressifs et anxieux où la rémanence occupe une position centrale. Ces résultats suggèrent que l'intensité des symptômes de la ménopause et/ou leur récurrence seraient mémorisées et interprétées de manière à pérenniser l'impact émotionnel désagréable de l'évènement (Rimé, 2004; Aaker, Drolet & Griffin, 2008).

Bien que le présent projet soit le premier à s'intéresser à l'effet de la rémanence pendant la ménopause, plusieurs chercheurs ont mis en relief l'impact de la récurrence des cognitions négatives et des émotions sur la qualité de la vie dans d'autres contextes (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006; Ciesla & Roberts, 2007).

Il est d'abord utile de noter, dans un premier temps, que les trois dimensions de la rémanence (réactivation, rumination et partage social) ont d'abord été étudiées dans le cadre des travaux fondamentaux de Rimé sur la rémanence (Rimé, 2004; 2007; Rimé *et al.*, 1991). Dans ces travaux, l'influence de la réactivation, de la rumination ou du partage social sur la prolongation de l'affect négatif a été examinée de façon générale, auprès d'échantillons recrutés chez des étudiants universitaires auprès du grand public (Rimé, 2000; 2004; 2007). Les résultats du

présent projet complémenteent avantageusement l'information préexistante dans la documentation sur les mécanismes qui prolongent l'impact des expériences affectives. De façon plus précise, ils apportent un soutien empirique additionnel au phénomène de rémanence tel que défini par Rimé (2004). Cette contribution n'est pas négligeable, car l'émergence de cette documentation est récente et, à l'exception des études fondamentales initiales de Rimé à ce sujet (Rimé, 2004; 2007; Rimé & Herbette, 2003), il y a présentement peu de données qui portent directement sur ce phénomène.

Dans un deuxième temps, la documentation sur l'effet de rebond identifiée par Wegner (1994; Wegner & Schneider, 2003; Wenzlaff & Wegner, 2000) apporte également un soutien indirect à l'effet de réactivation proposé par Rimé (2004; 2007; Rimé *et al.*, 1991) car ces notions présentent une forte parenté conceptuelle (i.e., elles réfèrent toutes les deux au rappel d'une émotion négative déclenché par la perception d'un stimulus qui y est associé cognitivement). Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude sont congruents avec la conceptualisation sur l'effet de réactivation (Rimé 2004; 2007; Rimé *et al.*, 1991) et sur l'effet de rebond (Wegner, 1994; Wegner & Schreider, 2003; Wenzlaff & Wegner, 2000), ainsi qu'avec les résultats des nombreuses recherches sur l'effet de rebond, tel qu'étudié par Daniel Wegner et ses collègues. Les études de Wegner et de ses collègues ont documenté l'effet de rebond chez des étudiants universitaires à qui ils avaient demandé de supprimer une émotion négative (Wegner *et al.*, 1993), chez des étudiants universitaires présentant des symptômes dépressifs et anxieux (Wenzlaff & Bates, 1998) et chez des adolescents présentant des idéations suicidaires (Najmi *et al.*, 2007). Soulignons, qu'à notre connaissance, aucune des études réalisées par ces auteurs n'a eu recours à un échantillon de femmes de 45 à 55 ans, en période de ménopause. Le présent projet a donc contribué à documenter directement la présence du phénomène de rémanence, et indirectement celle de l'effet de rebond, chez cette population.

Dans un troisième temps, il est utile de souligner que la documentation comporte une vaste gamme de travaux sur la rumination et sur le partage social qui ont été réalisés par des auteurs autres que Rimé. L'auteur dont les écrits sur la rumination sont les plus cités est Suzan Nolen-Hoeksema (p. ex. : Nolen-Hoeksema, 1998; 2000). Cette chercheuse et ses collègues se sont intéressés aux différences entre les hommes et les femmes dans la prévalence de la rumination (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Nolen-Hoeksema & Corte, 2004; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999), aux associations entre la rumination et les symptômes dépressifs et anxieux (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2011; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubonirsky, 2008; O'Mahen, Flynn, & Nolen-Hoeksema, 2010; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2009), ainsi qu'aux associations entre la rumination et des problèmes psychopathologiques variés tels les comportements de consommation chez les victimes d'abus sexuel (Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010), la détresse psychologique chez les victimes de stigmatisation (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, & Dovidio, 2009), l'adaptation au deuil chez les personnes âgées (Torges, Stewart, & Nolen-Hoeksema, 2008), l'idéation suicidaire (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007) et les troubles alimentaires (Nolen-Hoeksema, Stice & Bohon, 2007). Les résultats observés dans le présent projet s'harmonisent avec la vaste documentation sur la rumination qui découle des travaux de Nolen-Hoeksema et de ses collègues et contribuent donc à documenter la présence de rumination chez les femmes qui vivent des symptômes de ménopause.

L'auteur qui se démarque le plus dans l'ensemble de la documentation sur le partage social est James Pennebaker. Cet auteur a abondamment documenté la propension qu'ont les gens à exprimer leurs émotions négatives (p. ex. : Niederhoffer & Pennebaker, 2002; Pennebaker, 1999; 2003). Il s'est également intéressé aux effets bénéfiques du partage social sur la santé physique et

psychologique (Niederdoff & Pennebaker, 2009; Pennebaker, 1988; 1995; 1997; 1998; Pennebaker, Barger, & Tiebout, 1989; Pennebaker & Francis, 1996; Pennebaker & Keough, 1999; Pennebaker *et al.*, 2004; Pennebaker & Susman, 1988; Rosenberg *et al.*, 2002).

Les présents résultats convergent avec ceux des études sur le partage social de James Pennebaker et de ses collègues dans la mesure où les symptômes de la ménopause sont associés à la propension à les verbaliser. Cependant, à l'instar des travaux récents de Rimé (2004; 2007), les résultats obtenus ici suggèrent que le partage social est susceptible de contribuer à prolonger la durée de l'affect négatif. Ces résultats sont en contraste avec la documentation importante sur les retombées psychologiques et physiques positives du partage social. Rimé (2004) a souligné une nuance susceptible d'expliquer ces divergences. Ainsi, d'après cet auteur, le partage social est bénéfique lorsqu'il se produit dans le contexte du cycle normal de traitement de l'émotion. Il devient nocif lorsqu'il participe aux dynamiques chroniques d'une expérience émotionnelle non résolue. Il serait nécessaire de réaliser des études longitudinales pour examiner avec davantage de rigueur cette question. Les présents résultats offrent toutefois un soutien préliminaire à la position de Rimé (2004). En effet, les associations entre le partage social et les autres variables du projet (en particulier les symptômes de la ménopause, les formes non autonomes de motivation globale ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux) étaient congruentes avec celles impliquant la réactivation et la rumination. C'est d'ailleurs pour cette raison que ces trois sous-dimensions ont été agglomérées ensemble en un seul construit représentant la rémanence. Toutefois, tel que mentionné précédemment, il serait nécessaire de procéder à des études longitudinales pour trancher définitivement la question. Il serait particulièrement utile, aux fins de ces études, de faire appel à des problématiques où les émotions négatives perdurent sur de longues périodes (comme la ménopause) et pour lesquelles des effets ambigus du partage social ont déjà été identifiés (p. ex., le

deuil, Zech *et al.*, 2007; ou les traumatismes, Richards, Beal, Seagal, & Pennebaker, 2000).

La motivation

Le présent projet s'est intéressé aux dynamiques motivationnelles en jeu pendant la période de la ménopause, selon l'approche conceptuelle de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002; 2008). À notre connaissance, il s'agit de la première fois où la théorie de l'autodétermination est mise à profit dans ce contexte. Les résultats obtenus ici constituent donc une contribution originale à cet égard et ils complètent ceux de la documentation qui comprend l'étude des formes de motivation proposées par Deci et Ryan (1985; 2002; 2008) dans d'autres domaines liés à la santé comme la gestion du diabète (Hill & Sibthorp, 2006), de l'abus de substance (Sheldon *et al.*, 2003), du tabagisme (Williams *et al.*, 2006) et l'augmentation de l'activité physique (Wilson *et al.*, 2006).

Il est également utile de souligner que, dans le cadre du présent projet, ce sont les formes de motivation globale non autodéterminées qui étaient généralement corrélées aux symptômes de la ménopause, à la rémanence ainsi qu'aux symptômes dépressifs et anxieux. Ces effets se sont précisés davantage lors de l'analyse acheminatoire qui a permis la mise à l'épreuve d'un réseau d'associations plus sophistiqué entre les variables étudiées. Les résultats de cette analyse ont révélé que la rémanence était positivement associée aux trois formes de motivation globale non autodéterminées. Toutefois, seule la motivation globale par régulation externe offrait une contribution unique significative (et substantielle!) à la prédiction des symptômes dépressifs et anxieux. Ces résultats suggèrent que les symptômes de la ménopause, entretenus par la rémanence, affectent principalement la personne en générant une augmentation des formes non autonomes de motivation globale. Il est également intrigant de constater que, parmi ces formes de motivation contraignantes, c'est la régulation externe qui est

prépondérante lorsqu'il s'agit de prédire les symptômes dépressifs et anxieux. Ces données impliquent que lorsque les symptômes de la ménopause affectent la personne au point où sa motivation globale est régulée par des contraintes externes, l'apparition de symptômes dépressifs et anxieux est favorisée. Il s'agit là d'une contribution fondamentale intéressante.

