

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE SOUTIEN SOCIAL ET L'ANXIÉTÉ : LES PRÉDICTEURS DE LA SANTÉ
MENTALE ET VALIDATION D'UN NOUVEL INSTRUMENT DE MESURE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
EDITH ST-JEAN-TRUDEL

JANVIER 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.01-2006). 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.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de la présente thèse a été possible grâce à une bourse de doctorat offerte par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) et par le Centre interuniversitaire de statistiques sociales (CIQSS) en collaboration avec Statistique Canada. Ce projet n'aurait toutefois pu voir le jour sans l'importante contribution de plusieurs personnes.

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement mon directeur de thèse Stéphane Guay qui, par son professionnalisme, ses compétences et ses qualités humaines, a su me guider et me motiver à travers toutes les étapes cruciales de ce projet. Je remercie également mon co-directeur, André Marchand, pour tous ses judicieux commentaires. J'aimerais également remercier Kieron O'Connor qui a été le premier à croire en mes capacités et qui m'a initié au monde de la recherche.

Merci à mes collègues et amies, Geneviève Paradis, Vanessa Germain, Mélissa Martin, Valérie Billette et Christiane Fortier pour le soutien moral. Merci également à Marie-Claude Pélissier qui m'a servi de modèle tout au long de ces années. Merci à mes amis Rachel et Mattieu qui avez su me faire rire et me distraire dans les périodes plus difficiles.

J'aimerais également remercier ma mère Louise et mon père Yves pour m'avoir transmis leur curiosité et pour m'avoir donné le goût du savoir. Finalement, merci à Sébastien pour le soutien moral et tangible, et sans qui, cette aventure n'aurait été possible.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE	1
1.1 L'anxiété et les troubles anxieux	2
1.2 Le soutien social	6
1.3 Mécanismes d'action du soutien social sur la santé	7
1.4 La détresse, le bien-être psychologique et le soutien social	13
1.5 Le soutien social et les différences entre les sexes	15
1.6 Les interactions sociales négatives et leur impact	17
1.7 L'évaluation du soutien social	18
1.8 Objectifs de la thèse.....	22
1.9 Contenu de la thèse.....	24
CHAPITRE II	
ARTICLE 1 – LES RELATIONS ENTRE LE SOUTIEN SOCIAL, LE BIEN-ÊTRE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES AVEC UN TROUBLE ANXIEUX : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE NATIONALE	26
Remerciements	28
Résumé	29
Abstract	30
Introduction	31
Méthodologie.....	31

	iv
Résultats	34
Discussion	35
Références	39
CHAPITRE III	
ARTICLE 2 – DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION D’UN QUESTIONNAIRE MESURANT LE SOUTIEN SOCIAL EN SITUATION D’ANXIÉTÉ AUPRÈS D’UNE POPULATION UNIVERSITAIRE.....	
	53
Résumé	55
Abstract	56
Introduction	57
Méthodologie.....	59
Résultats	64
Discussion	67
Références	70
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	
	79
4.1 Résultats généraux des deux articles de thèse	80
4.2 Contributions théoriques.....	85
4.3 Considérations méthodologiques.....	90
4.4 Pistes de recherches futures	94
4.5 Implications cliniques.....	97
4.6 Conclusion générale	98
APPENDICE A	
ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2 – SANTÉ ET BIEN-ÊTRE - ÉCHELLE DE MESURE DES MANIFESTATIONS DE BIEN- ÊTRE PSYCHOLOGIQUE.....	
	100
APPENDICE B	
ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2 – SANTÉ ET BIEN-ÊTRE -DÉTRESSE.....	
	108

APPENDICE C	
ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2 – SANTÉ ET BIEN-ÊTRE -SOUTIEN SOCIAL.....	113
APPENDICE D	
RÉSUMÉE DE LA SOLLICITATION ORALE	120
APPENDICE E	
QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN EN SITUATION D’ANXIÉTÉ	123
APPENDICE F	
ÉCHELLE DE PROVISIONS SOCIALES	128
APPENDICE G	
QUESTIONNAIRE SUR LE SOUTIEN PERÇU	131
APPENDICE H	
INVENTAIRE D’ANXIÉTÉ DE BECK	134
APPENDICE I	
QUESTIONNAIRE D’ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT ACTUEL.....	137
APPENDICE J	
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MENTALE.....	140
APPENDICE K	
ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L’ÉDITEUR.....	143
RÉFÉRENCES GÉNÉRALES (Contexte théorique et Discussion générale).....	146

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE I

Figure 1	Modèle de l'atténuation du stress	9
Figure 2	Mécanismes d'action du soutien social reçu selon la théorie de l'accouplement optimal	11
Figure 3	Mécanismes d'action de la perception de disponibilité du soutien social	11

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE I (INTRODUCTION GÉNÉRALE)

Tableau 1	Mesures du soutien social perçu	20
-----------	---------------------------------------	----

CHAPITRE II (ARTICLE 1)

Tableau 1	Comparaisons des variables dépendantes et des prédicteurs chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux	46
Tableau 2	Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre les prédicteurs et les variables potentiellement confondantes avec le bien-être psychologique et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux.....	48
Tableau 3	Résumé d'analyse de régression pour le bien-être psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux.....	50
Tableau 4	Résumé d'analyse de régression pour la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux.....	52

CHAPITRE III (ARTICLE 2)

Tableau 1	Facteurs identifiés et libellés de chacun des items.....	76
Tableau 2	Corrélations entre les facteurs du QCSA, le soutien social et les interactions sociales négatives (EPS, QSP).....	77
Tableau 3	Corrélations entre les facteurs du QCSA, l'anxiété, le degré de fonctionnement et la détresse psychologique (IAB, QEFA, QSM)	78

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CCHS	Canadian Community Health Survey
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th edition)
EGF	Échelle globale de fonctionnement
EPS	Échelle de provisions sociale
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IAB	Inventaire d'anxiété de Beck
IPAO	Interview sur place assistée par ordinateur
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
QCSA	Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété
QEFA	Questionnaire d'évaluation du fonctionnement actuel
QSM	Questionnaire de santé mentale
QSP	Questionnaire sur le soutien perçu
WMH-CIDI	World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview

RÉSUMÉ

Les troubles anxieux font partie des troubles mentaux les plus prévalents depuis les dernières années. Il est démontré que ceux-ci altèrent de façon significative le fonctionnement quotidien des individus tout en exerçant un impact significatif sur les interactions sociales, surtout dans le cas du trouble d'anxiété sociale et du trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le soutien social est un construit multidimensionnel reconnu comme étant une variable importante agissant sur la santé mentale. Malgré cela, peu d'études se sont penchées sur les liens entre les différentes fonctions du soutien social (émotionnelles, tangibles, affectives, informationnelles, positives, etc.) et les troubles anxieux.

De plus, plusieurs études démontrent des relations significatives entre le soutien social et la détresse psychologique de même qu'entre le soutien social et le bien-être psychologique, par contre peu d'études ont tenté d'examiner simultanément les relations entre ces variables et aucune ne l'a fait chez une population d'hommes et de femmes avec un trouble anxieux. Pourtant, une meilleure compréhension de ces liens pourrait avoir des retombées majeures sur les services offerts aux individus qui présentent un trouble anxieux.

Par ailleurs, l'évaluation précise du soutien social et des interactions sociales négatives chez les gens avec un problème d'anxiété s'avère une avenue idéale pour dépister les individus vivant des déficits au niveau du soutien social. Une telle analyse pourrait également permettre une intervention plus spécifique auprès des personnes anxieuses et de ses proches.

Suite à l'exposé des différentes variables à l'étude et d'une brève recension des écrits sur les liens entre le soutien social et la santé mentale, deux études empiriques, qui tentent d'examiner les liens entre les différents types de soutien social et le fonctionnement des gens ayant un trouble anxieux ou vivant une situation d'anxiété, sont présentées. Les résultats de la première étude permettent de constater que le soutien social émotionnel/informationnel, affectif et les interactions sociales positives représentent des variables prédictives puissantes d'un niveau élevé de bien-être psychologique chez les femmes avec un trouble d'anxiété sociale, un trouble panique sans agoraphobie et une agoraphobie sans attaques de panique. Ensuite, les résultats de la deuxième étude présentent les propriétés psychométriques suite au développement et à la validation d'un nouveau questionnaire mesurant les différents comportements de soutien social en situation d'anxiété. Trois facteurs centraux sont retenus, dont un évalue les interactions sociales négatives et les deux autres, le soutien social. Finalement, le dernier chapitre est constitué d'une discussion générale des résultats obtenus, des contributions théoriques, des forces et des limites des études en plus d'examiner des pistes de recherches futures ainsi que certaines considérations cliniques.

Mots clés : Soutien social, trouble anxieux, anxiété, bien-être psychologique, détresse psychologique, questionnaire, mesure.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 L'anxiété et les troubles anxieux

L'anxiété est une réponse adaptative face aux dangers puisqu'elle entraîne une activation du système nerveux central permettant de fuir la source de danger ou bien de la combattre. Il arrive que cette anxiété soit également provoquée par l'appréhension d'événements pénibles et tant que cette réaction demeure dans un registre d'intensité fonctionnel, qu'elle ne paralyse pas la personne et qu'elle se trouve principalement déclenchée par des enjeux réels, nous parlons d'anxiété normale. Cependant, l'anxiété, outre sa fonction vitale de protection et de survie, peut atteindre un niveau qui hypothèque le fonctionnement de l'individu et peut s'alimenter de l'appréhension d'événements très improbables ou carrément non fondés. À ce moment, elle est considérée comme pathologique et peut devenir un trouble anxieux si elle se chronicise.

Aux États-Unis, une enquête rapporte qu'un individu sur six expérimenterait un épisode d'anxiété, c'est-à-dire répondant aux critères de l'un ou l'autre des sept troubles anxieux répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* [DSM-IV] (American Psychiatric Association, 1994) à un moment ou un autre de leur vie. Cela représente environ 45 millions d'adultes (Kessler *et al.*, 2005). Selon cette même enquête, les troubles anxieux se situent au premier rang quant à leur prévalence dans les douze derniers mois (18,1%), devant les troubles de l'humeur (9,5%) et parmi ceux-ci, le trouble d'anxiété sociale est le plus prévalent (6,8%) après la phobie spécifique (8,7%). L'état de stress post-traumatique vient en troisième place avec une prévalence de 3,5%, suivi du trouble d'anxiété généralisée (3,1%), du trouble panique sans agoraphobie (2,7%), du trouble obsessionnel-compulsif (1,0%) et de l'agoraphobie sans attaques de panique (0,8%).

1.1.1 Coûts reliés aux troubles anxieux et à l'anxiété

L'impact d'un trouble anxieux sur la vie d'une personne est souvent dévastateur. De récentes études démontrent que les troubles anxieux entraînent généralement une souffrance quotidienne et perturbent le fonctionnement et le bien-être psychologique des gens qui en souffrent (Cramer, Torgersen et Kringlen, 2005; Pélissolo *et al.*, 2002; St-Jean-Trudel, Guay et Bonaventure, 2003). En effet, les gens avec un trouble anxieux ne peuvent souvent plus travailler, se déplacer, prendre des décisions, vivre confortablement chez eux, dormir et s'engager dans des activités sociales (Emmelkamp *et al.*, 1992; Monterio, Marks et Ramm, 1985). De plus, ceux-ci consultent davantage les médecins omnipraticiens et spécialistes, ce qui entraîne des coûts moyens supérieurs comparativement à la population générale (Greenberg *et al.*, 1999; Kennedy et Schwab, 1997; Koerner *et al.*, 2002; Roy-Byrne *et al.*, 1999). Dans le même ordre d'idées, la plupart des études démontrent que les gens avec un trouble panique avec agoraphobie sont reconnus pour avoir le plus recours aux services de santé (Kennedy et Schwab, 1997; Rees *et al.*, 1998). Une autre étude estime à plus de 33 millions de dollars par année les coûts associés aux examens cardiologiques aux États-Unis (Katon *et al.*, 1992). Au Canada, une étude rapporte un montant de 14 milliards de dollars par année associés à l'ensemble des troubles anxieux (Stephens et Joubert, 2001). Le fardeau social lié aux troubles anxieux est donc particulièrement important.

1.1.2 Impact des troubles anxieux sur les relations interpersonnelles

Par ailleurs, il semble que les relations interpersonnelles sont les plus affectées par cette problématique (Cramer *et al.*, 2005; Pélissolo *et al.*, 2002). Il faut cependant noter que la plupart des études évaluant l'impact des troubles anxieux sur les relations interpersonnelles se sont surtout penchées sur les relations conjugales, omettant d'évaluer le réseau social étendu, comme les amis, les membres de la famille ou les collègues de travail (Fokias et Tyler, 1995). Or, puisqu'il semble que les gens rapportant des symptômes de troubles anxieux sont plus souvent divorcés ou séparés que ceux ne rapportant pas de tels symptômes, il s'avère important de considérer l'ensemble du réseau social (Fokias et Tyler, 1995; Regier, Narrow et Rae, 1990).

Les conséquences des troubles anxieux sur la vie sociale sont abondantes. Ce sont les nombreux comportements d'évitement, d'échappement et de sécurité au quotidien (p.ex. les demandes d'accompagnement ou de réassurance) et la diminution des activités (p.ex. l'incapacité de faire les courses ou de conduire les enfants à l'école) qui affectent le plus les relations conjugales (Craske et Zoellner, 1995; Peterson, 1993). De plus, les troubles anxieux contribuent à la détresse dans le couple en entraînant des émotions négatives telles que de la tension et du stress entre les partenaires (Baucom, Stanton et Epstein, 2003). Il a également été démontré qu'avec le temps, certains conjoints(es) non anxieux(ses) s'éloignent ou critiquent leur partenaire dans le but d'alléger leur propre détresse face à cette situation. À la longue, ce conjoint(e) peut en venir à ne plus voir leur partenaire comme étant une personne confiante et compétente et allant même jusqu'à ne plus la respecter. Les conjoints(es) non anxieux(ses) peuvent également, sans le savoir, contribuer au maintien des symptômes de troubles anxieux en encourageant l'évitement tant comportemental (p.ex. en accompagnant la personne aux rendez-vous) que cognitif (p.ex. en conseillant d'oublier l'événement traumatique), et ce, dans le but d'alléger l'anxiété de leur partenaire. Plusieurs études ont étudié ce phénomène, notamment dans le cas du trouble panique avec agoraphobie (voir Fokias et Tyler, 1995, pour une recension des écrits) et du trouble obsessionnel-compulsif (voir Calvocoressi *et al.*, 1995 et Steketee, 1997). Dans son étude, Calvocoressi et ses collaborateurs affirment que plus de 80% des membres de la famille accommodent la personne et que cette accommodation résulte souvent en un mauvais fonctionnement familial en plus d'un maintien des symptômes d'anxiété.

Parmi les troubles figurant dans le DSM-IV (APA, 1994), ce sont le trouble d'anxiété sociale, suivi du trouble panique avec agoraphobie, qui affectent le plus les relations interpersonnelles (Bech et Angst, 1996; Candilis *et al.*, 1999; Cramer *et al.*, 2005; Rubin *et al.*, 2000; Stein et Kean, 2000). De plus, des résultats d'études cliniques et épidémiologiques indiquent que les gens souffrant d'un trouble d'anxiété sociale mentionnent avoir davantage de difficultés au niveau des relations sociales et des activités générales (Antony *et al.*, 1998; Davidson *et al.*, 1994; Quilty *et al.*, 2003; Schneier *et al.*, 1994) et rapportent un niveau plus faible de soutien social perçu (Magee *et al.*, 1996; Torgrud *et al.*, 2004). À ce sujet, Furmark et ses collaborateurs (1999) rapportent que ce sont les anticipations négatives (p.ex. peur du jugement négatif des autres, peur d'être ridiculisé) et les comportements d'évitement

découlant de ce trouble qui accentuent la perception d'un manque de soutien. Ceux-ci sont également plus susceptibles de vivre seuls (Norton *et al.*, 1996). Pour leur part, les individus présentant un trouble panique avec agoraphobie présentent aussi plus de difficultés dans leurs relations interpersonnelles et conjugales. Ils ont davantage de problèmes familiaux et sont moins à l'aise de se confier à leur partenaire (Markowitz *et al.*, 1989; McCarthy et Shean, 1996; Oppenheimer et Frey, 1993). Une étude réalisée par Pyke et Roberts (1987) évalue le soutien social provenant de différentes sources (p.ex. conjoints, amis, collègues de travail) en lien avec le trouble panique avec agoraphobie. Les résultats de cette étude démontrent qu'il y a une nette réduction du réseau social et du niveau de soutien social chez les femmes avec ce trouble. Il a de plus été démontré que les gens avec un trouble panique, plus que tout autre trouble anxieux, effectuent plus fréquemment des demandes d'accompagnement afin de mieux pallier aux difficultés de fonctionnement occasionnées par leurs attaques de panique (Vollrath et Angst, 1993). Ceux-ci sont également moins autonomes, moins confiants, moins affirmatifs et ont tendance à interpréter les contacts sociaux en général comme étant menaçants (McCarty et Shean, 1996; Stoler et McNally, 1991). De plus, les gens avec un trouble panique avec agoraphobie ont souvent l'impression d'être critiqué et ils répondent fréquemment par une réaction négative à un message interpersonnel négatif (Fauerbach, 1992). En somme, la présence d'un trouble anxieux dans la vie d'une personne dérange énormément le fonctionnement social de celle-ci et nous pouvons penser que plus le trouble anxieux est sévère, plus grand sera son impact sur ce fonctionnement social.

1.1.3 Comorbidité

Le terme comorbidité fait référence à la présence d'au moins deux troubles psychiatriques chez une même personne à un moment précis, soit au moment où l'évaluation est faite. Cela dit, la sévérité d'un trouble mental est souvent fortement liée à la présence d'un autre trouble comorbide. Plus de la moitié des gens aux prises avec un trouble anxieux comme diagnostic primaire souffrent également de symptômes dépressifs, d'un autre trouble anxieux ou d'un trouble lié à la consommation de substances (Kessler *et al.*, 2005). Par ailleurs, une étude démontre que, plus que tout autre trouble, la présence d'un trouble de dépression majeure en comorbidité est associée à un faible degré de fonctionnement

psychosocial (Schonfeld *et al.*, 1997). En effet, le trouble de dépression majeure corrèle significativement et négativement avec la qualité de vie (Mendlowicz et Stein, 2000; Quilty *et al.*, 2003). L'évaluation des mécanismes régissant les troubles anxieux et leur impact sur le fonctionnement social doit donc inévitablement passer par l'évaluation de la comorbidité et notamment de la présence de symptômes dépressifs.

En somme, il paraît évident que les troubles anxieux compromettent sérieusement le fonctionnement général des gens qui en souffrent en plus d'affecter leurs relations sociales et inévitablement, leurs proches. Des liens entre le soutien social et la santé mentale ont été établis dans de nombreuses études (voir Cohen, Underwood, et Gottlieb, 2000; Sarason, Sarason et Pierce, 1990 pour une recension des écrits). Qu'en est-il des troubles anxieux?

1.2 Le soutien social

Il existe plusieurs définitions du soutien social, mais de façon générale, le soutien social fait référence aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins d'un individu qui doit composer avec une situation stressante (Cohen et Wills, 1985; Wills et Fegan, 2001). Les études antérieures sur le soutien social ont permis d'identifier deux grandes catégories de soutien social soit, le soutien structurel et le soutien fonctionnel. Le soutien social structurel représente la quantité de personnes ressources et la fréquence des interactions avec ces dernières (Wills et Fegan, 2001). Le niveau d'intégration sociale est aussi une mesure du soutien structurel souvent utilisée qui inclut habituellement l'état matrimonial, l'appartenance à une organisation ou à un regroupement ainsi que la fréquence des contacts sociaux (Helgeson, 2003).

Le soutien social fonctionnel quant à lui, réfère à la qualité des ressources disponibles et à la perception de l'individu concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches (Wills et Fegan, 2001). Plusieurs auteurs se sont penchés sur les éléments qui composent le soutien social fonctionnel et ceux qui semblent faire consensus sont : 1) le soutien émotionnel, qui fait référence aux échanges à propos des émotions vécues par la personne, à la compréhension empathique et aux encouragements; 2) le soutien d'estime, aussi appelé soutien de valorisation personnelle, qui implique que la personne se sente validée dans ses croyances, ses habiletés, ses sentiments et ses pensées; 3) le soutien

informationnel, qui se présente habituellement sous forme de conseils ou de feedback à propos d'une situation stressante ou difficile et 4) le soutien concret, aussi appelé instrumental ou tangible, qui représente l'aide matérielle ou financière et de rendre des services tangibles. Quelques auteurs incluent également le soutien de camaraderie, appelé aussi interactions sociales positives, qui représente le temps passé avec la personne à des activités récréatives, de loisirs et de détente qui visent à distraire la personne de ses préoccupations et à lui procurer un sentiment d'intégration. Finalement, le dernier type de soutien social qu'on retrouve dans la littérature se nomme soutien affectif et il se traduit par l'expression d'amour et d'affection (Sherbourne et Stewart, 1991).

1.3 Mécanismes d'action du soutien social sur la santé

Le soutien social agit sur la santé mentale en exerçant une influence sur les émotions, les cognitions et les comportements (Cohen, 1988). Il existe principalement deux modèles conceptuels des mécanismes d'action du soutien social sur la santé, soit le modèle des effets directs et le modèle d'atténuation du stress (*stress buffering model*; Cohen et Wills, 1985).

1.3.1 Modèle des effets directs

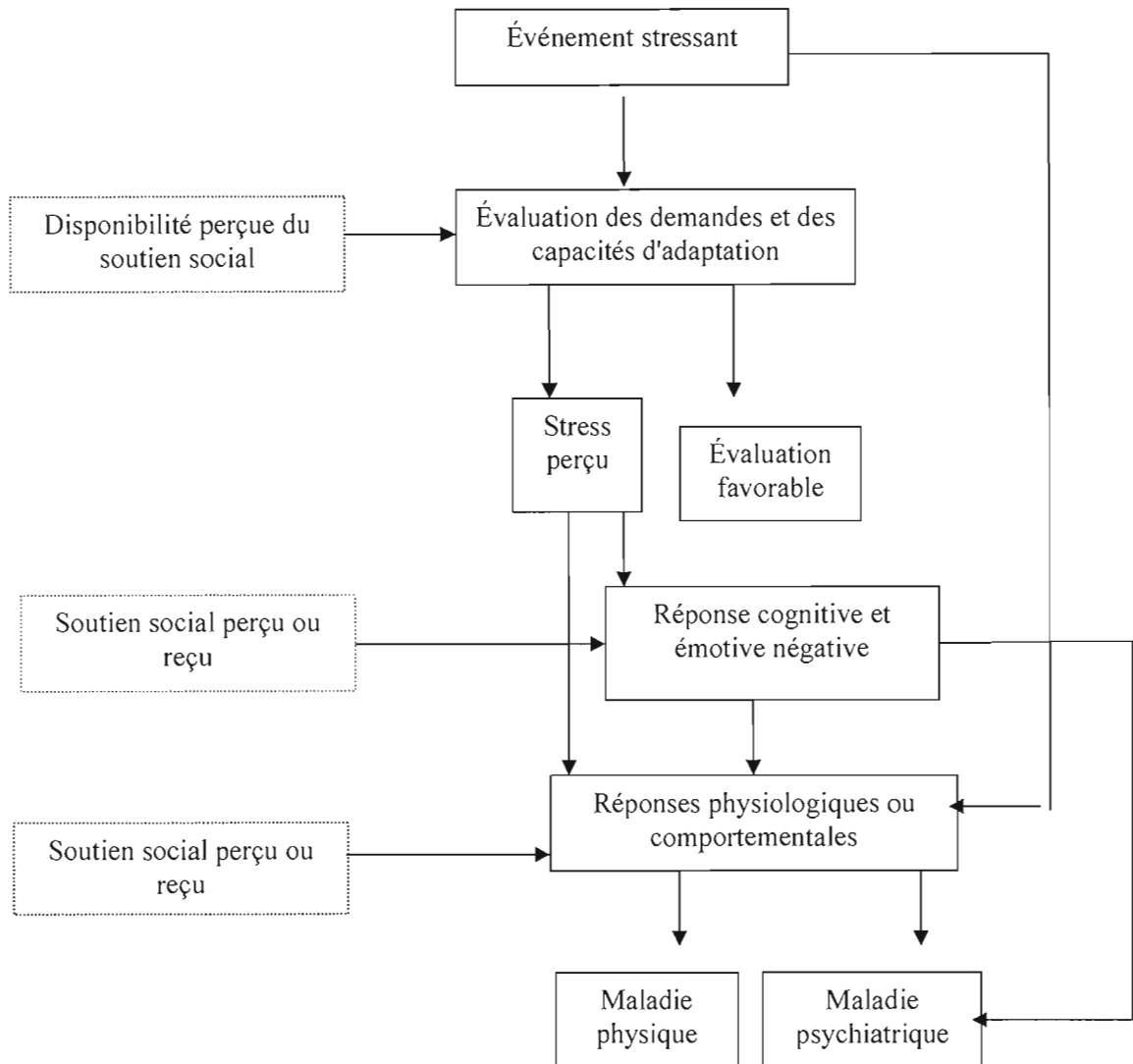
De façon générale, le modèle des effets directs propose que le soutien social exerce une action bénéfique sur la santé, peu importe les conditions. Ainsi, le réseau social provoque une action sur les comportements et les activités quotidiennes d'une personne tels que la pratique d'un sport, la tenue vestimentaire, les habitudes alimentaires de même que sur le développement d'états psychologiques positifs comme le sentiment d'appartenance, le sentiment de sécurité, la stabilité, la reconnaissance de sa valeur, etc. (Cassel, 1976; Hammer, 1981; Thoits, 1983; Wills, 1985). Le réseau social peut également être une source d'informations utiles pouvant influencer l'adoption de comportements sains et une aide tangible ou économique visant l'amélioration du bien-être général (p. ex. nourriture, argent, hébergement). Pour toutes ces raisons, l'intégration d'un individu à l'intérieur d'un réseau social est bénéfique puisque cela diminue le sentiment de désespoir (Thoits, 1985), améliore la motivation à prendre soin de soi (Cohen et Syme, 1985) ou améliore les fonctions immunitaires tout en favorisant les mécanismes du système endocrinien (Cassel, 1976; Cohen, 1988; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996).

1.3.2 Modèle d'atténuation du stress

Le modèle d'atténuation du stress propose, quant à lui que le soutien social a un effet positif sur la santé uniquement chez les gens vivant une période stressante (Figure 1). D'abord, le fait de croire que les autres sont en mesure de fournir des ressources adéquates diminue la souffrance et les difficultés engendrées par la situation stressante et augmente la perception des habiletés de gestion (*coping*) de la personne face à cette situation (Thoits, 1986). Toujours selon ce modèle, le soutien social diminue aussi les réactions affectives induites par le stress, tempère les réponses physiologiques et prévient l'apparition de comportements d'adaptation inadéquats (p. ex. fuite, évitement). La possibilité de se confier à quelqu'un joue également un rôle important, notamment dans la réduction des pensées intrusives qui maintiennent les comportements inadéquats (Lepore *et al.*, 1996). Au niveau physiologique, le soutien social favorise les mécanismes de régulation du système endocrinien permettant à la personne d'être moins réactive face à un stress (Cohen et Wills, 1985). Finalement, le soutien social affaiblit l'impact d'un stress soit en apportant des solutions concrètes aux problèmes de la personne, en diminuant l'importance perçue de la situation stressante ou en permettant des activités agréables visant à distraire la personne.