Ce résultat est en accord avec ceux des études antérieures qui ont identifié des associations entre des déficits motivationnels et des conséquences émotives néfastes dans des contextes variés comme celui du travail (Blais *et al.*, 1993; Lévesque *et al.*, 2004b), de l'éducation (Reeve, 2002) des sports (Gagné *et al.*, 2003) et des loisirs (Pelletier *et al.*, 1995).

Tel que déjà noté dans le contexte théorique, en suggérant à l'instar de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 2002; 2008) que les déficits de motivation mènent à des conséquences émotionnelles négatives telles que la dépression et l'anxiété, les résultats du présent projet vont à l'encontre du volume imposant de documentation qui conceptualise les problèmes de motivation comme une conséquence de la dépression (p. ex. : Freeman *et al.*, 2004). Bien que des études longitudinales soient nécessaires pour départager de façon rigoureuse la cause de l'effet, il est proposé ici que dans certaines circonstances (comme la ménopause), les problèmes de motivation jouent un rôle dans l'étiologie des symptômes dépressifs et anxieux. Les résultats du présent projet offrent un appui préliminaire à cette idée novatrice.

Par ailleurs, deux formes de motivation contextuelle ont démontré des associations suffisamment systématiques avec les autres variables étudiées pour justifier leur inclusion dans l'analyse acheminatoire. Il s'agit de la motivation aux relations amicales (qui était négativement associée aux symptômes de la ménopause et aux symptômes dépressifs) et de la motivation à la motivation de couple (qui était négativement associée à la rémanence). Parmi les six motivations contextuelles étudiées, il est utile de constater que les deux motivations de nature

sociale ont obtenus des effets significatifs. Ces résultats sont plausibles puisqu'il est logique de supposer qu'une femme qui se sent moins bien en raison de ses symptômes de ménopause ou en raison de la rémanence qui prolonge leur impact soit davantage portée au retrait social. Par ailleurs, l'association négative obtenue entre la motivation aux relations amicales et les symptômes dépressifs est congruente avec la documentation sur l'effet de protection exercé par le soutien social sur la dépression (Calmes, 2009; Cohen & Syme, 1985; Marroquin, 2011; Grav, Hellzèn, Romild, & Stordal 2012).

Il est également intéressant de constater que les symptômes de la ménopause affectent directement la motivation aux relations amicales tandis que c'est la rémanence qui est directement associée à la motivation de couple. Cette distinction est intrigante. Il est suggéré ici qu'il est possible de l'expliquer par certaines différences entre la nature des relations de couple et d'amitié. Si une femme ressent des symptômes de ménopause qui l'incommodent, il est plausible d'envisager que cela interfère avec le désir de faire des activités sociales avec ses ami(e)s. En revanche, parce qu'elle demeure avec son conjoint, il est possible que la simple expérience des symptômes de la ménopause ne soit pas suffisante pour affecter la relation de couple. Les résultats obtenus ici suggèrent que pour qu'il y ait un effet sur la motivation à la relation de couple, les symptômes de la ménopause doivent être exacerbés par la rémanence.

Le présent projet a ainsi permis de documenter des associations intéressantes entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, les symptômes dépressifs et anxieux, et certains construits motivationnels. Les formes non autodéterminées de motivation globale, et plus particulièrement la motivation globale par régulation externe, semblent jouer un rôle significatif à cet effet. Le présent projet s'est aussi intéressé aux associations entre les motivations globale, contextuelle et situationnelle. Bien que ces résultats soient mitigés, ils contribuent dans une

certaine mesure à la documentation portant sur le modèle hiérarchique de la motivation (Vallerand, 1997; 2001).

Les études à ce sujet qui ont été publiées dans les revues scientifiques se sont principalement attardées à certaines des composantes de ce modèle dans le contexte de l'éducation et des sports. Par exemple, Guay, Mageau et Vallerand (2003) ont documenté la présence d'associations réciproques entre la motivation globale et la motivation contextuelle envers l'éducation chez des collégiens tandis que Lavigne et Vallerand (2010) ont examiné les associations réciproques entre la motivation contextuelle envers l'étude des sciences et la motivation situationnelle envers des activités scientifiques spécifiques chez des élèves du secondaire. Des associations réciproques ont également été identifiées entre la motivation contextuelle envers le sport et la motivation situationnelle envers des activités sportives spécifiques par Blanchard, Mask, Vallerand, de la Sablonnière et Provencher (2007), chez des athlètes de niveau collégial, ainsi que par Lavigne et ses collègues (2009) chez des usagers adultes d'un centre sportif. Gillet, Vallerand, Amoura et Baldes (2010) ont pour leur part identifié une association unidirectionnelle envers la motivation sportive contextuelle et la motivation spécifique précompétition d'adolescents et de jeunes adultes pratiquant le judo. Les résultats du présent projet complètent ces informations de différentes manières.

Dans un premier temps, il a été possible d'identifier des associations unidirectionnelles entre la motivation globale et les motivations contextuelles envers les travaux ménagers, les loisirs, les relations amicales, la relation de couple et la sexualité. Ces résultats élargissent l'éventail des motivations contextuelles ayant été mises en relation avec la motivation globale. De plus, dans un deuxième temps, ce projet innove par l'inclusion simultanée de plusieurs motivations contextuelles. À notre connaissance, un seul article scientifique sur le modèle hiérarchique comportant plusieurs motivations contextuelles a été publié.

Il s'agit de celui écrit par Ratelle, Vallerand, Sénécal et Provencher (2005) qui inclut les motivations contextuelles envers l'éducation et les loisirs chez de jeunes adultes. Enfin, dans un troisième temps, il est utile de mentionner que le présent projet innove par la mise à l'épreuve du modèle hiérarchique de la motivation auprès d'un échantillon de femmes de 45 et 55 ans en période de ménopause. Cet échantillon est très différent de ceux des études précitées en sport et en éducation qui ont été menées auprès d'adolescents ou de jeunes adultes.

Les symptômes dépressifs et anxieux

Les résultats du présent projet ont également des retombées sur les connaissances au sujet des symptômes dépressifs et anxieux en période de ménopause. L'anxiété et la dépression sont des représentations neurobiologiques, comportementales et cognitives de l'expérience subjective de la personne et elles seraient étroitement liées au système motivationnel. La présence de l'appréhension de vivre des épisodes désagréables permettrait aux symptômes de l'anxiété d'émerger (Barlow, 2002). Beck (1976) propose que la présence de la dépression résulte de la vulnérabilité de la personne laquelle serait composée de schémas dysfonctionnels. Ces schémas seraient construits par des comportements, des pensées et des humeurs (Persons *et al.*, 2004). Greenberger et Padesky (2004) font interagir cinq aspects des expériences de vie entre eux : les pensées, les humeurs, les comportements, les réactions physiques et le milieu. Les résultats de la présente étude suggèrent la présence de symptômes d'anxiété et de dépression résultant d'influences motivationnelles. À notre connaissance, aucune étude réalisée jusqu'à présent n'a spécifiquement cherché l'existence d'association entre la motivation et la dépression et l'anxiété dans le contexte de la ménopause. Les résultats du présent projet constituent une contribution originale à ce sujet.

Résultats non significatifs

Absence d'association entre la rémanence et les formes autonomes de motivation globale

Les résultats du présent projet ont révélé des associations systématiques entre la rémanence et les trois formes non autodéterminées de motivation globale. En revanche, les associations négatives prévues entre la rémanence et les trois formes autonomes de motivation globale n'ont pas été confortées. Il est d'abord possible que ces résultats non significatifs représentent la réalité. Si c'est le cas, cela suggère que l'impact de la rémanence sur la motivation globale procède par une augmentation de régulation du comportement de nature contrôlée, plutôt que par une érosion des formes de motivation autodéterminée. De façon alternative, il est aussi possible que ces résultats non significatifs soient le reflet de difficultés méthodologiques. Par exemple, il est permis de constater que la moyenne des formes autonomes de motivation globale est très élevée. C'est possible que cela ait créé un effet de plafond qui ait empêché l'évaluation d'associations significatives impliquant ces variables. Il serait utile de chercher à éclaircir cette ambiguïté lors d'études futures.

Absence d'association entre cinq formes de motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux

D'une part, que ce soit sur le plan des corrélations ou des analyses de régression, aucun résultat significatif n'a été détecté entre les formes autonomes de motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux. Tel qu'expliqué au paragraphe précédent, il est d'abord possible que ce résultat imprévu reflète la réalité. Si c'est le cas, ces résultats suggèrent que les formes autonomes de motivation globale ne protègent pas contre les symptômes dépressifs et anxieux (puisque une association négative était prévue). De façon, alternative, tout comme dans le cas des associations avec la rémanence, il est possible que ces résultats non

significatifs résultent d'un effet de plafond. Ici encore, il serait nécessaire de faire des études futures pour trancher ce dilemme.

D'autre part, bien que plusieurs corrélations aient été obtenues entre les formes non autodéterminées de motivation globale et les symptômes dépressifs et anxieux, seule la motivation globale par régulation externe offre une contribution significative selon les résultats de l'analyse acheminatoire. Il est plausible d'envisager que ces résultats non significatifs soient le reflet des corrélations des formes non autonomes de motivation globale entre elles. En effet, les coefficients de régression multiple représentent l'association unique de chaque variable indépendante avec la variable dépendante, une fois que l'influence des autres variables indépendantes est contrôlée (Tabacknick & Fidell, 2007).

Absence d'association entre la rémanence, les motivations contextuelles et les symptômes dépressifs et anxieux

À part quelques résultats sporadiques difficiles à interpréter et quelques associations plus systématiques impliquant les motivations contextuelles aux relations amicales et à la motivation de couple, les associations entre les symptômes de la ménopause, la rémanence, les symptômes dépressifs et anxieux, d'une part, et les motivations contextuelles, d'autre part, étaient massivement non significatives. De plus, l'amplitude de la grande majorité de ces corrélations était très petite, ce qui élimine la possibilité que ces effets non significatifs soient causés par un déficit de puissance statistique. Ces résultats sont troublants. Au plan conceptuel, il est logique de s'attendre à ce que les symptômes de ménopause et la rémanence affectent les motivations contextuelles, et que celles-ci en retour agissent sur les symptômes dépressifs et anxieux. Comment expliquer l'absence d'effets en ce sens?

D'abord, bien que ce soit surprenant, il est possible que cela reflète la réalité. Si cette absence de résultats était répliquée ultérieurement lors d'études plus

sophistiquées (p. ex. : lors d'études longitudinales impliquant des mesures plus élaborées de motivations contextuelles), cela signifierait que les symptômes de la ménopause et la rémanence manifestent leur effet néfaste au niveau motivationnel global. Cette éventualité s'harmoniserait bien avec l'effet unilatéral de la motivation globale sur les motivations contextuelles obtenu dans le cadre de ce projet.

Il est toutefois aussi possible que l'absence de résultats impliquant les motivations contextuelles s'explique par des difficultés méthodologiques (p. ex. : une baisse d'intérêt chez les participants dû au caractère répétitif des mesures de motivations contextuelles). Il serait utile de chercher à mieux comprendre l'origine de l'absence d'effet associée aux motivations contextuelles lors d'études futures.

Absence d'association impliquant la motivation situationnelle

Aucune des hypothèses relatives à la motivation situationnelle n'a été corroborée. Dans ce cas-ci, il est a posteriori plausible d'envisager que cette absence de résultat s'explique par l'absence de cible précise pour ce niveau de motivation. Les études antérieures sur les relations réciproques entre les motivations contextuelles et situationnelles ont évalué ces dynamiques motivationnelles à des niveaux de généralité différents, mais en visant des cibles de même nature. Ainsi, les études en contexte athlétique ont identifié des associations entre la motivation sportive contextuelle et la motivation situationnelle envers des tâches sportives spécifiques (Blanchard *et al.*, 2007; Lavigne *et al.*, 2009). L'étude similaire réalisée dans le domaine de l'éducation (Lavigne & Vallerand, 2010) s'est intéressée aux associations entre la motivation contextuelle envers les sciences et la motivation situationnelle envers des activités scientifiques spécifiques. Dans le cadre du présent projet, la motivation situationnelle a été opérationnalisée selon un angle temporel (« Votre motivation aujourd'hui »). Il est possible que cette approche ait généré des résultats présentant

des fluctuations trop idiosyncrasiques pour être associées aux autres variables motivationnelles, ainsi qu'aux autres variables du projet.

Limites méthodologiques

L'élaboration et la réalisation de cette recherche ont fait l'objet de décisions méthodologiques lui conférant certaines limites. La principale d'entre elles est relative au devis de recherche. En effet, la nature corrélationnelle du devis ne permet pas d'interpréter sans équivoque la direction des relations de cause à effet entre les variables considérées dans ce projet. De plus, les données recueillies auraient pu être influencées par la nature rétrospective de l'information obtenue puisqu'il est possible que les souvenirs des participantes se soient transformés avec le temps. Finalement, les résultats auraient bénéficié d'une plus grande robustesse avec un échantillon plus important et diversifié.

En raison de ces limites, il est important de reconnaître que le présent projet est exploratoire et que les résultats obtenus sont de nature préliminaire. Il serait important de répliquer ces résultats lors d'études futures afin de procéder à leur validation croisée.

Il serait particulièrement intéressant d'examiner le rôle joué par les différences culturelles dans le vécu de la ménopause. En effet, en 2030, la proportion des femmes ménopausées vivant dans les pays industrialisés diminuera à 24 % contre 76 % pour les régions en développement, particulièrement en Chine. Nous retrouvons des disparités mondiales et elles sont expliquées, dans les études, par les différences génétiques, le régime alimentaire, le mode de vie, les diverses attitudes sociales, culturelles, les conditions urbaines versus régionales et l'éducation. Les femmes Japonaises, Écossaises et Mayas seraient moins affectées par les symptômes de la ménopause que les Thaïlandaises et les Grecques (Groupe scientifique de l'OMS, 1994; Le Réseau canadien pour la santé des femmes, 2006). Certaines recherches montrent que les variables démographiques et

socioéconomiques joueraient un rôle dans l'expérience de la ménopause et que le pays de résidence serait associé significativement à un certain nombre de symptômes (Groupe scientifique de l'OMS, 1994; Le Réseau canadien pour la santé des femmes, 2006; Obermeyer & Mievvert, 2007). Comme exemple de différence, dans la recherche de Shea, 2006, les Chinoises qui ont participé à l'étude ne percevaient pas la ménopause ou la fin des menstruations comme un facteur important dans leur vie. Les mots *Könenki* (les épaules rigides, mal de dos, mal de tête) et *Gengnianqi* (transition de la vie reproductive à non reproductive) sont deux expressions chinoises définissant des aspects de la ménopause perçue en Amérique. Sur le plan politique, certaines nations ne permettent pas ou découragent l'expression de symptômes. Depuis le jeune âge, il est enseigné aux Chinoises de contrôler et de gérer leurs émotions négatives jusqu'à ce qu'elles diminuent. Les femmes sont tenues de s'investir au bien-être de la famille et de ne pas drainer les ressources de l'état (Shea, 2006).

Études futures

L'observation des résultats nous présente des directions intéressantes de l'impact des symptômes de la ménopause menant aux symptômes anxieux et dépressifs. Il serait souhaitable de procéder à de nouvelles études afin de corroborer ou infirmer les résultats obtenus dans cette étude.

Une étude longitudinale apporterait des précisions particulièrement intéressantes. En effet, la prise de données séquentielles permettrait de confirmer l'évolution des symptômes dans les phases climatères et l'évolution concomitante possible des mécanismes de rémanence et de dynamiques motivationnelle. Il serait aussi intéressant d'examiner l'influence de nouvelles variables, telles le rôle de protection du soutien social ou la connaissance générale du phénomène de la ménopause par les femmes ainsi que par les cliniciens.

Retombées cliniques

Le présent projet constitue un examen préliminaire d'une question de recherche novatrice impliquant, au plan conceptuel, un arrimage original et inusité de variables empruntées aux domaines de la psychologie de la santé, de la psychologie cognitive, de la psychologie sociale et de la psychopathologie. En dépit de sa nature exploratoire, cette recherche a permis de comprendre davantage le rôle de nouvelles variables psychologiques (la rémanence et la motivation) associées à la dépression et à l'anxiété pendant la ménopause.

Cette période de la vie des femmes apporte des réalités non coutumières par le changement des rôles qu'elles sont appelées à assumer. En dépit des facteurs sociaux (p. ex. : la retraite) et familiaux (p. ex. : le départ des enfants et l'arrivée des petits enfants), certaines femmes se questionnent sur leur santé mentale et prennent l'initiative de consulter pour comprendre les malaises qu'elles vivent. Cette expérience peut être remplie de doutes causés par l'intensité, la durée et la fréquence des symptômes reliés au processus menant à la ménopause. Malgré les examens médicaux négatifs et les opinions des pairs, elles chercheraient à se rassurer.

Le discours le plus susceptible d'être entendu en processus thérapeutique concerne les inconforts physiques et les manifestations psychologiques. Les femmes ménopausées constatent ces changements mais elles ont parfois de la difficulté à interpréter l'état de leur situation. Elles souhaitent aussi fréquemment retrouver l'énergie et le bien-être d'avant.