Figure 1

Modèle de l'atténuation du stress



Source : Cohen, S., Underwood, B. H., et Gottlieb, L. G. 2000. *Social Support Measurement and Intervention*. New York : Oxford University Press.

1.3.3 Soutien reçu versus soutien perçu

Selon ce dernier modèle, le soutien social exerce son action bénéfique sur la santé entre autres par le biais de gestes concrets de soutien appelé aussi soutien reçu. Selon la théorie de l'accouplement optimal, l'efficacité de ces gestes concrets de soutien dépend de leur concordance avec les besoins de la personne (Figure 2; Cohen et McKay, 1984; Cutrona et Russel, 1990). Ainsi, puisque chaque situation stressante implique des besoins particuliers, le soutien reçu doit répondre à ces besoins afin d'être favorable. Par exemple, l'octroi d'un soutien tangible, comme de l'argent, peut être avantageux dans le cas d'une perte d'emploi, mais moins utile dans le cas d'un deuil (Lakey et Cohen, 2000). Outre les solutions concrètes, la perception de disponibilité du soutien social agit aussi sur la santé en diminuant l'importance accordée au stresser (Figure 3). Ainsi, la situation stressante est interprétée moins négativement, ce qui conduit à des réactions émotionnelles moins sévères. Cependant, tout comme dans le cas du soutien reçu, l'efficacité de ce soutien perçu dépend de la concordance avec les besoins de la personne (Cohen et Hoberman, 1983; Cohen et McKay, 1984; Lazarus, 1966; Lazarus et Folkman, 1984). Il est donc possible d'affirmer que l'évaluation des liens entre chacun des types de soutien social et la santé mentale est importante puisqu'elle permettrait de cibler le type qui convient le mieux dans le cas d'un stresser particulier.

Figure 2
Mécanismes d'action du soutien social reçu selon la théorie de l'accouplement optimal

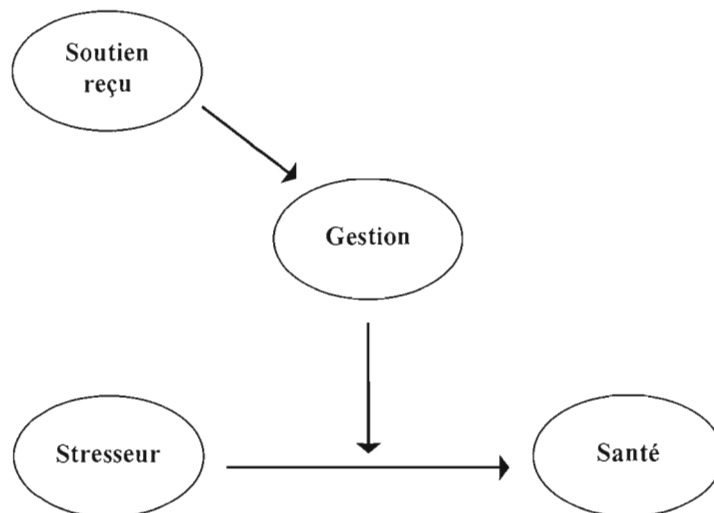
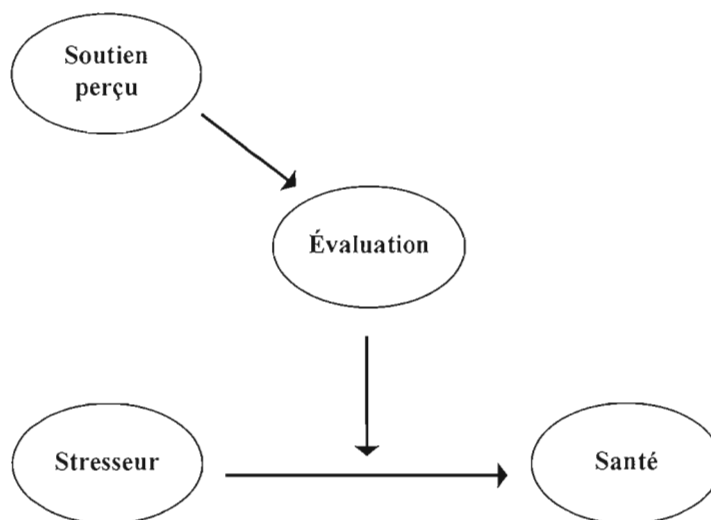


Figure 3
Mécanismes d'action de la perception de disponibilité du soutien social



Ces deux derniers mécanismes, quoique très intéressants, ne spécifient cependant pas sur quels aspects de la santé ces types de soutien social agissent. En effet, le concept de santé est très large et il peut englober plusieurs composantes telles que la santé physique, la qualité de vie, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, etc. De plus, ces deux modèles ne considèrent pas les interactions sociales négatives, malgré qu'elles soient fortement en lien avec la santé mentale, notamment avec la détresse psychologique (Stansfeld, Fuhrer et Shipley, 1998).

Par ailleurs, au-delà du nombre de confidents ou de l'étendue du réseau social, il semble que ce soit le soutien social fonctionnel qui exerce un impact significatif sur la santé mentale (Antonucci, Fuhrer et Dartigues, 1997; Oxman *et al.*, 1992; Stansfeld *et al.*, 1998). Parmi les différents types de soutien social, le soutien émotionnel est reconnu pour avoir le plus fort effet d'atténuation du stress et présente la plus forte association avec la qualité de vie et la santé mentale en général (Caron *et al.*, 2005a ; Dunkel-Schetter et Bennett, 1990 ; Helgeson, 2003 ; Wethington et Kessler, 1986). Toutefois, le soutien informationnel est le plus aidant dans les situations où le stress est contrôlable ou dans le cas de maladies physiques (Wills et Fegan, 2001). Aucune étude n'a cependant exploré les liens entre les fonctions du soutien social et les troubles anxieux à l'exception d'une étude sur l'état de stress post-traumatique (King *et al.*, 1999). Selon les résultats de cette étude, le soutien émotionnel et le soutien tangible sont les deux types de soutien social démontrant la plus forte association négative avec la sévérité des symptômes de ce trouble. Ces associations doivent cependant être évaluées pour les autres troubles anxieux.

Finalement, malgré les liens documentés entre le soutien social et la santé mentale, très peu d'études ont exploré ces liens chez les gens avec un trouble anxieux, la plupart s'étant plutôt penchés sur d'autres troubles comme la dépression ou l'abus de substances (Beach, 2001; Halford et Bouma, 1997). Parmi les troubles anxieux, c'est surtout l'état de stress post-traumatique qui a fait l'objet de plusieurs études ayant confirmé l'association négative entre le soutien social et les symptômes de ce trouble (Brewin, Andrews et Valentine, 2000; Guay, Billette et Marchand, 2006; Ozer *et al.*, 2003). L'état des connaissances sur la relation entre le soutien social et les troubles anxieux est donc limité par rapport à celui d'autres psychopathologies.

1.4 La détresse, le bien-être psychologique et le soutien social

Parmi la multitude d'études sur le soutien social et la santé mentale, on retrouve souvent des indicateurs de santé mentale tels que la qualité de vie, le bien-être psychologique ou la détresse psychologique. En quoi ces indicateurs sont-ils utiles? Puisque l'établissement d'un diagnostic de trouble de santé mentale est généralement fait selon une logique catégorielle, c'est-à-dire selon la présence ou l'absence de critères, il s'avère utile d'exprimer l'état de santé à partir d'un continuum afin d'évaluer plus précisément la santé mentale des individus (Kessler *et al.*, 2002; Massé *et al.*, 1998). Les mesures de détresse psychologique et de bien-être psychologique permettent justement cette évaluation sous forme de continuum. La détresse psychologique permet entre autres d'évaluer la sévérité d'une grande variété de troubles psychologiques à l'aide de questions portant sur des symptômes comportementaux, émotionnels et psychopathologiques (p.ex. nervosité, désespoir, tristesse, sentiment d'être bon à rien, etc.; Kessler *et al.*, 2002). Les dimensions propres au concept de détresse psychologique ne font pas encore consensus (Massé *et al.*, 1998). Toutefois, la majorité des études concluent que la structure d'un état général de détresse repose sur deux facteurs centraux et fortement corrélés. Il s'agit de la dépression et de l'anxiété qui sont les types de détresse psychologique les plus prévalents dans la population générale (Derogatis *et al.*, 1974; Ilfeld, 1976; Prévile, Potvin et Boyer, 1995; Veit et Ware, 1983). Plusieurs démonstrations de relations entre le soutien social et la détresse psychologique ont été faites au cours des 20 dernières années (Barrera, 1986; Caron, Latimer et Tousignant, 2007; Cohen et Wills, 1985; Finch *et al.*, 1999; Kessler et McLeod, 1985; Monroe et Steiner, 1986). En effet, la présence de soutien social est associée avec moins de symptômes de dépression (Holahan et Moos, 1981), d'anxiété (Lakey, Tardiff et Drew, 1994) et avec un risque plus faible de développer ou maintenir un trouble psychologique en général (Leavy, 1983). De plus, une étude effectuée par l'Institut de la statistique du Québec affirme que les gens déclarant un faible niveau de soutien social appartiennent dans la majorité des cas à la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique (Julien, Julien et Lafontaine, 1998). Par ailleurs, il est également démontré que le soutien social n'est pas seulement lié aux symptômes de détresse ou aux événements difficiles, celui-ci est également lié à la qualité de vie et au bien-être psychologique.

La plupart des études sur la santé mentale examinent seulement les aspects négatifs ou dysfonctionnels et négligent ainsi d'évaluer le bien-être psychologique (Ryff et Singer, 1996). Il est, de plus, reconnu que la santé mentale ne peut être uniquement évaluée à partir de réactions négatives comme la dépression ou l'anxiété (Massé *et al.*, 1998) et que l'intégration de mesures des émotions positives et de la satisfaction face à soi et à la vie en général permet d'en obtenir un portrait plus complet (Diener, 1994). Le bien-être psychologique représente une composante fondamentale de la notion globale de qualité de vie et un indicateur psychosocial important qui mérite d'être pris en considération (Keyes, 2005; 2007; Massé *et al.*, 1998; Parmentier, 1994). La qualité de vie, quant à elle, réfère à l'évaluation subjective de la vie en général, ce qui inclut le sentiment de bien-être, la santé physique et les situations de vie externe (p.ex. deuil, divorce, employabilité, etc.; Dimenas *et al.*, 1990). Cette dimension ne figurait cependant pas dans l'enquête faisant l'objet de la présente étude. Selon plusieurs, le concept de bien-être psychologique doit être défini et mesuré selon des composantes autant affectives (p.ex. émotions positives, affects négatifs) que cognitives (p.ex. satisfaction face à la vie; Andrews et McKennell, 1980; Diener, 1994), mais aucun consensus n'est encore établi quant à sa composition finale. Des liens entre le bien-être psychologique et les relations interpersonnelles ont déjà été établis à travers de nombreuses études, mais les paramètres affectant cette relation ne sont pas clairs (voir Diener, 1984 pour une recension des écrits). Plusieurs études démontrent une corrélation positive entre le soutien social et le bien-être psychologique (Fordyce, 1983; Kessler et McLeod, 1985; Williams, Ware Jr. et Donald, 1981) et quelques études évaluent les liens entre le soutien social et la qualité de vie (Abbey, Abramis et Caplan, 1985; Caron *et al.*, 1998, 2002, 2005a; Diener, 1984). Parmi celles-ci, Baker et ses collaborateurs (1992) démontrent une augmentation du niveau de satisfaction dans différents domaines de vie chez des gens atteints d'un trouble mental ayant amélioré ou maintenu leur accessibilité à du soutien social. Plus spécifiquement, Caron et ses collaborateurs (2005a) affirment que le soutien émotionnel et de valorisation personnelle sont les dimensions du soutien social fonctionnel les plus associées à la qualité de vie chez des gens souffrant de schizophrénies.

La détresse et le bien-être psychologique, bien qu'ils peuvent sembler être deux concepts opposés et malgré qu'ils soient corrélés négativement, représentent deux dimensions indépendantes liées à la santé mentale (Keyes, 2005, 2007; Massé *et al.*, 1998; Veit et Ware,

1983). Selon Massé et ses collaborateurs (1998), la détresse et le bien-être psychologique représentent : « deux dimensions corrélées d'un construit latent bi-directionnel de santé mentale ». Cette affirmation penche inévitablement en faveur de la combinaison de ces deux mesures pour une évaluation adéquate de la santé mentale. En effet, il est proposé que pour augmenter la sensibilité et la précision des mesures de santé mentale, des mesures de bien-être et de détresse psychologique doivent être incluses simultanément (Massé *et al.*, 1998). Parmi les études portant sur la qualité du soutien social en lien avec la santé mentale, rares sont celles ayant examiné le soutien social en lien à la fois avec des mesures de détresse et de bien-être psychologique. Caron et ses collaborateurs (2002; 2005b) ont comparé les effets simultanés du soutien social sur la détresse psychologique et sur la qualité de vie chez des familles de personnes souffrant de schizophrénie. Les résultats de cette étude confirment l'importance du soutien social comme prédicteur négatif de la détresse psychologique et positif de la qualité de vie chez ces gens. Manne et ses collaborateurs (1997) rapportent également dans leur étude effectuée sur des patients atteints d'un cancer, que le soutien social est associé positivement et significativement au bien-être psychologique, mais uniquement chez les femmes. Dans cette même étude, les interactions sociales négatives sont quant à elles associées avec la détresse et le bien-être psychologique pour les deux sexes. Davantage de recherches sont donc nécessaires afin d'identifier les variables pouvant venir moduler les relations entre le soutien social, la détresse et le bien-être psychologique et puisque cela n'a jamais été fait, il s'avère d'autant plus pertinent d'évaluer si la qualité du soutien social est en lien avec une augmentation du bien-être ou inversement, une diminution de la détresse psychologique chez les gens atteints d'un trouble anxieux.

1.5 Le soutien social et les différences entre les sexes

De nombreuses études démontrent que règle générale, les hommes et les femmes se comportent différemment au niveau social. En effet, la majorité des études concluent que les femmes détiennent de plus vastes réseaux sociaux que les hommes et qu'elles ont plus de confidents (Antonucci, 1994; Coventry *et al.*, 2004; Fuhrer *et al.*, 1999; Turner et Marino, 1994). De façon similaire, la plupart des études rapportent un niveau de soutien perçu plus élevé chez les femmes, surtout en ce qui concerne le soutien émotionnel (voir Turner, 1994

pour une recension des écrits). Celles-ci ont également davantage tendance à se tourner vers les autres pour obtenir du soutien émotionnel par rapport aux hommes (Ashton et Fuehrer, 1993; Frydenberg et Lewis, 1993; Taylor *et al.*, 2000). Une étude expose cependant que les hommes perçoivent davantage de soutien pratique ou tangible que les femmes (Matthews, Stansfeld et Power, 1999).

En ce qui concerne l'impact du soutien social sur le bien-être ou la détresse des hommes et des femmes, les résultats demeurent mitigés. En effet, plusieurs études démontrent que les femmes bénéficient davantage du soutien social que les hommes (Matthews *et al.*, 1999; Taylor *et al.*, 2000; Turner, 1994). Inversement, une recension des écrits sur le soutien social et la qualité de vie révèle que malgré cette prédominance du soutien social chez les femmes, elles en profitent moins que les hommes (Helgeson, 2003). Ce phénomène est expliqué par le fait que les femmes, en ayant plus accès à du soutien social que les hommes, dispensent aussi plus de soutien social que ces derniers et le fardeau que cela implique diminue leur qualité de vie (Kessler, Price et Wortman, 1985). Une autre explication réside dans le fait que la plus grande implication des femmes au niveau des relations interpersonnelles fait en sorte qu'elles expérimentent aussi plus d'interactions sociales négatives (p. ex., des conflits) et que cela augmente le risque de présenter des symptômes de dépression majeure (Turner, 1994). Une autre étude, celle-ci réalisée par Stansfeld et ses collaborateurs (1998) rapporte que le soutien émotionnel diminue les risques d'avoir un trouble psychiatrique, mais uniquement chez les hommes. Finalement, une étude ne démontre aucune différence entre les sexes en ce qui a trait au soutien social en lien avec la détresse psychologique (Fuehrer *et al.*, 1999).

Par ailleurs, très peu d'études font état de l'impact du soutien social sur les hommes et les femmes avec un trouble anxieux. À notre connaissance, une étude sur l'état de stress post-traumatique prétend que le soutien social n'est pas associé aux symptômes de ce trouble pour les deux sexes (Andrews, Brewin et Rose, 2003) alors qu'une deuxième étude précise que le soutien émotionnel et le soutien tangible sont reliés à l'état de stress post-traumatique chez les hommes et les femmes (King *et al.*, 1999).

Finalement, à la lumière de ces différents résultats, les femmes détiennent de plus vastes réseaux sociaux, mais elles n'en bénéficient pas nécessairement. En ce qui concerne les hommes, les liens entre le soutien social et la santé mentale ne sont pas clairs. Il est donc

évident que davantage de recherches sont nécessaires afin d'éclaircir les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'impact du soutien social sur le fonctionnement général, surtout dans le cas des troubles anxieux.

1.6 Les interactions sociales négatives et leur impact

Les études sur le soutien social confirment en général que ce construit n'est pas unidimensionnel (Coyne et Downey, 1991). En effet, quoique les interactions avec le réseau social entraînent fréquemment des disputes, de l'embarras, de l'envie ou d'autres sentiments négatifs, ce n'est qu'à partir de 1984 que les études sur le soutien social ont commencé à examiner les effets que peuvent entraîner les interactions sociales négatives (Rook, 1984). Ce type d'interactions représente, d'une part, les tentatives infructueuses de soutien, c'est-à-dire que dans certains cas, même si l'intention est bonne, le soutien émis est perçu négativement par la personne (Kessler *et al.*, 1995; Wortman et Lehman, 1985). D'autre part, les interactions sociales négatives incluent les critiques, l'expression de colère ou la pression à faire certains comportements, pouvant être dispensés par une personne (Rook, 1984).

Selon plusieurs études, les interactions sociales négatives ont un plus grand impact sur le fonctionnement d'une personne que le soutien social dit positif (Bertera, 2005; Caron *et al.*, 2007; Finch *et al.*, 1999; Manne *et al.*, 1997; Rook, 1984; Schuster, Kessler et Aseltine Jr., 1990). Stansfeld et ses collaborateurs (1998) affirment d'autant plus, à partir des résultats de leur étude, que les interactions sociales négatives exercent un lourd impact sur la détresse psychologique, plus particulièrement au niveau des symptômes de dépression et d'anxiété. À ce sujet, deux études démontrent que le soutien social et les interactions sociales négatives représentent des prédicteurs de la dépression chez les femmes seulement alors que seules les interactions négatives prédisent la dépression chez les hommes (Kessler *et al.*, 1985; Schuster *et al.*, 1990). De plus, selon une étude de Turner (1994), les interactions sociales négatives sont liées à des scores de dépression plus élevés chez les femmes et cela s'explique par le fait que les interactions négatives sont moins fréquentes, plus imprévisibles et plus contrastantes au point de vue émotif que le soutien social. Ces caractéristiques peuvent expliquer son effet dominant (Helgeson, 2003). Il semble d'autant plus que les aspects négatifs du soutien atténuent les effets bénéfiques du soutien positif sur la santé mentale (Finch *et al.*, 1999;

Ingersoll-Dayton, Morgan et Antonucci, 1997; Rook, 1990; Sarason *et al.*, 1993). En ce qui concerne l'anxiété, deux études récentes effectuées auprès de femmes victimes d'agressions rapportent qu'un environnement social négatif est un prédicteur plus fort des symptômes d'état de stress post-traumatique que l'absence de soutien social (Ullman et Filipas, 2001; Zoellner, Foa et Bartholomew, 1999).

Finalement, plusieurs études récentes soulèvent l'importance d'évaluer les influences des aspects négatifs du soutien social dans le but de mieux comprendre comment les relations sociales peuvent affecter la santé mentale (Barbee *et al.*, 1998; Bertera, 2005; Dalgard, Bjork et Tambs, 1995; Finch, 1998; Lakey *et al.*, 1994; Reinhardt, 2001). Considérant l'impact négatif des troubles anxieux sur le réseau social et que les gens aux prises avec ces troubles sont plus susceptibles d'expérimenter des interactions sociales négatives, il est très important de ne pas négliger cette dimension du soutien social.

1.7 L'évaluation du soutien social

Vu la présence de plusieurs courants théoriques concernant les mécanismes d'action du soutien social, et puisque ce dernier représente un construit multidimensionnel, il existe une multitude d'outils pour évaluer le soutien social. Certains évaluent la disponibilité du soutien perçu, d'autres évaluent le soutien spécifiquement en lien avec la provenance de ce soutien (p. ex. le conjoint, le parent, un confident, etc.) ou d'autres analysent plutôt le soutien reçu. Le choix du bon outil d'évaluation est primordial et doit se faire selon la position théorique, l'aspect du soutien social que l'on choisit d'étudier et selon les caractéristiques de la population qui est étudiée.

D'abord, le soutien social perçu, par rapport au soutien social reçu, a le plus souvent été présenté comme étant lié au modèle d'atténuation du stress. En effet, la perception de disponibilité du soutien social réduit les effets négatifs du stress en atténuant l'importance accordée au stressor (Cohen et Hoberman, 1983; Dunkel-Schetter et Bennett, 1990; Wethington et Kessler, 1986). De plus, la plupart des études épidémiologiques montrent que les mesures de disponibilité du soutien social sont celles qui prédisent le mieux les effets positifs entre le soutien social et la santé (Wills et Shinar, 2000). De façon générale, le soutien social perçu est mesuré à partir du rapport de la perception de disponibilité du soutien

(*availability*). Le soutien reçu est plutôt la mesure du soutien qui est vraiment reçu par une personne, de façon objective. Cette mesure du soutien doit être effectuée via l'observation d'interactions de soutien entre deux personnes. Par ailleurs, les études incluant ces deux types de mesures du soutien social concluent dans la majorité des cas que le soutien perçu est plus fortement associé à la qualité de vie, à la détresse et au bien-être psychologique et qu'il représente un meilleur prédicteur de la santé en général (Finch *et al.*, 1999; Helgeson, 1993; Kaniasty et Norris, 1992; Norris et Kaniasty, 1996; Sarason *et al.*, 1990).

Aussi, puisque le soutien social est défini comme un construit multidimensionnel et puisque que le modèle d'atténuation du stress suggère que le soutien social fonctionnel a un plus grand impact chez les personnes confrontées à des situations stressantes que le soutien social structurel, il est essentiel d'évaluer à la fois la structure du réseau social et les différents types de soutien social afin d'obtenir des résultats plus complets en ce qui concerne la santé mentale (Cohen et Syme, 1985; House et Kahn, 1985). Puis, compte tenu des dimensions positives et négatives du soutien social, il est d'autant plus important d'évaluer les deux aspects à la fois pour en comprendre tous les mécanismes d'action sur la santé mentale (Barbee *et al.*, 1998; Finch *et al.*, 1989; Wethington, McLeod et Kessler, 1987).

Le Tableau 1 présente les principaux outils d'évaluation du soutien perçu largement utilisés dans les études sur le soutien social effectuées auprès de populations adultes. À la lumière de cette synthèse, il est possible de noter que peu de mesures couvrent tous les aspects du soutien social répertoriés. En effet, beaucoup ne mesurent que quelque unes des fonctions du soutien social, comme le soutien émotionnel ou instrumental, négligeant ainsi les autres types de soutien social. Mais la principale lacune concerne surtout l'absence d'évaluation des interactions sociales négatives, malgré que celles-ci aient été démontrées comme ayant un lien primordial avec la santé mentale. Seul l'instrument de mesure élaboré par Moos et Moos (1981) comporte une section sur l'absence d'expression d'agressivité de la part du réseau social, ce qui est loin de représenter l'ensemble des interactions sociales négatives possibles. De plus, cet instrument a été conçu pour être utilisé à l'intérieur d'un environnement de travail ou familial uniquement, ce qui ne peut convenir à d'autres groupes de personnes ou situations.

Tableau 1
Mesures du soutien social perçu

Étude	Acronyme	Nombre d'items	Fonctions mesurées	Fidélité
Mesures unidimensionnelles brèves				
Seeman et Berkman, 1988		1 pour chaque	Quantité de confidents/soutien émotionnel/instrumental	n.d.
Williams <i>et al.</i> , 1992		2	Statut matrimonial/quantité de confidents	n.d.
Hobfoll et Leibermann, 1987		10	Soutien émotionnel provenant de l'époux et des amis	.65
Mesures combinées brèves				
Blazer, 1982	OARS	6	Émotionnel/instrumental	.82
Hanson et Östergren, 1987		4 5	Émotionnel Instrumental/informationnel	.93- n.d.
LaRocco, House et French, 1980	WSS	12	Émotionnel/instrumental	.73-.83
Henderson <i>et al.</i> , 1980	ISSI	8 16	Émotionnel (attachement) Émotionnel/instrumental (intégration)	.67 .71
Procidano et Heller, 1983	PSS	20	Émotionnel/informationnel (famille)	.90
Sarason <i>et al.</i> , 1983	SSQ	20	Émotionnel/informationnel (amis)	.88
Moos et Moos, 1981	FRI, WRI	27	Émotionnel (sources variées)	.97
Moos et Brown <i>et al.</i> ,	FRI, WRI SESS	27 -	Cohésion/expression de soi/conflits Émotionnel	.89 (FRI) n.d.

1989

Inventaires multidimensionnels

Cohen <i>et al.</i> , 1985	ISEL	40	Émotionnel/instrumental/de camaraderie/de validation	.90
Vaux <i>et al.</i> , 1987	SS-B	45	Émotionnel/instrumental/informationnel /de camaraderie	.85
Cutrona et Russell, 1987	SPS	24	Attachement/intégration sociale/assurance de sa valeur/alliance/guide/éducation	.91
Inventaires sur le réseau social				
Barrera, 1981	ASSIS	-	Émotionnel/instrumental/informationnel /de camaraderie/de validation	.88
Dunkel- Schetter, Feinstein et Call, 1987	UCLA-SSI	70	Émotionnel/instrumental/informationnel	n.d.

Source : Cohen, S., Gottlieb, L. G., et Underwood, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. New York : Oxford University Press.

Finalement, afin de mieux préciser quels aspects du soutien social sont impliqués dans le cadre d'un stresser particulier, il est important d'adapter les mesures en fonction du stresser ou de la population d'intérêt. Pourtant, aucun instrument de mesure n'évalue le soutien sous toutes ses dimensions en lien avec l'anxiété ou auprès d'une population anxieuse. Le développement d'une telle mesure s'avère sans aucun doute pertinent pour dépister les individus à risque de recevoir du soutien contre-productif par exemple.

En résumé, l'anxiété est un phénomène normal et vécu par l'ensemble des individus dans la société, mais qui, lorsqu'elle est sévère ou pathologique, peut nuire grandement au fonctionnement général. Malgré la forte prévalence des troubles anxieux et l'impact significatif qu'ils peuvent avoir sur les interactions sociales, peu d'études se sont penchées sur les liens entre le soutien social et ces troubles mentaux. De plus, des liens ont été démontrés entre le soutien des proches, la détresse et le bien-être psychologique, mais peu d'études ont tenté d'examiner simultanément les relations entre ces variables et aucune ne l'a fait chez une population d'hommes et de femmes avec un trouble anxieux. Pourtant, une meilleure compréhension de ces liens pourrait avoir des retombées majeures sur le plan des services offerts aux individus qui présentent un trouble anxieux. Les mesures de détresse et de bien-être psychologique servent d'indicateurs additionnels en ce qui a trait au fonctionnement des individus et le soutien social est mesuré selon ses fonctions et sa structure tout en considérant les différences entre les sexes.