Les thérapeutes traitant cette clientèle rencontreront les multiples visages des impacts de la péri ménopause sur la qualité de vie de ces femmes. Le discours de détresse pourrait s'exprimer en évoquant par exemple : de la fatigue, les bouffées de chaleur, l'irritabilité, les changements de l'humeur, une diminution de l'appétit sexuel et de l'impact sur leur relation de couple ainsi que les changements de leur image corporelle. Une femme pourrait aussi exprimer être déprimée, épuisée ou

incapable de négocier les problèmes habituels comme auparavant, vivre de l'insomnie ou une perte de rétention mnésique.

Dans le doute et la recherche de sens, les clientes sont susceptibles d'être anxieuses par manque d'information concernant leurs symptômes de la ménopause. Elles peuvent aussi se questionner sur les aspects normaux et anormaux de cette transition. L'insomnie, l'irritabilité et les inquiétudes sont souvent attribuées à des agents stressants dans les milieux de vie (travail, famille, obligations, etc.) et il peut arriver que les clientes ne comprennent pas pourquoi elles ont de la difficulté à se relever rapidement.

Si les études futures permettent de répliquer les résultats du présent projet, il serait possible d'en tirer des pistes d'intervention utiles spécifiques à la rémanence et aux dynamiques motivationnelles. Au plan de la rémanence, une attention particulière pourrait être portée sur la reconnaissance de son patron de cognitions qui sont réactivées par les stimuli (symptômes, contextes, etc.), les ruminations envahissantes et l'exploration des retombées du partage social pouvant être insatisfaisantes.

Au plan motivationnel, il est utile de considérer que le débalancement hormonal agit aussi sur l'énergie à déployer pour amorcer les changements nécessaires afin de maintenir une résilience à s'adapter et à relever les défis de la vie. L'évaluation du niveau de motivation de la cliente aux niveaux situationnel, contextuel et global pourrait s'avérer utile. En explorant les sphères contextuelles, le thérapeute sera en mesure de relever les facteurs communs à chacune des sphères d'activité et pourra insérer dans son plan d'intervention des stratégies graduées pour aider la cliente à mobiliser et régénérer ses ressources. La déconstruction des paradigmes fera place au nouveau modèle de référence pour diminuer la pression sur soi. L'expérience cumulée de réalisations malgré les défis de la vie quotidienne est aussi une source d'exemple de laquelle la cliente pourra s'inspirer. La normalisation et la validation en parcours thérapeutique lui

permettront de donner du sens et de s'approprier ses indices pour apprendre à régulariser ses choix dans le but de rétablir sa qualité de vie. Dans certains cas, le thérapeute pourrait intervenir sur des aspects de la personnalité et aider la cliente à améliorer son autonomie, son affirmation de soi et sa confiance. De plus, en se reconnaissant davantage dans cette nouvelle réalité, elle sera en mesure d'ajuster par elle-même les variations de ses environnements, augmentant ainsi son autonomie.

De façon plus concrète, il serait suggéré en thérapie d'explorer les symptômes, les stratégies habituellement utilisées et leur degré d'efficacité; vérifier leur connaissance sur la ménopause ainsi que l'expérience connue de la phase ménopausique de leur mère et de leurs sœurs de chacun des parents; relever des échantillons de l'expérience émotionnelle dans différents contextes et environnements de la vie; inventorier les ruminations (les images, les pensées ou des dialogues intérieurs surgissant spontanément suite à l'évènement émotionnel); cerner les stimuli déclencheurs (l'expérience émotionnelle dormante qui se réactive); s'intéresser aux impacts désagréables du partage social (les amies, la famille, le conjoint, etc.). Dans la même foulée, lister le niveau de plaisir respectif, les aspects instrumentaux et l'absence de motivation perçus par la cliente pour chacune des activités habituellement pratiquées. Poursuivre avec les formes de motivation à différents niveaux de généralité soit situationnelle, contextuelle et globale pour déterminer le niveau de régulation du comportement. Par la suite, il sera possible au psychologue de cerner les éléments sur lesquels l'intervention se déroulera afin de modifier et diminuer les symptômes pour éviter le dérapage vers une problématique anxieuse ou dépressive. Certaines balises deviendront des marqueurs en parcours thérapeutique pour noter l'évolution des indices thérapeutiques relevés à l'origine.

Cette nouvelle réalité, validée et en processus d'acceptation, sera adressée en thérapie et permettra aux femmes de maintenir un concept de soi positif en

permettant l'ajustement de son mode de vie à l'émergence des symptômes. Ainsi, la cliente pourrait redonner un nouveau sens à sa vie et redéfinir ses valeurs personnelles qui étayeront son équilibre dans son processus de vieillissement. Sa confiance ainsi confirmée lui donnerait un sentiment de contrôle sur soi dans ses différents environnements. La quiétude retrouvée, la femme sera plus encline à accepter les symptômes et à appliquer les choix d'intervention qui lui siéront le mieux.

Références

- Aaker, J., Drolet, A., & Griffin, D. (2008). Recalling mixed emotions. *Journal of Consumer Research*, 35(2), 268-278.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, May 9, 2011.
- Aloysi, A., Van Dyk, K., & Sano, M. (2006). Women's cognitive and affective health and neuropsychiatry. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(7), 967-975.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Washington: DC: APA.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2007). *Les troubles affectifs*. Récupéré en ligne le 10 mars 2008 à <http://www.acsm-ca.qc.ca/maladies-mentales>.
- Avis, E. N. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 97-100.
- Avis, N. E., Crawford, S., Stellato, R., & Longcope, C. (2001). Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through

- menopause. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 4(3), 243-9.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). The relation of intrinsic need satisfaction to performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders; The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Oxford, Angleterre: International Universities Press.
- Beck, A. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. Dans A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*, (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 2(4), 345-356.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory. Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory. Manual*. New York: The Psychological Corporation.

- Bieling, P. J., & Segal, Z. V. (2004). Cognitive models and issues in depression. Dans M. Power (Ed.), *Mood Disorders; A Handbook of Science and Practice* (pp. 47-60). Chichester, Angleterre: Wiley.
- Birkhäuser, M. (2002). Depression, menopause and oestrogens: is there a correlation? *Maturitas*, *41(1)*, 3-8.
- Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Vallerand, R. J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue Québécoise de Psychologie*, *14*.
- Blais, M. R., Lachance, L., & Richer, S. (1992). A motivational model of job burnout: Cross-sectional and longitudinal tests via LISREL. Communication présentée à la 2^e conférence de l'*American Psychological Association*. Washington, DC.
- Blais, M. R., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R. J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1021-1031.
- Blanchard, C. M., Mask, L., Vallerand, R. J., de la Sablonnière, R., & Provencher, P. (2007). Reciprocal relationships between contextual and situational motivation in a sport setting. *Psychology of Sport and Exercise*, *8(5)*, 854-873.

- Boislard-Pépin, M. A., Green-Demers, I., Pelletier, L. G., Chartrand, J., & Séguin, C. (2002). L'impact du partenaire sur la compétence, la motivation et la satisfaction sexuelles. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*, 105-121.
- Bromberger, J. T., Howard, M. K., Hsiao-Lan, W., Brown, C., Youk, A. O., Cordal, A., Powell, L. H., & Matthews, K. (2005). History of depression and women's current health and functioning during midlife. *General Hospital Psychiatry, 27*, 200-208.
- Bosworth, H. B. (2004). Depression increases in women during early to late menopause but decreases after menopause. *Evidence-Based Mental Health, 7*(3), 90.
- Bosworth, H. B., Bastien, L. A., Rimer, B. K., & Siegler, I. C. (2003). Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Women's Health Issues 13*, 32-38.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 113-124.
- Buchanan, G., & Seligman, M. (1995). *Explanatory Style*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Burns, M., & Seligman, M. (1991). Explanatory style, helplessness, and depression. Dans C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social*

and Clinical Psychology: The Health Perspective (pp. 267-284). Elmsford, NY: Pergamon Press.

- Burton, K. D., Lydon, J. E., D'Alessandro, D. U., & Koestner, R. (2006). The differential effects of intrinsic and identified motivation on well-being and performance: prospective, experimental, and implicit approaches to self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(4), 750-762.
- Calmes, C. A. (2009). The relationship between co-rumination, relationship satisfaction, and emotional distress. *Dissertation Abstracts International, US: Proquest Information & Learning, 69*(8-B), 5014.
- Chang, C., & Chang, C. C. (1998). Medicalization of women's health-menopause/climacteric as an example. *Journal of Women and Gender Studies, 9*, 185.
- Chrisler, J. C. (2004). From menarche to menopause: The female body in feminist therapy. Dans P. S. Derry (Ed.), *Women & Therapy: Coping with Distress during Perimenopause*. Philadelphia, PA: The Haworth Press.
- Christophe, V., & Rimé, B. (2007). The social sharing of emotion as interface between individual and collective processes in the construction of emotional climates. *Journal of Social Issues, 63*(2), 207-322.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion, 7*(3), 555-565.

- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issue in the study and application of social support. Dans S. Cohen & S. L. Syme (Eds), *Social Support and Health*, (pp. 3-22). Academic Press Inc., Orlando.
- Cohen, L. S., Soares, C. N., & Joffe H. (2005). Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *American Journal of Medicine, 118*, 93-97.
- Davidson, S. T. (2005). Oestrogen blues. *Scientific American Mind, 16*(5), 10.
- Deci, E. L., La Guardia, J. G., Moller, A. C., Scheiner, M. J., & Ryan, R. M. (2006). On the benefits of giving as well as receiving autonomy support: mutuality in close friendships. *The Society for Personality and Social Psychology, 32*(3), 313-327.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern bloc country: A cross-cultural

- study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(8), 930-942.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macro-theory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13, 389-398.
- Demers, S. (2008). *Hormones au féminin : repensez votre santé*. Montréal, Québec : Les Éditions de l'Homme.
- Derry, P. S. (2004). Coping with distress during perimenopause. *Women & Therapy*, 27(3-4), 165-177.
- Elsabagh, S., Hartley, D. E., & File, S. E. (2007). Cognitive function in late versus early postmenopausal stage. *Maturitas*, 56(1), 84-93.
- Émond, C., Gagnon, V., & Green-Demers, I. (2007). Comparaison des stratégies d'adaptation de rumination et de distraction chez des adolescents et des adultes dépressifs. *Psychologie Canadienne*, 48(2a), 222.
- English, J. B. (2002). Subjective sleep quality and dream type in perimenopausal women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(4-B), 1783.

- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (2000). The dynamics of a stressful encounter. Dans E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Motivational Science: Social and Personality Perspectives* (pp. 111-127). New York, NY: Psychology Press.
- Foster, H., & Viney, L. L. (2006). Menopause: The start of change. Dans P. Caputi, H. Foster & L. L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychology: New Ideas* (pp. 229-239). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B., & Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, *61*(1), 62-70.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, *26*, 331-362.
- Gagné, M., Koestner, R., & Zuckerman, M. (2000). Facilitating the acceptance of organizational change: The importance of self-determination. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*, 1843-1852.
- Gagné, M., Ryan, R. M., & Bargmann, K. (2003). Autonomy support need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology*, *15*(4), 372-390.

- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach. Dans M. Power (Ed.), *Mood Disorders; A Handbook of Science and Practice* (pp. 99-133). Chichester, Angleterre: Wiley.
- Gillet, N., Vallerand, R. J., Amoura, S., & Bables, B. (2010). Influence of coaches 'autonomy support on athletes' motivation and sport performance: A test of the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychology of Sport and Exercise, 11*(2), 155-161.
- Girgus, J. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2006). Cognition and depression. Dans L. M. Corey & S. H. Goodman (Eds.), *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences* (pp. 147-175). New York: Cambridge University Press.
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*(1-2), 111-120.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (2004). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive, un guide pratique*. Mont-Royal, Québec : Décarie Éditeur.
- Greenblum, C. M. (2010). *Women in perimenopause and menopause: stress, coping and quality of life* (Dissertation). USA: University of Florida.
- Green-Demers, I., Pelletier, L., & Ménard, S. (1997). The impact of behavioural difficulty on the saliency of the association between self-determined

motivation and environmental behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(3), 157-166.

Green-Demers, I., Séguin, C., Chartrand, J., & Pelletier, L. G. (2002). On the benefits of sexual self-determination: Toward a multidimensional model of sexual motivation. Communication présentée au Congrès annuel de la *Society for Personality and Social Psychology*. Savannah, Georgia, USA.

Groupe scientifique de l'OMS. (1994). Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 : rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève, Switzerland. Récupéré du site http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_fre.pdf

Guay, F., Mageau, G. A., & Vallerand, R. J. (2003). On the hierarchical structure of self-determined motivation: A test of top-down, bottom-up, reciprocal, and horizontal effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), 992-1004.

Guay, F., Vallerand, R. J., & Blanchard, C. (2000). On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: The situational motivation scale. *Motivation and Emotion*, 24, 175-213.

Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2007). Advances in self-determination theory research in sport and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 597-599.

- Hall, L., Callister, L. C., Berry, J. A., & Matsumura, G. (2007). Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing, 25*(2), 106-118.
- Halvari, A. E. M., & Halvari, H. (2006). Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion, 30*, 295-306.
- Hatzenbuehler, M., Nolen-Hoeksema, S., & Dovidio, J. (2009). How does stigma “get under the skin”? The mediating role of emotion regulation. *Psychological Science, 20*(10), 1282-1289.
- Heinemann, L., Potthoff, P., & Schneider, H. (2003). International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health and Quality of Life Outcomes, 28*(1), 1-4.
- Hill, E., & Sibthorp, J. (2006). Autonomy support at diabetes camp: A self-determination theory approach to therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal, 40*, 107-125.
- Holloway, D. (2011). An overview of the menopause: assessment and management. *Nursing Standard, 25* (30), 47-57.
- Hong, R. H. (2006). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 277-290.

- Howell, H. B., Castle, D., & Yonders, K. A. (2006). Anxiety disorders in women. Dans D. J. Castle, J. Kulkarni & K. M. Abel (Eds.), *Mood and Anxiety Disorders in Women* (pp. 59-74). New York: Cambridge University Press.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: the Menopause Representations Questionnaire (MRQ). *Psychology, Health, & Medicine*, 6, 65-76.
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2), 261-274.
- Izard, C. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561-565.
- Jong-Ling F., Shuu-Jiun, W., Shin-Jung, L., Shiang-Ru, L., & Kai-Dih, J. (2006). A longitudinal study of cognition change during early menopausal transition in a rural community. *Maturitas: The European Menopause Journal*, 53, 447-453.
- Jourard, S. M., (1971). *La transparence de soi*. Sainte-Foy, QC : Les Éditions Saint-Yves Inc.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.

- Kittell, L. A., Mansfield, P. K., Morse, J. M., & Voda, A. M. (1997). What perimenopausal women think about using hormones during menopause. *Women & Health, 30(4)*, 77-91
- Knee, C. R., Patrick, H., Vietor, N. A., Nanayakkara, A., & Neighbors, C. (2002). Self-determination as growth motivation in romantic relationships. *Society for Personality and Social Psychology, 28(5)*, 609-619.
- Kramer, J., Yaffe, K., Lengsfelder, J., & Delis, D. (2003). Age and gender interactions on verbal memory performance. *Journal of the International Neuropsychological Society, 9(1)*, 97-102.
- Kurpius, S. E. R., Nicpon, M. F., & Maresh, S. E. (2001). Mood, marriage, and menopause. *Journal of Counseling Psychology, 48(1)*, 77-84.
- La société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2006). *Guide sur la ménopause*. Document d'accompagnement du Rapport de consensus sur la ménopause 2006 de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Récupérer le 20 mai 2012 sur le site <http://www.sogc.org/health/pdf/menopause-for-public-f.pdf>
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J. M. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Lane, J. D., & Wegner, D. M. (1995). The cognitive consequences of secrecy. *Journal of Personality and Social Psychology, 2*, 237-253.

- Larson, C. L., Nitschke, J. B., & Davidson, R. J. (2007). Common and distinct patterns of affective response in dimensions of anxiety and depression. *Emotion, 7*(1), 182-191.
- Lavigne, G., & Vallerand, R. J. (2010). The dynamic processes of influence between contextual and situational motivation: A test of the Hierarchical Model in a science education setting. *Journal of Applied Social Psychology, 40*, 2343-2359.
- Lavigne, G. L., Hauw, N., Vallerand, R. J., Brunel, P., Blanchard, C., Cadorette, I., & Angot, C. (2009). On the dynamic relationships between contextual (or general) and situational (or state) motivation toward exercise and physical activity: A longitudinal test of the top-down and bottom-up hypothesis. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 7*(2), 147-168.
- Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). (2006). Récupéré du site <http://www.cwhn.ca/fr/apropos>
- LeDoux, J. (1992). Emotion and the amygdala. Dans J. P. Aggleton (Ed), *The amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction* (pp. 339-351). New York, NY: Wiley-Liss.
- Legault, L., Green-Demers, I., Grant, P., & Chung, J. (2007). On the self-regulation of implicit and explicit prejudice: A self-determination theory perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(5), 732-749.