Par ailleurs, l'évaluation du soutien social chez les gens avec un problème d'anxiété s'avère une avenue idéale pour dépister les individus vivant des déficits au niveau du soutien social et pour intervenir de façon spécifique auprès de la personne anxieuse ainsi qu'auprès du proche qui dispense le soutien afin d'enseigner de meilleurs comportements de soutien résultant en une meilleure qualité de vie.

1.8 Objectifs de la thèse

La présente thèse vise l'amélioration des connaissances par rapport aux liens entre le soutien social et le fonctionnement des gens avec un trouble anxieux. Les résultats des études incluses dans cette thèse visent d'une part, à préciser les liens entre le soutien social et le fonctionnement des gens avec un trouble anxieux et d'autre part, à déterminer les

comportements de soutien social et les interactions sociales négatives susceptibles de se produire auprès d'individus vivant une situation anxieuse. Ces précisions pourront ensuite susciter le développement et l'amélioration de stratégies d'intervention visant l'amélioration du fonctionnement général des individus présentant une problématique d'anxiété.

La première étude présente les liens entre les différents types de soutien social, la détresse et le bien-être psychologique chez des hommes et des femmes avec un trouble anxieux, notamment le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique sans agoraphobie et l'agoraphobie sans attaques de panique. L'examen des différents types de soutien social en lien avec le fonctionnement des gens avec un des ses trois troubles anxieux n'a, à notre connaissance, jamais été effectué. Cette analyse permet l'identification des types de soutien social prédisant le plus le bien-être ou la détresse tout en observant les différences auprès des hommes et des femmes de cette population. De plus, l'utilisation de deux paramètres différents pour évaluer le fonctionnement de ces gens anxieux, soit le bien-être et la détresse psychologique, raffine l'analyse des mécanismes d'action du soutien social sur la santé mentale. En effet, la possibilité de savoir si le soutien social est en lien avec un niveau élevé de bien-être ou plutôt un faible niveau de détresse offre un portrait plus complet de ces liens et ouvre la porte à plusieurs discussions, notamment sur les composantes de la santé mentale. Finalement, étant donné que cette première étude a été effectuée à partir d'une enquête nationale réalisée par Statistique Canada, les indices de validité externe des résultats sont considérés comme étant excellents.

La seconde étude présente la conceptualisation et la validation d'un nouvel outil auto-administré d'évaluation du soutien social et des interactions sociales négatives en lien avec les symptômes d'anxiété. Les propriétés psychométriques de ce questionnaire sont également évaluées. Cette étude a pour objectif d'explorer et d'identifier les comportements de soutien social et d'interactions sociales négatives susceptibles de se produire lorsqu'une personne vit une situation d'anxiété. Ces comportements de soutien englobent autant les types de soutien social que les interactions sociales négatives, ce qui constitue une première dans le domaine. De plus, l'identification de ces types de soutien en lien avec l'anxiété pourra permettre l'élaboration de nouveaux construits distincts s'appliquant spécialement aux individus vivant une situation anxieuse. Or, l'utilisation de ce court questionnaire pourra permettre une

identification rapide des stratégies de soutien inadéquates ou inexistantes, facilitant ainsi le processus d'évaluation et l'élaboration de stratégies d'intervention personnalisées et efficaces.

1.9 Contenu de la thèse

La thèse se divise en quatre chapitres distincts, le chapitre I est constitué de la présentation du présent contexte théorique. Le chapitre II comprend un article intitulé « *Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : Résultats d'une enquête nationale.* ». Cet article porte essentiellement sur les associations entre les différents types de soutien social, la détresse et le bien-être psychologique chez des gens avec un trouble anxieux. Cette étude a été effectuée dans le cadre d'une enquête nationale auprès de 1 803 répondants affirmant répondre aux critères du trouble d'anxiété sociale, du trouble panique sans agoraphobie ou de l'agoraphobie sans attaque de panique dans la dernière année.

Le chapitre III, pour sa part, s'intitule « *Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire* ». Cette étude empirique révèle essentiellement les résultats obtenus quant à la conception et à la validation d'un nouvel outil de mesure du soutien social et des interactions sociales négatives chez des étudiants universitaires confrontés à une situation suscitant de l'anxiété. Il s'agit du premier instrument de mesure du soutien social combinant à la fois des items de soutien social et d'interactions sociales négatives et spécifiquement construit pour évaluer les besoins d'une population anxieuse.

Le chapitre IV présente une discussion générale à l'égard des différents résultats obtenus. Ce chapitre inclut à la fois une synthèse et une analyse critique des résultats observés en plus de souligner les forces et les lacunes méthodologiques des deux études. Des pistes de recherches futures ainsi que certaines considérations cliniques liées aux techniques d'intervention sont également exposées.

Il est finalement important de noter que les deux articles constitués des chapitres II et III ont été soumis pour publication à des revues scientifiques avec comité de pairs. L'article du chapitre II a été soumis à la « *Revue canadienne de santé publique* ». L'accusé de réception

de l'éditeur de cette revue se trouve à l'Appendice J. L'article du chapitre III, quant à lui, a été publié en 2005 dans la revue *Santé mentale au Québec*.

CHAPITRE II

LES RELATIONS ENTRE LE SOUTIEN SOCIAL, LE BIEN-ÊTRE ET LA DÉTRESSE
PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES AVEC UN TROUBLE
ANXIEUX : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE NATIONALE.

Article soumis pour publication à la *Revue canadienne de santé publique*.

En-tête : SOUTIEN SOCIAL CHEZ LES GENS AVEC UN TROUBLE ANXIEUX

Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : Résultats d'une enquête nationale.

Edith St-Jean-Trudel

Centre d'Étude sur le Trauma; Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.
Lafontaine
Université du Québec à Montréal

Stéphane Guay

Centre d'Étude sur le Trauma; Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.
Lafontaine
Université de Montréal

André Marchand

Centre d'Étude sur le Trauma; Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.
Lafontaine
Université du Québec à Montréal

Remerciements

Nous tenons à remercier Statistique Canada et le Centre interuniversitaire de statistiques sociales pour son soutien financier et technique.

Résumé

OBJECTIFS : Examiner les liens entre divers types de soutien social, le bien-être psychologique et la détresse psychologique chez des individus avec un trouble anxieux.

MÉTHODE : Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.2 effectuée auprès de 36 984 répondants, dont 1 803 présentant un trouble anxieux.

RÉSULTATS : Les femmes affirment percevoir un niveau de disponibilité significativement plus élevé du soutien affectif, émotionnel/informationnel, tangible et d'interactions sociales positives que les hommes. Après avoir contrôlé pour des variables potentiellement confondantes (sociodémographiques et la présence d'un trouble de dépression majeure), trois types de soutien social apparaissent comme étant des prédicteurs du bien-être psychologique chez les femmes avec un trouble anxieux, soit les interactions sociales positives, le soutien émotionnel/informationnel et le soutien affectif. Chez les hommes, aucune variable de soutien social n'est associée avec le bien-être ou la détresse psychologique. L'analyse des coefficients Bêta des prédicteurs n'indique aucune différence significative entre les sexes.

CONCLUSION : Le soutien social représente un prédicteur positif du bien-être psychologique, mais uniquement chez les femmes avec un trouble anxieux. Aucune association n'a été établie entre les variables de soutien social et la détresse psychologique. Les résultats de cette étude confirment toutefois l'importance de l'enseignement de stratégies de soutien adéquates et adaptées aux problèmes d'anxiété. Il serait intéressant d'évaluer les interactions sociales négatives en plus du soutien social dans le cadre d'études futures.

Mots clés: Trouble anxieux, soutien social, bien-être psychologique, détresse psychologique.

Abstract

PURPOSE : Investigate the links between different types of social support, psychological well-being and distress among individuals with an anxiety disorders.

METHODS: Data were drawn from the Canadian Community Health Survey (CCHS), cycle 1.2 carried out on 36 984 participants. The sample studied consists of 1 803 Canadians with an anxiety disorders.

RESULTS: Women reported to perceive significantly higher levels of affective, emotional/informational, tangible support and positive social interactions than men. After controlling for potentially confounding variables (sociodemographic variables and the presence of a major depressive disorder), three types of social support appeared to be predictors of psychological well-being for women with an anxiety disorder: positive social interactions, emotional/informational support as well as affective support. For men, none of the social support variables were significantly associated with psychological well-being or distress. Comparisons of Beta coefficients don't show any differences between men and women.

CONCLUSION: Social support appears to be a positive predictor of psychological well-being among women with an anxiety disorder. No association was found between social support variables and psychological distress of men and women. The results of this study confirme the importance of teaching appropriate support strategies adapted for anxiety disorders. Future studies should assess negative social interactions in addition to social support.

Key words: Anxiety disorders, social support, psychological well-being, psychological distress.

Introduction

Les troubles anxieux font partie des troubles mentaux les plus prévalents au sein de la population générale et il a été démontré qu'ils altèrent significativement le fonctionnement des individus ^{1,2}. Par ailleurs, il est reconnu que le soutien social présente des relations significatives avec la détresse et le bien-être psychologique et qu'il agit comme variable intermédiaire pouvant contribuer à la prévention, au développement et au maintien des troubles anxieux ^{3,4,5,6,7}. Plusieurs études concluent que le construit de détresse psychologique repose sur la dépression et l'anxiété, deux facteurs fortement corrélés ^{8,9}. Le bien-être psychologique représenterait, quant à lui, une composante fondamentale de la notion globale de qualité de vie et un indicateur psychosocial important ^{10,11}.

La présente étude a pour objet d'examiner les liens entre divers types de soutien social (émotionnel/informationnel, affectif, tangible et les interactions sociales positives), le bien-être et la détresse psychologique chez les gens avec un trouble anxieux et d'en identifier les différences entre les hommes et les femmes puisque les résultats demeurent inconsistants sur le sujet ^{12,13}.

Méthodologie

Données

Les données de cette étude proviennent du fichier de microdonnées de l'Enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes (ESCC) cycle 1.2, menée par Statistique Canada en 2002 ¹⁴. Cette enquête, présentant un taux de participation de 77%, a été effectuée auprès de 36 984 répondants âgés de 15 ans et plus constituant un échantillon représentatif des personnes vivant au sein des dix provinces canadiennes. Le principal objectif de cette

enquête consistait à fournir des estimations des déterminants de la santé mentale à travers le Canada¹⁵. Les données ont été obtenues directement auprès des répondants dans la majorité des cas au moyen de l'application d'interview sur place assistée par ordinateur. Seulement 14% des interviews ont été réalisées par téléphone. Pour le présent projet, seules les données des répondants ayant remplis les critères du *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview* relatif à l'un ou l'autre des trois troubles anxieux répertoriés dans l'enquête (trouble d'anxiété sociale, trouble panique sans agoraphobie et agoraphobie sans attaques de panique) sont pris en considération¹⁶. L'échantillon total se compose de 1 803 répondants, 1 179 femmes et 624 hommes.

Variables

La première variable dépendante examinée est le bien-être psychologique, évalué à partir de 25 questions mesurant la perception de l'estime de soi, de l'équilibre, de la participation à la vie sociale, de la sociabilité, de la maîtrise de soi et du contentement ($\alpha = 0,93$; voir Appendice A)¹⁷. Les participants doivent rapporter à quelle fréquence ils ont éprouvé ces sentiments au cours du dernier mois à l'aide d'une échelle de type Lickert à 5 points allant de 1 (presque toujours) à 5 (jamais). Les scores totaux représentés sur une échelle allant de 0 à 100 sont utilisés pour la présente étude. La détresse psychologique, deuxième variable dépendante considérée, repose sur la mesure de la fréquence du sentiment d'être triste, nerveux, agité, désespéré, etc., à l'aide d'une échelle de type Lickert à 5 points dont les réponses vont de 1 (tout le temps) à 5 (jamais; $\alpha = 0,93$; voir Appendice B)¹⁸. Les scores totaux représentés sur une échelle de 0 à 40 sont utilisés pour l'étude.

Les variables indépendantes sont le soutien social structurel, évalué à l'aide d'une mesure du nombre d'amis ou parents proches avec lesquels les répondants se sentaient à l'aise et à qui ils pouvaient se confier, et la perception de disponibilité du soutien. Cette dernière forme de soutien comprend quatre types : 1) le soutien affectif représentant l'affection qu'une personne reçoit et qui est composé de trois items; 2) le soutien émotionnel/informationnel, évalué selon huit items et qui fait référence à la disponibilité d'une personne à écouter ou donner des conseils lors des périodes difficiles; 3) l'interaction sociale positive, constituée de quatre questions rapportant la présence de situations sociales considérées comme étant agréables et 4) le soutien tangible, estimé à partir de quatre items évaluant si le répondant a quelqu'un pour l'amener chez le médecin ou l'aider à accomplir certaines tâches quotidiennes ($\alpha = 0,97$; voir Appendice C) ¹⁹. Les variables de soutien social ont été dichotomisées étant donné leur distribution anormale.

Des variables potentiellement confondantes sont aussi considérées, telles que l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité et le revenu annuel des répondants ²⁰. Puisque démontrée comme ayant de fortes associations avec le bien-être et la détresse psychologique, la présence d'un trouble de dépression majeure dans la dernière année est également examinée afin de contrôler son impact et de mieux faire ressortir la contribution unique du soutien social en lien avec le bien-être et la détresse chez les gens avec un trouble anxieux ^{7,21}.

Analyses

Dans un premier temps, des tests-t pour les variables continues et de chi carrés pour les variables dichotomiques sont effectués afin d'examiner les différences entre les variables

démographiques et sociales des hommes et des femmes. Des coefficients de corrélation de Pearson sont également calculés entre les variables indépendantes pour le bien-être et la détresse psychologique. Puis, des analyses de régression multiple pas à pas sont réalisées pour examiner les relations entre le soutien social et le bien-être psychologique d'une part, et la détresse psychologique d'autre part, chez les hommes et les femmes, en contrôlant pour les variables potentiellement confondantes. Des comparaisons des coefficients Bêta entre les hommes et les femmes sont finalement effectuées à partir de l'examen des intervalles de confiance. Afin de tenir compte du plan d'échantillonnage de l'ESCC 1.2, la variance est estimée à partir de la méthode de rééchantillonnage du *bootstrap* avec 500 répliques.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des variables dépendantes et indépendantes de l'échantillon ainsi que les résultats des analyses comparatives sont présentées au Tableau 1.

Insérer Tableau 1

Les résultats démontrent que, par rapport aux hommes, davantage de femmes affirment percevoir un niveau de disponibilité élevé pour chacun des types de soutien social (tous les $p < ,05$).

Corrélations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique

Des analyses de corrélation bivariées de Pearson, présentées au Tableau 2, sont effectuées pour chacun des prédicteurs potentiels en lien avec le bien-être et la détresse psychologique pour les hommes et les femmes.

Insérer Tableau 2

Les résultats indiquent des corrélations significatives faibles à modérées pour les variables du soutien social.

Les prédicteurs du bien-être psychologique et de la détresse chez les hommes et les femmes

Les résultats des analyses de régression (Tableau 3) indiquent que le prédicteur ayant un degré d'association significatif avec le bien-être psychologique chez les hommes est le trouble dépressif majeur ($\beta = -14.22$).

Insérer Tableau 3

Chez les femmes, on retrouve également le trouble dépressif majeur ($\beta = -9.04$) ainsi que les interactions sociales positives ($\beta = 7.81$), le soutien émotionnel/informationnel ($\beta = 5.38$) et le soutien affectif ($\beta = 3.44$). Chez les hommes et les femmes, le trouble dépressif majeur démontre un degré d'association significatif avec la détresse psychologique ($\beta = 7.96$ et 7.20 ; Tableau 4).

Insérer Tableau 4

L'obtention d'un diplôme et la poursuite d'études post-secondaires chez les hommes ($\beta = -3.33$; -3.33) et un faible revenu chez les femmes ($\beta = 1.60$) sont également des prédicteurs significatifs de la détresse psychologique. L'analyse des coefficients Bêta des prédicteurs n'indique aucune différence significative entre les sexes.

Discussion

Les résultats de cette étude font ressortir l'importance du soutien social comme prédicteur positif du bien-être psychologique chez les femmes avec un trouble anxieux.

Cependant, aucun facteur de soutien social mesuré ne prédit la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. La perception de disponibilité du soutien social apparaît donc comme étant directement liée à la qualité de vie chez les femmes avec un trouble anxieux.

Les résultats obtenus sont similaires à ceux d'autres populations, comme chez des patients atteints d'un cancer, pour lesquels le soutien social était lié uniquement avec le bien-être psychologique et ce, seulement chez les femmes²². Plusieurs études mentionnent que les femmes seraient plus réceptives au soutien positif et qu'elles en bénéficieraient davantage, ce qui expliquerait en partie ces résultats^{22,23}. De plus, parmi les variables de soutien social, ce sont la perception de disponibilité des interactions sociales positives, du soutien émotionnel/informationnel et du soutien affectif qui prédiraient davantage le bien-être psychologique chez les femmes de l'échantillon. De façon similaire, une étude effectuée auprès de gens souffrant de schizophrénie, démontre que ce serait l'attachement (ou soutien émotionnel) ainsi que l'assurance de sa valeur (ou soutien de valorisation personnelle) qui représenteraient les deux composantes du soutien social les plus fortement liées à la qualité de vie²⁴. Par ailleurs, la perception de disponibilité d'un soutien tangible et le nombre de confidents ne sont pas associés de façon significative avec le bien-être psychologique, tel que démontré antérieurement^{25,26,27}.

Les résultats de cette étude n'établissent toutefois pas d'association significative entre les variables de soutien social à l'étude et la détresse psychologique, contrairement à ce qui a déjà été observé en présence d'un trouble de dépression majeure²⁸. Une étude effectuée dans le cadre d'une enquête nationale a également observé l'absence d'association entre le soutien positif et des symptômes d'anxiété et de dépression²⁹. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ce serait plutôt les interactions sociales négatives qui seraient liées

à la détresse psychologique. En effet, certaines tentatives d'aide de la part des proches (p.ex., les critiques ou la pression) peuvent s'avérer être des sources de conflits et de stress^{30,31,32}. Cette association aurait d'ailleurs été observée chez des victimes d'agression sexuelle, chez des gens atteints de cancer et chez des gens s'occupant de personnes atteintes de maladies mentales^{33,22,34}. Dans un autre ordre d'idées, la perception d'un soutien positif peut contribuer au maintien des symptômes de détresse psychologique. À titre d'exemple, un proche qui encouragerait une personne agoraphobe à ne pas affronter une situation anxiogène ou qui l'accompagnerait dans ses déplacements contribuerait à maintenir ses symptômes. Cette hypothèse pourrait expliquer en partie l'absence de relation entre le soutien positif et la détresse.

Finalement, les résultats de cette étude confirment d'autant plus ce qui avait été soulevé par Massé et ses collaborateurs à propos de l'importance d'évaluer deux aspects de la santé mentale, soit la détresse et le bien-être psychologique, afin d'obtenir davantage de précisions sur leurs corrélats¹⁰. En effet, la combinaison de ces deux mesures a permis de distinguer les effets du soutien social sur les différents aspects de la santé mentale d'une personne avec un trouble anxieux.

Limites

D'une part, l'ESCC 1.2 a été effectuée sur une base volontaire. Or, les gens souffrant d'un trouble mental seraient plus susceptibles de ne pas accepter ou de ne pas être capable de participer à ce genre d'étude³⁵. Le taux modéré de participation est toutefois compensé par la forte représentativité de l'échantillon. De plus, la nature transversale de l'enquête limite les interprétations quant aux relations causales concernant les effets du soutien social sur la santé

mentale des individus avec un trouble anxieux. L'étude a d'autant plus été réalisée à partir de seulement trois troubles anxieux, ce qui limite les conclusions. D'autre part, l'absence de mesures des interactions sociales négatives est une limite importante de cette étude. Comme mentionné précédemment, il aurait été intéressant d'observer si les interactions négatives sont plus fortement liées à la détresse et au bien-être psychologique chez les personnes anxieuses que le soutien social. Enfin, l'absence d'une mesure du soutien de valorisation personnelle (p.ex. on me considère compétent, on admire mes talents, etc.) représente également une limite importante puisque ce type de soutien a déjà été démontré comme étant un des prédicteurs principaux de la qualité de vie chez les gens avec un problème de santé mentale ²⁴.

Applications cliniques

L'éclairage effectué dans cette étude confirme l'importance de porter une attention particulière au soutien social dispensé aux femmes avec un trouble anxieux. L'évaluation et l'amélioration de la qualité du soutien social, notamment du soutien émotionnel/informationnel, du soutien affectif et des interactions sociales positives, doivent être privilégiées dans un cadre d'intervention clinique auprès de ces personnes. De plus, une attention particulière devrait être apportée, dans le cadre d'un traitement, à l'enseignement de stratégies de soutien adéquates et adaptées aux problèmes d'anxiété ³⁶.

Références

- 1- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-627.

- 2- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: A population study. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(3): 196-202.

- 3- Caron J, Latimer E, Tousignant M. Predictors of psychological distress and quality of life in disadvantaged socio-économique populations of Montreal. *J Urban Health* 2002; 79(4): S60-S61.

- 4- Finch JF, Okun MA, Pool GJ, Ruehlman LS. A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *J Person* 1999; 67(4): 581-621.

- 5- Kessler RC, McLeod JD. Social support and mental health in community sample, dans: Cohen S, Syme SL (éd.), *Social support and health*. New York, Academic Press, 1985.

- 6- Fokias D, Tyler P. Social support and agoraphobia: A review. *Clin Psychol Rev* 1995; 15: 347-366.

- 7- Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale : Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Rev Santé Mentale au Québec* 2005; XXX(2) : 15-42.
- 8- Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 730-742.
- 9- Prévaille M, Boyer R, Potvin L, Perrault C, Légaré G. *La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Montréal, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 1992.
- 10- Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A. The structure of mental health : Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Soc Indicators Res* 1998; 45: 475-504.
- 11- Parmentier TR. Quality of life as a concept and measurable entity. *Soc Indicators Res* 1994; 33: 3-46.
- 12- Vaux A. *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, Praeger Publishers; 1988.
- 13- Coventry WL, Gillespie NA, Heath AC, Martin NG. Perceived social support in a

large community sample: Age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 : 625-636.

- 14- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 : Fichier de microdonnées public*. Montréal, QC, 2002.
- 15- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, cycle 1.2 : Guide du fichier maître*. Montréal, QC, 2002.
- 16- Kessler R, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Mental Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res* 1998; 7(4) : 171-85.
- 17- Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A.
Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Rev can santé publique* 1998; 89(5) : 352-357.
- 18- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-LT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32: 959-976.
- 19- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Support Survey (Medical Outcome Study Social Support Survey). *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-714.

- 20- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2: Spécifications des variables dérivées*. Montréal, QC, 2002.
- 21- Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 143-151.
- 22- Manne SL, Taylor KL, Dougherty J, Kemeny N. Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *J Behav Med* 1997; 20(2): 101-125.
- 23- Acitelli L, Antonucci T. Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 688-698.
- 24- Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J* 2005; 41(4): 399-417.
- 25- Schuster T, Kessler R, Aseltine R. Supportive interactions, negative interactions and depressed mood. *Am J Community Psychol* 1990; 18: 423-438.
- 26- Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social support and depressive systems in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135(4): 356-368.

- 27- King LA, King DW, Foy DW, Keane TM, Fairbank JA.
Post-traumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 164-170.
- 28- Antonucci TC, Fuhrer R, Dartigues J. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community dwelling French elderly. *Psychol Aging* 1997; 12: 189-195.
- 29- Bertera EM. Mental health in U. S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *J Soc Pers Relationships* 2005; 22(1): 33-48.
- 30- Coyne JC, Downey G. Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol* 1991; 42: 401-425.
- 31- Ingersoll-Dayton B, Morgan D, Antonucci T. The effects of positive and negative social exchanges on aging adults. *J Gerontology: Social Sciences* 1997; 52B: S190-S199.
- 32- Rook KS. Parallels in the study of social support and social strain. *J Soc Clin Psychol* 1990; 9: 118-132.

- 33- Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptoms severity and social reactions in sexual assault victims *J Trauma Stress* 2001; 14(2): 369-389.
- 34- Rauktis ME, Koeske GF, Tereshko O. Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *Am J Community Psychol* 1995; 23(2): 279-299.
- 35- Pelham BW, Blanton H. *Conducting research in psychology : Measuring the weight of smoke*, 2^e éd. Belmont (CA), Thomson Wadsworth, 2003.
- 36- Guay S. Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux. *Psychologie Québec* Mai 2005; 30-32.

Note des auteurs

Auteur pour la correspondance : Edith St-Jean-Trudel, Centre d'Étude sur le Trauma,
7401 Hochelaga, Montréal, Qc., Canada, H1N 3V2.

Tél: 514 251-4000, x.3574. Fax: 514 251-4014.

Courriel: edith.stjean@videotron.ca

Tableau 1
Comparaisons des variables dépendantes et des prédicteurs chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux (n = 1 803)

Variables	Hommes	Femmes	<i>t</i>
	M (ET)	M (ET)	
Bien-être psychologique	63,16 (18,43)	64,35 (17,97)	-1,31
Détresse psychologique	14,13 (7,95)	13,70 (8,09)	1,10
Âge	38,88 (14,03)	38,39 (15,78)	,65
Nombre de confidents	6,00 (8,11)	5,73 (5,320)	,83
	N (%)	N (%)	χ^2
État matrimonial			,23
Mariés/union libre	238 (38,10)	464 (39,40)	
Divorcés/séparés/célibataires/veufs (r)	385 (61,80)	715 (60,64)	
Niveau de scolarité			1,99
Études secondaires partielles (r)	167 (26,81)	329 (27,98)	
Diplôme d'études secondaires	114 (18,30)	236 (20,07)	
Études post-secondaires partielles	68 (10,91)	133 (11,31)	
Diplôme post-secondaire	274 (43,98)	478 (40,65)	
Revenu			9,47†
Faible revenu§	116 (18,6)	291 (24,7)	
Revenu moyen/élevé (r)	477 (80,44)	818 (73,76)	

Trouble anxieux et soutien social 47

Trouble de dépression majeure			3,96
Oui	215 (34,5)	364 (30,9)	
Non (r)	408 (65,38)	808 (68,53)	
Soutien affectif			30,44‡
Faible à modéré (r)	232 (37,79)	292 (25,22)	
Élevé	382 (61,2)	866 (73,5)	
Soutien émotionnel/informationnel			29,19‡
Faible à modéré (r)	322 (52,53)	452 (39,13)	
Élevé	291 (46,6)	703 (59,6)	
Interactions sociales positives			17,99‡
Faible à modéré (r)	290 (47,23)	427 (36,84)	
Élevé	324 (51,9)	732 (62,1)	
Soutien tangible			3,83*
Faible à modéré (r)	274 (44,55)	459 (39,74)	
Élevé	341 (54,6)	696 (59,0)	

(r) = catégorie de référence.

* Statistiquement significatif à 0.05.

† Statistiquement significatif à 0.01.

‡ Statistiquement significatif à 0.001.

§ Faible revenu - < 15 000 si 1 ou 2 personnes, < 20 000 si 3 ou 4 personnes, < 30 000 si 5 personnes et plus.

Toutes les analyses sont pondérées selon le poids suggéré par Statistique Canada.