- Lerner, M. A., Morra, A., Moineddin, R., Manson, J., Blake, J., & Tierney, M. (2011). Somatic and affective anxiety symptoms and menopausal hot flashes. *Menopause, 18*(2), 129-132.
- Lévesque, M., Blais, M. R., & Hess, U. (2004a). Motivation, comportements organisationnels discrétionnaires et le bien-être en milieu Africain : quand le devoir oblige? *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 36*, 321-332.
- Lévesque, M., Blais, M. R., & Hess, U. (2004b). Dynamique motivationnelle de l'épuisement et du bien-être chez des enseignants africains. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 36*, 190-201.
- Mandler, G. (1999). Emotion. Dans B. M. Bly & D. E. Rumelhart (Eds.), *Cognitive Science* (pp. 367-384). San Diego, CA: Academic Press.
- Marnocha, S. K., Bergstrom, M., & Dempsey, L. F. (2011). The lived experience of perimenopause and menopause. *Contemporary Nurse, 37*(2), 229-240.
- Marroquin, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review, 31*(8), 1276-1290.
- Mcgonagle, K. (2005). Perimenopause and mood: Women's reports of emotional experiences during the perimenopausal transition. *Dissertation abstracts international: Section G: The sciences and engineering, 66*(5-B), 2832.

- McKinlay, J. B., & McKinlay, S. J. (1987). Depression in middle-aged women: Social circumstances versus oestrogen deficiency. Dans R. Walsh (Ed.), *The Psychology of the Women*. New Haven, CT: Yale University Press.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3).
- Miller, W., & Seligman, M. E. P. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238.
- Miranda, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour research and Therapy*, 45(12), 3088-3095.
- Mishra, G., & Kuh, D. (2006). Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Science & Medicine*, 62, 93-102.
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1957-1965.
- Niederhoffer, K. G., & Pennebaker, J. W. (2002). Sharing one's story: On the benefits of writing or talking about emotional experience. Dans C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 573-583). New York: Oxford University Press.

- Niederhoffer, K. G., & Pennebaker, J. W. (2009). Sharing one's story: On the benefits of writing or talking about emotional experience. Dans S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (2^e ed.), (pp. 621-632). New York: Oxford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The other end of the continuum: The costs of rumination. *Psychological Inquiry, 9*(3), 216-219.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51*(6), 704-708.
- Nolen-Hoeksema, S., & Corte, C. (2004). *Gender and self-regulation. Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Dans Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (Eds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, (pp. 411-421). New York, NY: Guilford Press.

- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16(4)*, 391-403.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25(1)*, 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S., & Keita, G. P. (2003). Women and Depression: Introduction. *Psychology of Women Quarterly, 27(2)*, 89-90.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Explaining the gender difference in depressive symptoms, 77(5)*. 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116(1)*, 198-207.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3(5)*, 400-424.
- Nosek, M., Kennedy, H., Beyene, Y., Taylor, D., Gilliss, C., & Lee, Kathryn (2010). The effects of perceived stress and attitudes toward menopause and aging on symptoms of menopause. *Journal of Midwifery & Women's Health, 55(4)*, 328-334.

- Obermeyer, C. M., & Sievert, L. L. (2007). Cross-cultural comparisons: midlife, aging, and menopause. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, *14*(4), 663-667.
- O'Mahen, H. A., Flynn, H. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Rumination and interpersonal functioning in perinatal depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(6), 646-667.
- Pacchierotti, C., Castrogiovanni, A., Cavicchioli, A., Luisi, S., Morgante, G., De Leo, V., Peetraglia, F., & Castrogiovanni P. (2004). Panic disorder in menopause: a case control study. *Maturitas*, *48*(2), 147-153.
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfilment in relationship functioning and well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(3), 434-457.
- Pearlstein, T. B., (1995). Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. *173* (2), 646-653.
- Pelletier, L. G., Tuson, K., & Haddad, N. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, *68*(2), 414-435.
- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale : les relations entre la motivation pour la

- pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27(2), 140-156.
- Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1996). Vers une conceptualisation multidimensionnelle du loisir : Construction et validation de l'Échelle de Motivation vis-à-vis des Loisirs (EML). *Loisir et Société*, 19, 559-585.
- Pennebaker, J. W. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science & Medicine*, 26(3), 327-332.
- Pennebaker, J. W. (1995). *Emotion, Disclosure, & Health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York, NY: Guilford Press.
- Pennebaker, J. W. (1998). *Confiding traumatic experiences and health. Handbook of life stress, cognition and health*. Dans S. Fisher, J. Reason (Eds). *Handbook of life stress, cognition and health*, (pp. 669-682). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Pennebaker, J. W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(1), 9-18.

- Pennebaker, J. W. (2003). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. Dans P. Salovey & A. J. Rothman (Eds.), *Social Psychology of Health* (pp. 362-368). New York: Psychology Press.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, *51*(5), 577-589.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition & Emotion*, *10*(6), 601-626.
- Pennebaker, J. W., & Keough, K. A. (1999). *Revealing, organizing, and reorganizing the self in response to stress and emotion*. Dans R. J. Contrada & R. D. Ashmore (Eds), *Self, social identity, and physical health: Interdisciplinary explorations, Rutgers series on self and social identity*, (pp. 101-121). NY: Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2004). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. Dans R. M. Kowalski & M. R. Leary (Eds), *The Interface of Social and Clinical Psychology: Key Readings* (pp. 301-312). New York: Psychology Press.
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science Medicine*, *26* (3), 327-332.
- Pennebaker, J. W., Zech, E., & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: Psychological, social and health consequences. Dans M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.). *Handbook of Bereavement*

- Research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 417-543). Washington, DC: American Psychological Association.
- Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2004). *Essential Components of Cognitive-Behavior Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ratelle, C. F., Vallerand, R. J., Sénécal, C., & Provencher, P. (2005). The Relationship Between School-Leisure Conflict and Educational and Mental Health Indexes: A Motivational Analysis. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(9), 1800-1823.
- Reeve, J. (2002). Self-determination theory applied to educational settings. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan, *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 183-203). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Reeve, J. (2005). *Understanding Motivation and Emotion* (4th edition). Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Reeve, J. (2009). *Understanding Motivation and Emotion*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Rehman, H. U., & Masson, E. A. (2005). Neuroendocrinology of female aging. *Gender Medicine: Official Journal of the Partnership for Gender-Specific Medicine at Columbia University, 41*-56.

- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: the role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
- Richards, J. M., Beal, W. E., Seagal, J. D., & Pennebaker, J. W. (2000). Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 156-160.
- Rimé, B. (2000). Faut-il parler de ses émotions? *Sciences humaines*, 104, 16-20.
- Rimé, B. (2004). Émotion et mémoire : La rémanence des expériences émotionnelles. Dans IQRC (Eds.), *Cognition et émotions*. Universidade de Coimbra.
- Rimé, B. (2007). Interpersonal emotion regulation. Dans J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 466-485). New York: The Guilford Press.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., & Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. Dans W. Stroebe et M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (pp. 145-189). Chichester, Angleterre: Wiley.
- Rimé, B., & Herbette, G. (2003). L'impact des émotions : Approche cognitive et sociale. Dans J. M. Aletta & A. TcherKassof (Eds.), *Perspectives actuelles sur les émotions : cognitions, langage et développement* (pp. 69-84). Hayen, Belgique : Mardaga.

- Rimé, B., Herbert, G., & Corsini, S. (2004). The social sharing of emotion: Impact of emotional experiences on verbal expression and social communication. Dans I. Nyklicek, L. R. Temoskok & A. J. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression, Well-being, & Health* (pp. 29-39). New York: Psychology Press.
- Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P. & Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5, 435-465.
- Rimé, B., Noël, P., & Phillipot, P. (1991). Épisode émotionnel, réminiscences mentales et réminiscences sociales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 11, 93-104.
- Rimé, B., Phillipot, P., Boca, S., & Mesquita B. (1992). Long lasting cognitive and social consequences of emotion: social sharing and rumination. Dans Jr. W. Strebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of social Psychology* (pp. 225-258). Toronto, On: Wiley.
- Rosenberg, H. J., Rosenberg, S. D., Ernstoff, M. S., Wolford, G. L., Amdur, R. J., Elshamy, M. R., Bauer-Wu, S. M., Ahles, T. A., & Pennebaker, J. W. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), 37-53.

- Ryan, R. M., & Connell, J. R. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining relations for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 749-761.
- Ryan, R. M., Connell, J. R., & Grolnick, W. S. (1990). When achievement is not intrinsically motivated: A theory of self-regulation in school. Dans A. K. Boggiano & T. S. Pittman (Eds.), *Achievement and Motivation: A Social-Developmental Perspective*. NY: Cambridge University Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Sagsöz, N., Oguztürk, O., Bayram, M., & Kamaci, M. (2001). Anxiety and depression before and after the menopause. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 264*(4), 199-202.
- Sarin, S., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). The dangers of dwelling: An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion, 24*(1), 71-85.
- Schmidt, P. J. (2005). Mood, depression, and reproductive hormones in the menopausal transition. *The American Journal of Medicine, 118* (12B), 54S-58S.

- Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Haq, N., Rubinow, D. R., & Danaceau, M. A. (2004). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women Mental Health, 7*, 19-26.
- Seligman, M., Abramson, L., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1984). Depressive attributional style. *Southern Psychologist, 2*(1), 18-22.
- Service d'information en contraception et sexualité du Québec (SICSQ), <http://www.sicsq.org/menopause/menopause.htm>, récupéré le 20 mai 2012.
- Shea, J. L. (2006). Cross-cultural comparison of women's midlife symptom: a china study. *Culture, Medicine & Psychiatry, 30*(3), 3331-362.
- Sheldon, K. M., William, G., & Joiner, T. (2003). *Self-Determination Theory in the Clinic; Motivation Physical and Mental Health*. New Haven, NJ: Yale University Press.
- Sherman, S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American Journal of Medicine, 118* (12B), 2S-7S.
- Soares, C. N. (2005a). Gender and Psychiatry: Menopause and mood disturbance. *Psychiatric Times, 22*(1), 29-36.
- Soares, C. N. (2005b). Insomnia in women: An overlooked epidemic? *Archives of Women's Mental Health, 8*(4), 205-213.
- Soares, C. N., & Murray, B. J. (2006). Sleep disorders in women: clinical evidence and treatment strategies. *Psychiatric clinics of North America, 29*(4), 1095-1113.

- Société pour les troubles de l'humeur du Canada. (2007). *About Depression and Anxiety Disorders*. Récupéré en ligne le 10 mars 2008 du site <http://www.mooddisorderscanada.ca>.
- Spencer, A., Green-Demers, I., & Koestner, R. (2000). Interplay of the motivational and meta-emotional processes involved in the mental control of moods. *Canadian Psychology, 41*(2a), 121.
- Spielberger, C. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist, 2*(4), 6-16.
- Tabarhnik, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Thogerson-Ntoumani, C., & Ntoumanis, N. (2006). The role of self-determined motivation to the understanding of exercise-related behaviours, cognitions and physical self-evaluations. *Journal of Sports Sciences, 24*, 393-404.
- Thurston, R. C., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., & Sherwood, A. (2006). Association between hot flashes, sleep complaints, and psychological functioning among healthy menopausal women. *International Journal of Behavioral Medicine, 13*(2), 163-172.
- Torges, C. M., Stewart, A. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging, 23*(1), 169-180.

- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Urquijo, C. R., & Milan, A. (2012). *La population féminine*. Statistiques Canada. Données récupérées le 20 mai 2012 sur le site <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11475-fra.htm>
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Dans M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 271-360). New York: Academic Press.
- Vallerand, R. J., (2001). Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychological Inquiry*, 11(4), 312-318.
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21, 323-349.
- Vallerand, R., Fortier, M., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1161-1176.
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1991). Construction et validation de l'échelle de motivation pour les personnes âgées. *Journal International de Psychologie*, 26, 219-240.

- Vroom, V. H., & Deci, E. L. (1992). *Management and Motivation* (2^e ed.). London: Penguin.
- Warga, C. L. (1999). *Menopause and the mind: The complete guide to coping with memory loss, foggy thinking, verbal slips and other cognitive effects of perimenopause and menopause*. New York: The Free Press.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2000). Positive beliefs about rumination in depression: a replication and extension. *Personality and Individual Differences*, *39*(1), 73-82.
- Weiner, B., & Graham, S. (1999). Attribution in personality psychology. Dans L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 605-628). NY: Guilford Press.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*(1), 34-52.
- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(6), 1093-1104.
- Wegner, D. M., & Schneider, D. J. (2003). The white bear story. *Psychological Inquiry*, *14*(3-4), 326-329.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(6), 1559-1571.

- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91.
- Whitbourne, S. K., & Willis, S. L. (2006). Summary and future directions. Dans S. K. Whitbourne & S. L. Willis (Eds.), *The Baby Boomers Grow up: Contemporary Perspectives on Midlife*, (pp. 299-310). Mahwah, NJ: Earlbaum.
- Wilk, C. A., & Kirk, M. A. (1995). Menopause: a developmental stage, not a deficiency disease. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*(2), 233-241.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, E., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology, 25*, 91-101.
- Wilson, P. M., Blanchard, C. M., Nehl, E., & Baker, F. (2006). Predicting physical activity and outcome expectations in cancer survivors: An application of self-determination theory. *Psycho-Ontology, 15*, 567-578.
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The interaction of mood and rumination in depression: Effects on mood maintenance and mood-congruent autobiographical memory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 27*(3), 144-159.

- Woods, N. F. (2006). Entering menopause increases the risk of first episode depression. *Evidence Based Mental Health, 9*(4), 109.
- Woods, N. W., & Mitchell, E. S. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine, 118*(12B), 14S-24S.
- Woods, N., Mitchell, E., & Landis, C. (2005). Anxiety, hormonal changes, and vasomotor symptoms during the menopause transition. *Menopause, 12*(3), 242-245.
- Youngwhee, L., & Hwassoon, K. (2008). Relationships between menopausal symptoms, depression, and exercise in middle-aged women: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 1816-1822.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist 39*(2), 117-123.
- Zech, E., de Ree, F., Berenschot, F., & Stroebe, M. (2006). Depressive affect among health care seekers: How it is related to attachment style, emotional disclosure, and health complaints. *Psychology, Health, & Medicine, 11*, 7-19.
- Zech, E., & Rimé, B. (2005). Is talking about an emotional experience helpful? Effects on emotional recovery and perceived benefits. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(4), 270-287.

Zech, E., Rimé, B., & Pennebaker, J. W. (2007). The effects of emotional disclosure during bereavement. Dans M. Hewstone, H. A. W. Schut, J. B. F. De Wit, K., Van Den Bos & M. S. Stroebe (Eds.), *The Scope of Social Psychology: Theory and Applications* (pp. 277-292). New York: Psychology Press.

Annexe A
Questionnaire de recherche

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET MÉNOPAUSE

Information personnelle

Âge : _____ Langue maternelle : Français Anglais Autre : _____

Statut civil : Célibataire Mariée/union de fait Séparée/divorcée Veuve

Avez-vous des enfants? Non Oui Combien? _____

Éducation : primaire secondaire collégial universitaire

Emploi/occupation : _____

Revenu annuel familial (le vôtre et celui de votre conjoint s'il y a lieu) : _____

Habitudes de vie et antécédents familiaux

- Combien de boisson(s) contenant de la caféine (café, thé, cola) consommez-vous par jour? _____
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____
- Combien de boisson(s) alcoolisée(s) consommez-vous par semaine?
(1 consommation = 1 bière, 1 verre de vin de 4 oz, ou 1 oz d'alcool à 40%) _____
- Combien de fois faites-vous de l'exercice par semaine (marche, natation, etc.)? _____
- Combien de pilules pour dormir ou pour les nerfs prenez-vous par semaine? _____
- En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit? _____

(S.v.p. cochez le chiffre approprié.)

Jamais **Parfois** **Souvent**

- Est-ce que vous prenez le temps de manger trois repas par jour? ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Avez-vous une alimentation équilibrée? ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
- Avant le début de votre processus de votre ménopause, avez-vous déjà souffert...

... de dépression? Non Oui

... d'anxiété (phobies, panique, anxiété généralisée, etc.)? Non Oui

... d'un autre problème psychologique? Non Oui Lequel? _____

- Dans votre famille proche (parents, frères et sœurs), est-ce qu'il y a quelqu'un qui a déjà souffert...

... de dépression? Non Oui

... d'anxiété (phobies, panique, anxiété généralisée, etc.)? Non Oui

... d'un autre problème psychologique? Non Oui Lequel? _____

La ménopause et vous

- Quel était votre âge au début de la ménopause? _____ ans
- À quand remonte vos dernières menstruations? _____ mois
- Avant le début de la ménopause, est-ce qu'il vous arrivait de souffrir...
 - ... de menstruations douloureuses?
 - ... du syndrome pré-menstruel (changement d'humeur – tristesse, anxiété, irritabilité - avant ou pendant les règles)
- Quel était le niveau d'intensité de vos malaises?

Jamais Parfois Souvent

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Faible Moyen Élevé

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants?