Tableau 2
Coefficients de corrélation de Pearson (r) entre les prédicteurs et les variables potentiellement confondantes avec le bien-être psychologique et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux (n = 1 803)

Variables	Bien-être psychologique		Détresse psychologique	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge	,054	,044	,044	-,041
État matrimonial	-,177†	-,136†	,104†	,120†
Niveau de scolarité	,122†	,028	-,159†	-,115†
Revenu	,191†	,120†	-,154†	-,224†
Trouble de dépression majeure	-,434†	-,218†	,417†	,240†
Nombre de confidents	,202†	,191†	-,156†	-,179†
Soutien affectif	,304†	,308†	-,201†	-,235†
Soutien émotionnel/informationnel	,297†	,355†	-,220†	-,258†
Interactions sociales positives	,355†	,389†	-,261†	-,278†
Soutien tangible	,249†	,247†	-,143†	-,181†

* Statistiquement significatif à 0.05.

† Statistiquement significatif à 0.01.

Toutes les analyses sont pondérées selon le poids suggéré par Statistique Canada.

Tableau 3
Résumé d'analyse de régression pour le bien-être psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux (n=1 803)

Variables	Hommes			Femmes		
	β	IC _{95%}	<i>p</i>	β	IC _{95%}	<i>p</i>
Âge	0,02	[-0,13; 0,17]	0,78	0,07	[-0,01; 0,16]	0,09
Mariés/union libre (vs. Divorcés/séparés/célibataires/veufs)	-0,49	[-5,49; 5,49]	0,85	1,32	[-0,95; 3,59]	0,25
Diplôme secondaire (vs. Études secondaires partielles)	-2,83	[-8,45; 2,79]	0,31	0,89	[-2,61; 4,39]	0,61
Études post-secondaires partielles (vs. Études secondaires partielles)	0,39	[-5,09; 5,87]	0,89	-0,19	[-4,13; 3,75]	0,92
Diplôme post-secondaire (vs. Études secondaires partielles)	2,97	[-6,84; 12,78]	0,16	1,14	[-1,63; 3,91]	0,41
Faible revenu (vs. Revenu moyen/élevé)	-4,43	[-9,00; 0,16]	0,05	2,26	[-0,78; 5,29]	0,14
Trouble de dépression majeure (vs. Sans trouble de dépression majeure)	-14,22†	[-19,87; -8,57]	0,00	-9,04†	[-11,70; -6,38]	0,00
Nombre de confidents	0,22	[-0,01; 0,44]	0,06	0,21	[-0,01; 0,42]	0,05
Soutien affectif élevé (vs. Soutien affectif faible à modéré)	2,80	[-2,32; 7,92]	0,27	3,44*	[0,13; 6,75]	0,04

Troubles anxieux et soutien social 50

Soutien émotionnel/informationnel élevé (vs. Soutien émotionnel/informationnel faible à modéré)	2,99	[-2,93; 8,92]	0,31	5,38†	[2,50; 8,26]	0,00
Interactions sociales positives élevées (vs. Interactions sociales positives faibles à modérées)	5,43	[-0,16; 11,02]	0,05	7,81†	[4,49; 11,13]	0,00
Soutien tangible élevé (vs. Soutien tangible faible à modéré)	-2,31	[-10,48; 5,86]	0,57	0,52	[-2,20; 3,24]	0,70

* Statistiquement significatif à 0.05.

† Statistiquement significatif à 0.001.

Tous les modèles ont été analysés selon la méthode du *bootstrap* utilisant Bootvar 3.1 (Statistique Canada).

Tableau 4
Résumé d'analyse de régression pour la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux (n=1 803)

Variables	Détresse psychologique					
	Hommes			Femmes		
	β	IC (95%)	<i>p</i>	β	IC (95%)	<i>p</i>
Âge	0,06	[-0,01; 0,12]	0,07	-0,03	[-0,06; 0,01]	0,15
Mariés/union libre (vs. Divorcés/séparés/célibataires/veufs)	1,17	[-0,50; 2,84]	0,16	0,468	[-0,65; 1,58]	0,40
Diplôme secondaire (vs. Études secondaires partielles)	-0,77	[-3,05; 1,51]	0,50	-0,88	[-2,66; 0,90]	0,32
Études post-secondaires partielles (vs. Études secondaires partielles)	-3,33*	[-5,77; -0,89]	0,01	-1,22	[-2,98; 0,54]	0,16
Diplôme post-secondaire (vs. Études secondaires partielles)	-3,33†	[-5,13; -1,78]	0,00	-1,16	[-2,41; 0,09]	0,06
Faible revenu (vs. Revenu moyen/élevé)	0,71	[-1,25; 2,67]	0,47	1,60	[-0,31; 2,90]	0,01
Trouble de dépression majeure (vs. Sans trouble de dépression majeure)	7,96†	[6,39; 9,52]	0,00	7,20†	[5,90; 8,50]	0,00
Nombre de confidents	-0,02	[-0,14; 0,09]	0,71	-0,10	[-0,22; 0,02]	0,09
Soutien affectif élevé (vs. Soutien affectif faible à modéré)	-1,97	[-4,25; 0,30]	0,08	-1,46	[-3,02; 0,09]	0,06

Troubles anxieux et soutien social 52

Soutien émotionnel/informationnel élevé (vs. Soutien émotionnel/informationnel faible à modéré)	-0,42	[-2,63; 1,79]	0,70	-1,20	[-2,59; 0,20]	0,09
Interactions sociales positives élevées (vs. Interactions sociales positives faibles à modérées)	-1,70	[-4,01; 0,62]	0,14	-1,48	[-3,26; 0,31]	0,10
Soutien tangible élevé (vs. Soutien tangible faible à modéré)	0,60	[-1,43; 2,62]	0,56	-0,66	[-2,11; 0,78]	0,36

*Statistiquement significatif à 0.01.

†Statistiquement significatif à 0.001.

Tous les modèles ont été analysés selon la méthode du *bootstrap* utilisant Bootvar 3.1 (Statistique Canada).

CHAPITRE III

DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE MESURANT LE SOUTIEN SOCIAL EN SITUATION D'ANXIÉTÉ AUPRÈS D'UNE POPULATION UNIVERSITAIRE

Article publié en 2005 dans la revue *Santé mentale au Québec*, vol. XXX, no 1, p. 11-29.

En-tête : SOUTIEN SOCIAL ET ANXIÉTÉ

Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation
d'anxiété auprès d'une population universitaire

Edith St-Jean-Trudel¹

Stéphane Guay²

André Marchand³

Kieron O'Connor⁴

¹Étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

²Chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin

³Professeur titulaire à l'Université du Québec à Montréal

⁴Chercheur au Centre de recherche Fernand-Seguin

Résumé

Une nouvelle mesure du soutien social spécifique aux troubles anxieux a été développée, il s'agit du « Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété » (QCSA; Guay, Marchand, O'Connor, 2003). Cette étude vise à présenter et valider cet outil. Le QCSA mesure le soutien social perçu et les interactions sociales négatives. Auprès d'un échantillon composé de 257 étudiants universitaires, le QCSA présente de bonnes propriétés psychométriques (consistance interne et validité convergente). Suite à l'analyse factorielle, trois facteurs ont été identifiés: 1) coercition et critique; 2) gestion de l'anxiété et renforcement; et 3) distraction. Des corrélations significatives avec des mesures d'anxiété, de fonctionnement et de détresse psychologique en font un outil fort utile pour évaluer le soutien social en lien avec la santé mentale.

Mots clés : Soutien social, anxiété, évaluation, échelle, mesure, questionnaire.

Abstract

This article presents a new scale measuring social support specifically among anxiety disorders. The “Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d’anxiété”(QCSA; Guay, Marchand, O’Connor, 2003) consists of 65 items measuring positive and negative perceived social support. Among a sample of 257 university students, the QCSA shows good psychometric properties (internal consistency and correlations with related constructs). Results of an exploratory factor analysis identified three factors: 1) Criticisms and coercive strategies, 2) Anxiety management helping and reinforcement, and 3) Distraction. Significant correlations were found with measures of anxiety, functioning and psychological distress. The QCSA is an adequate scale to evaluate social support in relation to mental health.

Key words: Social support, anxiety, evaluation, scale, measure, questionnaire.

Introduction

Le lien entre le soutien des proches et la santé mentale n'est plus à démontrer (voir Coyne et Downey, 1991 pour une recension des écrits). En effet, le soutien social fait partie des principaux facteurs associés à la santé mentale (Thoits, 1995). Le soutien social est reconnu pour être un construit multidimensionnel. Le soutien social dit fonctionnel fait l'objet de la présente étude et fait référence aux comportements d'aide perçus ou reçus de la part des proches qui sont en lien avec les besoins de l'individu devant composer avec une situation stressante (Cohen et Wills, 1985; Wills et Fegan, 2001).

À titre de troubles mentaux, les troubles anxieux constituent la catégorie la plus prévalente dans la population générale (à vie : 28,8%; 12 derniers mois : 18,1%; Kessler *et al.*, 2005a; Kessler *et al.*, 2005b). Au Canada, les prévalences pour le trouble panique, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété sociale sont respectivement de 1,6%, 0,7% et 3,0% auprès d'individus âgés de 16 à 65 ans (Statistique Canada, 2003). Il est également rapporté que 25% des individus ont déjà vécu des réactions d'anxiété intenses au cours de leur vie (Ladouceur, Marchand et Boisvert, 1999). Les troubles anxieux, ainsi que des niveaux d'anxiété élevée mais non clinique, peuvent avoir des impacts négatifs importants sur la qualité de vie ainsi que sur la situation sociale, occupationnelle et économique des individus qui en souffrent (Gladis *et al.*, 1999; Mendlowicz et Stein, 2000). Or, il semble que le soutien social peut atténuer les effets négatifs de l'anxiété et ainsi contribuer au maintien de la santé mentale des individus anxieux. Pourtant, les études sur les facteurs explicatifs dans le développement ou le maintien de l'anxiété ciblent rarement le soutien social. En effet, celles-ci se penchent davantage sur des modèles plus biologiques et cognitifs, notamment dans le cas du trouble panique, de l'agoraphobie et du trouble d'anxiété sociale (Margraf *et al.*, 1993; Rosenbaum *et al.*, 1994; Salkovskis *et al.*, 1991).

L'état de nos connaissances sur la relation entre le soutien social et les troubles anxieux est moins étendu comparativement à celui d'autres psychopathologies telles que la dépression (Beach, 2001) ou l'abus d'alcool (Halford et Bouma, 1997). Une des raisons expliquant ce constat provient du fait qu'aucun instrument ne permet de mesurer la qualité du soutien des proches en fonction des différentes réactions d'anxiété (pour une revue des principales mesures de soutien social voir Wills et Shinar, 2000). En effet, les comportements

de soutien visant à diminuer les réactions anxieuses de type panique, les inquiétudes excessives, les obsessions, l'hyperactivité neurovégétative et l'évitement sont différents des comportements de soutien visant à diminuer la tristesse ou la consommation d'alcool ou encore à aider une personne à palier une limitation physique. La spécificité des besoins entraînés par des réactions anxieuses par rapport à d'autres émotions ou problèmes de santé suggère donc la pertinence de développer un instrument propre à cette problématique.

Effets spécifiques du soutien social sur l'anxiété

L'étude du soutien social auprès d'individus avec un trouble anxieux soulève des défis particuliers concernant l'identification des comportements de soutien fonctionnel, c'est-à-dire qui correspondent aux besoins des individus avec un trouble anxieux. En effet, certains comportements de soutien peuvent être perçus comme étant constructifs par les individus anxieux parce qu'ils entraînent un soulagement rapide de l'anxiété. Or, plusieurs de ces comportements peuvent contribuer au développement ou au maintien de l'anxiété. Par exemple, un individu avec un trouble d'anxiété généralisée qui se fait fréquemment conseiller de manière rassurante par un proche au sujet de ses inquiétudes va généralement rapporter une impression positive de cette forme de soutien alors que la recherche de réassurance constitue une forme d'évitement et donc un facteur de maintien du trouble (Campbell et Brown, 2002). Il en va de même quand un proche tente de sécuriser un individu anxieux en l'aidant de manière tangible (p. ex. en conduisant la voiture à la place d'un individu qui a peur de faire une attaque de panique et de s'évanouir au volant; Marchand et Boivin, 1999). Malheureusement, aucune mesure de soutien social existante ne permet d'évaluer ces dimensions de manière spécifique aux troubles anxieux.

De plus, la majorité des questionnaires de soutien social ne mesure que les dimensions positives des rapports de soutien. Or, des études démontrent que les interactions sociales négatives avec les proches apparaissent plus fortement liées à la santé psychologique des individus que les interactions positives (Rook, 1984; Sarason *et al.*, 1993; Fiore, Becker et Coopel, 1983) et que leurs effets sur la santé psychologique sont indépendants de ceux des interactions positives (Abbey, Abramis et Caplan, 1985; Rook, 1984). À cet effet, les résultats d'une étude pilote réalisée auprès d'un groupe d'individus anxieux (St-Jean-Trudel,

Guay et Bonaventure, 2003) indiquent que le soutien social est en relation linéaire avec la détresse psychologique de ces personnes. Néanmoins, bien que les mesures utilisées, soit l'Échelle de provisions sociale (EPS; Cutrona et Russel, 1987; Caron, 1996) et le Questionnaire sur le soutien perçu (QSP; Manne *et al.*, 1997; Guay et Miller, 2000) soient pertinentes, elles présentent des limites importantes. En effet, l'EPS ne mesure que le soutien positif et le QSP ne permet d'évaluer qu'un nombre restreint de comportements pouvant être émis lorsqu'une personne est anxieuse. Ainsi, le développement d'un outil mesurant à la fois la perception des interactions sociales négatives et du soutien social en plus d'inclure un large éventail des divers types de soutien en lien spécifiquement avec l'anxiété semble essentiel. Cet outil permettrait de mieux évaluer l'impact des comportements de soutien social perçus en situation d'anxiété et par le fait même de mieux comprendre l'impact du soutien social dans le développement et le maintien des réactions anxieuses.