	Aucun	Symptôme Léger	Symptôme Modéré	Symptôme Élevé
1. Bouffées de chaleur, périodes de transpiration	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
2. Inconfort au cœur (palpitations, battements irréguliers, oppression)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
3. Problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir, réveil fréquents, etc.)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
4. Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeurs)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
5. Irritabilité	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
6. Anxiété (sensation de nervosité, de stress, d'angoisse, de panique)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
7. Fatigue physique	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
8. Fatigue mentale (oublis, problèmes de mémoire, de concentration, etc.)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
9. Problèmes sexuels (faible désir, activité ou satisfaction sexuels)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
10. Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin fréquent d'uriner, incontinence)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
11. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou de brûlure du vagin, difficultés lors des rapports sexuels)	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
12. Gêne musculaire, douleurs aux articulations, rhumatismes	<input type="checkbox"/>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		

Veillez répondre aux questions suivantes.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
1. La ménopause a changé mon image personnelle (la façon dont je me vois).	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
2. Dans l'ensemble, j'ai l'impression de transiger assez bien avec la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
3. J'ai moins confiance en moi depuis la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
4. Je sais quoi faire pour m'aider lorsque j'ai des problèmes liés à la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
5. Je me sens plus épanouie qu'avant la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
6. La ménopause a changé la façon dont les autres me voient.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
7. Je suis plus émotive qu'avant la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
8. J'ai confiance que je peux gérer les changements provoqués par la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
9. Mes symptômes de ménopause vont s'améliorer avec le temps.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		
10. J'ai les ressources qu'il faut pour faire face à la ménopause.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦		

Pensées et paroles sur la ménopause

1. Au moment où vous avez des symptômes de ménopause, quelle est l'intensité de l'émotion que vous avez ressentie ?

Absence d'émotion

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

Émotion très forte

2. Maintenant, quand vous repensez à vos symptômes, quelle est l'intensité de l'émotion que vous ressentez ?

Absence d'émotion

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

Émotion très forte

3. Est-ce que certaines choses vous font penser à vos symptômes de ménopause ?

Jamais

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

Souvent

4. Quand vous repensez à vos symptômes de ménopause...

Pas du tout

Beaucoup

... est-ce que les images (pensées) que vous voyez dans votre tête sont claires ?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... à quel point est-ce que ces images (pensées) retiennent votre attention ?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... est-ce que ces images (pensées) vous préoccupent ?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... est-ce que vous cherchez à éliminer ces pensées (images) ?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

5. Est-ce qu'il vous arrive d'être incapable de cesser de penser à vos symptômes ?

Jamais

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

Souvent

6. Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous pensé à vos symptômes de ménopause ?

Jamais

○

1-2

○

3-4

○

5-6

○

7-8

○

9-10

○

Plus de 10

○

7. Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous parlé de votre ménopause avec vos proches ?

Jamais

○

1-2

○

3-4

○

5-6

○

7-8

○

9-10

○

Plus de 10

○

8. Au cours de la dernière semaine, à combien de personnes avez-vous parlé de vos symptômes de ménopause ?

Aucune

○

1

○

2

○

3

○

4

○

5

○

6 ou plus

○

Présentement...

... J'ai envie de parler de mes symptômes de ménopause.

Pas du tout

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

Beaucoup

... Je parle librement de mes émotions au sujet de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je dis à d'autres personnes comment je me sens au sujet de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je partage mes émotions au sujet de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je confie mes préoccupations au sujet de la ménopause à d'autres personnes.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je pense à quel point je me sens inconfortable à cause de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je passe beaucoup de temps à penser à mes symptômes de ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je pense : 'pourquoi est-ce à moi que ces problèmes arrivent' ?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je pense à quel point je me sens mal à cause de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

... Je m'isole et je pense à mes émotions négatives au sujet de la ménopause.

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

E) LES RELATIONS DE COUPLE (Si vous n'êtes pas présentement en relation de couple, s.v.p. passez à la section F.)

Pourquoi êtes-vous en relation de couple?

- | | Pas
du tout | | Moyen-
nement | | Tout
à fait | | |
|--|------------------------|---|--------------------------|---|------------------------|---|---|
| 1. Parce que c'est ce que je veux, cela m'apporte beaucoup. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 2. Parce que c'est un aspect important de ma vie. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 3. Parce que je me sentirais embarrassée si je n'étais pas en relation avec quelqu'un. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 4. Parce que je trouve cela agréable. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 5. Parce qu'il faut que j'ai quelqu'un dans ma vie. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 6. Je ne sais pas pourquoi; ma relation me semble dénuée de sens. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

F) LA SEXUALITÉ (Si vous n'êtes pas active sexuellement présentement, s.v.p. passez à la section suivante)

Pourquoi avez-vous des relations sexuelles?

- | | Pas
du tout | | Moyen-
nement | | Tout
à fait | | |
|--|------------------------|---|--------------------------|---|------------------------|---|---|
| 1. Parce que je trouve que c'est important. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 2. Parce que je suis une personne sociable. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 3. Parce que je me sentirais coupable si je ne le faisais pas. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 4. Parce que je trouve cela agréable. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 5. Parce qu'il faut que je le fasse. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 6. Je ne sais pas pourquoi; ces relations me semblent dénuées de sens. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

Votre motivation aujourd'hui

Qu'avez-vous fait aujourd'hui? _____

Pourquoi avez-vous fait cette activité?

- | | Pas
du tout | | Moyen-
nement | | Tout
à fait | | |
|---|------------------------|---|--------------------------|---|------------------------|---|---|
| 1. Parce que cette activité est importante à mes yeux. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 2. Je ne sais pas; je ne vois pas ce que cela me procure. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 3. Parce qu'il fallait que je la fasse. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 4. Parce que cette activité est vraiment plaisante. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 5. Parce que je m'identifie à cette activité. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 6. Parce que je me serais sentie coupable sinon. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

Votre motivation en général

**Habituellement, dans la vie,
je suis une personne qui fais les choses...**

- | | Pas
du tout | | Moyen-
nement | | Tout
à fait | | |
|---|------------------------|---|--------------------------|---|------------------------|---|---|
| 1. Pour ressentir des émotions agréables. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 2. Parce que je ne veux pas décevoir certaines personnes. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 3. Pour m'aider à devenir la personne que je voudrais être. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 4. Parce que je m'en voudrais si je ne les faisais pas. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 5. Parce que cela reflète l'essence de qui je suis. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| 6. Même si je ne vois pas ce que cela me rapporte. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

	Pas du tout	Moyennement	Tout à fait				
7. À cause du sentiment de bien-être que je ressens.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. Parce que je veux être vue de façon plus positive par certaines personnes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. Parce que je le choisis afin d'atteindre mes objectifs.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10. Parce qu'autrement je me sentirais coupable.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11. Quoique cela ne fasse pas de différence si je les fais ou non.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12. Pour les sensations agréables que je ressens.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13. Pour montrer aux autres ce dont je suis capable.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14. Parce que je le choisis pour atteindre ce que je désire.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15. Parce que je me force à le faire.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16. Même si je n'ai pas de bonnes raisons de les faire.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17. Parce que c'est une extension de moi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18. Pour les sentiments plaisants que j'éprouve.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19. Afin d'acquérir du prestige.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20. Parce que je choisis de m'investir dans ce qui est important pour moi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
21. Parce que je me sentirais coupable de ne pas les faire.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
22. Parce qu'en le faisant j'exprime mes valeurs les plus profondes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
23. Même si je crois que ça n'en vaut pas la peine.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
24. Parce que ça reflète ce que j'estime le plus dans la vie.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Êtes-vous anxieuse ?

Cochez la case appropriée pour indiquer la sévérité des symptômes ressentis au cours de la dernière semaine.

Symptômes	Aucun	Léger	Modéré	Élevé
1. Engourdissements				
2. Avoir chaud				
3. Jambes faibles				
4. Incapacité à relaxer				
5. Peur que le pire se produise				
6. Étourdissements				
7. Cœur qui bat trop vite				
8. Difficultés à garder l'équilibre				
9. Terreur				
10. Nervosité				
11. Sensation d'étouffer				
12. Tremblements des mains				
13. Tremblements de tout le corps				
14. Peur de perdre le contrôle				
15. Difficulté à respirer				
16. Peur de mourrir				
17. Peur				
18. Nausées ou maux de ventre				
19. Faiblesse				
20. Rougeurs au visage				
21. Transpiration abondante				

Comment vous sentez-vous ?

Cochez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des deux dernières semaines.
(Veuillez cocher UNE SEULE réponse par question.)

1. Tristesse

- Je ne me sens pas triste.
- Je me sens très souvent triste.
- Je suis tout le temps triste.
- Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme

- Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

- Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie d'être un(e) raté(e).
- J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4. Perte de plaisir

- J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement.
- Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement

5. Attitude critique envers soi

- Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
- Je me reproche tous mes défauts
- Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

6. Sentiment d'être puni(e)

- Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
- Je sens que je pourrais être puni(e).
- Je m'attends à être puni(e).
- J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi-même

- Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- J'ai perdu confiance en moi.
- Je suis déçu(e) par moi-même.
- Je ne m'aime pas du tout.

8. Sentiments de culpabilité

- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- Je me sens coupable la plupart du temps
- Je me sens tout le temps coupable

9. Pensées ou désirs de suicide

- Je ne pense pas du tout à me suicider
- Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- J'aimerais me suicider.
- Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

- Je ne pleure pas plus qu'avant.
- Je pleure plus qu'avant.
- Je pleure pour la moindre petite chose.
- Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt

- Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- Je pense être quelqu'un de valable.
- Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- Je me sens moins valable que les autres.
- Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15. Perte d'énergie

- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- J'ai moins d'énergie qu'avant.
- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modification dans les habitudes de sommeil

- Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

- Je dors un peu plus que d'habitude.
- Je dors un peu moins que d'habitude.

- Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- Je dors presque toute la journée.
- Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- Je suis plus irritable que d'habitude.
- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit

- Mon appétit n'a pas changé

- J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

- J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

- Je n'ai pas d'appétit du tout.
- J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.