Principalement, l'objectif de la présente étude consiste à présenter le Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA) et surtout à évaluer les propriétés psychométriques de ce nouvel instrument mesurant le soutien social et les interactions sociales négatives en situation d'anxiété. Il s'agit d'une première étape visant à établir la validité et la pertinence de cet instrument de mesure. Les objectifs spécifiques sont l'évaluation de la structure factorielle, des indices de consistance interne et de validité convergente du questionnaire auprès d'une population d'étudiants universitaires. Il est attendu que le QCSA présentera des évidences de validité convergente avec d'autres mesures de soutien social et qu'il corrèlera de façon significative avec le degré d'anxiété des répondants et leur fonctionnement psychosocial.

Méthodologie

Participants

L'échantillon total se compose de 257 étudiants universitaires de premier cycle (74% sont des femmes), francophones provenant de divers programmes d'étude (psychologie, langues, sciences juridiques, etc.). La taille de l'échantillon est conforme aux suggestions de Nunally (1978). Les participants sont âgés de 17 à 30 ans (moyenne de 23,8 ans). Dans l'échantillon, 66% des femmes et 59% des hommes sont en couple. Parmi les participants en

couple, 54% des femmes et 44% des hommes cohabitent avec leur conjoint(e). Les autres se déclarent célibataires.

Procédure

Pour procéder à la validation du QCSA, les questionnaires sont remis aux participants dans le cadre de cours à l'université et sont récupérés à la fin du cours ou la semaine suivante. Avec l'accord de l'enseignant, l'expérimentatrice présente le projet aux étudiants en expliquant le but de l'étude, ce que représente la participation à cette étude, le contenu des questionnaires présentés ainsi que les modalités d'un consentement éclairé (*voir* Appendice D). Le choix de ce groupe de participants est justifié par le fait que ces cours universitaires incluent des étudiants de tous domaines d'étude et de tout âge.

Instruments de mesure

Les participants complètent une série d'instruments mesurant différentes formes de soutien social, l'anxiété et le fonctionnement psychosocial. Un questionnaire d'informations générales comprenant l'âge, le sexe et le statut matrimonial est également administré.

Soutien social

Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA).

Trois chercheurs et psychologues (Stéphane Guay, André Marchand et Kieron O'Connor du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine) spécialisés dans l'étude des troubles anxieux ont développé un questionnaire visant à mesurer la fréquence de différents comportements de soutien, adéquats ou inadéquats, du proche le plus significatif en lien avec la sévérité des troubles anxieux et ce, lorsque l'individu anxieux manifeste ses symptômes dans une situation particulièrement anxiogène. Pour ce faire, ils constituent un ensemble de 73 items représentant des comportements de soutien susceptibles d'être émis envers le répondant lorsque celui-ci se trouve dans une situation où il se sent anxieux. Afin de s'assurer de tenir compte de tous les types de soutien pouvant être dispensés

auprès d'une population anxieuse et de rendre compte adéquatement du construit évalué, les items sont ensuite remis à dix collègues chercheurs et cliniciens dans le domaine des troubles anxieux afin qu'ils donnent leur avis sur le degré de représentativité du construit mesuré pour chacun des items sur une échelle allant de 1 (nul) à 9 (très élevé). Les répondants pouvaient également suggérer des items qui n'étaient pas inclus dans cet ensemble. La moyenne du degré de représentativité pour l'ensemble des évaluateurs est de 7 avec un écart-type de 0,85. Tous les items se situant à un écart-type et moins sous la moyenne quant à leur degré de représentation du construit sont rejetés (p. ex. me donne de l'affection, s'en va, me prend dans ses bras, évite de me toucher, etc.). Après révision, 62 items sont retenus et 3 autres sont ajoutés parce que suggérés par les chercheurs-cliniciens consultés, pour un total de 65 items.

Le QCSA (Guay, Marchand et O'Connor, 2003) est donc un instrument de mesure auto-administré comprenant 65 items mesurant les perceptions du répondant quant à différents types de comportements de soutien que son confident le plus significatif peut lui dispenser lorsqu'il est visiblement très anxieux ou angoissé. Les comportements répertoriés couvrent différents types de soutien social, soit le soutien émotionnel (p. ex. me demande comment je me sens; m'encourage à lui parler de mes difficultés; m'aide à affronter mes peurs; respecte mon rythme; essaie de comprendre comment je me sens; tente de me rassurer), le soutien tangible (p. ex. m'accompagne dans mes déplacements; demande des choses pour moi; me protège; interrompt ce qu'il-elle faisait pour m'accommoder), le soutien informationnel (p. ex. me donne des conseils; tente de m'informer par rapport à mon problème; m'aide à interpréter de façon moins catastrophique ce que je vis), le soutien de camaraderie (p. ex. essaie de me changer les idées; fait des blagues qui me détendent; essaie de me faire oublier mon problème; m'aide à me détendre; m'aide à changer mes idées dérangeantes) et les interactions sociales négatives (p. ex. est impatient avec moi; critique ma façon de réagir; me dit d'éviter ou de fuir la situation; me dit que j'exagère; essaie de me confronter; me dit que je suis fou (folle); s'isole de moi). Le répondant doit indiquer, à l'aide d'une échelle en 5 points de type Likert, la fréquence à laquelle survient chacun des comportements énoncés dans les items (*voir* Appendice E).

Échelle de provisions sociales (EPS).

L'EPS (Cutrona et Russell, 1987) permet d'évaluer la perception du soutien social reçu en général. Cette échelle se compose de 24 items mesurant six dimensions du soutien social, soit le soutien émotionnel, l'aide tangible et matérielle, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur et le besoin de se sentir utile et nécessaire. Chacune de ces dimensions se mesure à partir d'une échelle de type Likert à quatre niveaux (1 : fortement en désaccord à 4 : fortement en accord). Il a été traduit et validé au Québec par Caron (1996). La version québécoise présente une excellente consistance interne ($\alpha = ,96$) et une très bonne fidélité test-retest ($r = ,86$). Le score total de cette échelle est utilisé pour les fins de cette étude (*voir* Appendice F).

Questionnaire sur le soutien perçu (QSP).

Le QSP (Manne *et al.*, 1997; Guay et Miller, 2000) mesure les perceptions du répondant concernant la fréquence de comportements de soutien d'un proche au cours du dernier mois. Il a été développé pour étudier les rapports de soutien de femmes ayant été diagnostiquées avec un cancer du sein (Manne *et al.*, 1997). Il a ensuite été adapté pour mesurer le soutien social associé aux difficultés liées à l'anxiété (Guay et Miller, 2000). Il est composé de 24 items répartis sur deux échelles mesurant respectivement la perception du soutien social (11 items) et des interactions sociales négatives (13 items) relative aux difficultés liées à l'anxiété. L'échelle des interactions sociales négatives est divisée en deux sous-échelles soit les comportements de retrait/évitement (8 items) et les critiques (5 items). Les perceptions de la fréquence des comportements sont mesurées à l'aide d'une échelle allant de 1 ("N'a jamais répondu de cette façon") à 4 ("À souvent répondu de cette façon"). La version québécoise présente une très bonne consistance interne pour les échelles de soutien social et des interactions sociales négatives ($\alpha = ,87$ et $,85$ respectivement) et des indices modérés de validité convergente avec l'EPS ($r = ,44$ et $-,43$ respectivement; St-Jean-Trudel, Guay et Bonaventure, 2003). Pour la présente étude, les scores totaux des trois facteurs sont utilisés (*voir* Appendice G).

Anxiété et fonctionnement psychosocial

Inventaire d'anxiété de Beck (IAB).

L'IAB (Beck *et al.*, 1988; Freeston *et al.*, 1994) est un questionnaire composé de 21 items mesurant les principaux symptômes d'anxiété cognitifs et somatiques vécus par les personnes cliniquement anxieuses à travers les différents troubles anxieux tels que répertoriés par le DSM-IV (APA, 1994). Le répondant doit indiquer l'intensité des symptômes au cours de la dernière semaine sur une échelle allant de 0 (« Pas du tout ») à 3 (« Beaucoup »). La version canadienne-française possède, tel que démontré, une très bonne consistance interne (α de ,85 à ,94; Freeston *et al.*, 1994; Fydrich *et al.*, 1992) et une bonne fidélité test-retest à un intervalle de quatre semaines ($r = ,63$; Freeston *et al.*, 1994). Le score total du IAB est utilisé pour les fins de cette étude (voir Appendice H).

Questionnaire d'évaluation du fonctionnement actuel (QEFA).

Le QEFA (Freeston, 1997) mesure le degré de fonctionnement du patient dans sept domaines de la vie soit l'emploi ou l'activité professionnelle, les études, la vie sociale, les passe-temps, les loisirs ou les vacances et enfin les activités quotidiennes (le ménage, les courses, etc.). À partir d'un item unique par domaine de vie, le répondant doit indiquer sur une échelle de 1 (Aucun problème) à 9 (Difficultés sévères) dans quelle mesure ses symptômes d'anxiété ont influencé chacun des domaines décrits. Le score total est également utilisé dans cette étude (voir Appendice I).

Questionnaire de santé mentale (QSM).

Le QSM (Goldberg, 1972) est un court questionnaire auto-administré de 12 items évaluant le fardeau global qu'implique la maladie. Le répondant évalue son fonctionnement dans différentes sphères de la santé mentale (concentration, sommeil, stress, etc.) à partir d'une échelle allant de 1 (Mieux que d'habitude) à 4 (Beaucoup moins que d'habitude). Cet instrument permet d'évaluer la sévérité de ce fardeau et il est le plus utilisé pour détecter toutes formes de maladies mentales (Werneke *et al.*, 2000). Le score global s'étend de 1 à 12. Une analyse factorielle du QSM a détecté trois facteurs : anxiété et dépression, dysfonctions

sociales et perte de confiance et estime de soi. Tel que démontré à partir de l'échantillon concernant cette étude, le QSM possède une très bonne consistance interne ($\alpha = ,85$). Le score total est utilisé pour cette présente étude (*voir* Appendice J).

Résultats

Statistiques descriptives

Des tests t sont effectués sur les moyennes des scores bruts obtenus pour le score total du QCSA afin de vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes et en fonction du fait de cohabiter ou non avec un(e) conjoint(e). Aucune différence significative n'est soulevée pour chacune des sous-échelles ($p >,05$) entre les hommes et les femmes ou reliée au fait de vivre en couple ou non. Puis, l'examen des degrés d'asymétrie et d'aplatissement pour chacun des items n'indique aucune valeur supérieure à +2.00. Il semble donc que les données pour chacun des items se distribuent normalement.

Analyse factorielle exploratoire

La recherche étant de nature exploratoire, il est essentiel d'établir des groupements de variables afin de permettre une compréhension des liens qui existent entre les différents items du questionnaire. Ainsi, une analyse factorielle en composantes principales avec rotations orthogonales de type VARIMAX est effectuée, en accord avec les indices de sphéricité de Bartlett et de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Appuyé par trois critères de décision (valeur propre $> 1,00$, test des éboulis, structure simple), 3 facteurs indépendants sont retenus et ceux-ci regroupent un total de 36 items conservés.

Un seuil libéral de ,32 pour les poids factoriels est utilisé pour inclure les items (Tabachnik et Fidell, 2001). Ce critère d'inclusion est choisi en fonction de la nature de la population. En effet, on peut supposer que la fréquence des réponses au QCSA provenant d'un échantillon universitaire sera différente d'une population cliniquement anxieuse. Par exemple, des items comme : « me dit de prendre des médicaments » ou « m'accompagne dans mes déplacement » peuvent rarement se produire chez une personne n'ayant pas de diagnostic de trouble anxieux, mais peut faire partie du quotidien d'un individu aux prises

avec un trouble panique. Pour cette raison, il est utile de ne pas éliminer les items qui pourraient s'avérer pertinents auprès d'une population souffrant d'un trouble anxieux.

Le Tableau 1 présente les trois facteurs obtenus : 1) Coercition et critique, comportant 19 items dont « est impatient avec moi », « se plaint de mes difficultés », « critique ma façon de réagir » ou « me dit quoi faire » et expliquant 15,54% de la variance totale; 2) Gestion de l'anxiété et renforcement, ayant 11 items dont « me donne des conseils », « interrompt ce qu'il-elle faisait pour m'accommoder », « tente de m'informer par rapport à mon problème » ou « m'incite à ne pas fuir ou éviter la situation » et expliquant 13,48% de la variance et 3) Distraction, comportant 6 items dont « essaie de me changer les idées », « fait des blagues qui me détendent », « essaie de me distraire » ou « essaie de me faire oublier mon problème » et ayant 8,42% de la variance expliquée. Après rotation, les 3 facteurs expliquent 37,36% de la variance expliquée. Tous les items ont une saturation plus élevée sur un des facteurs et la saturation est supérieure à ,36.

Insérer Tableau 1

Indices de fidélité

Dans le but de vérifier la cohérence interne des facteurs du QCSA, donc de s'assurer que l'ensemble des 36 items mesure bien le même concept, trois alphas de Cronbach sont calculés, un pour chacun des facteurs. Des valeurs de ,76 et de ,77 sont obtenues pour les facteurs « Coercition et critique » et « Distraction », ce qui est considéré comme étant bon. Un coefficient de ,87 est calculé pour le facteur « Gestion de l'anxiété et renforcement », ce qui est considéré très bon selon Nunally (1978).

Indices de validité convergente

Afin de vérifier si le construit mesuré avec le QCSA converge avec celui d'autres instruments de mesure du soutien social, des analyses de corrélation bilatérale de Pearson sont d'abord effectuées entre les 3 facteurs du QCSA et le score total à l'EPS.

Insérer Tableau 2

Les résultats indiquent des corrélations significatives modérées entre les trois facteurs du QCSA et le score total à l'EPS. Le facteur « Coercition et critique » du QCSA est associé négativement au score total à l'EPS. Les deux autres facteurs du QCSA sont associés positivement à l'EPS. Ensuite, le même type d'analyse est effectué avec les trois facteurs du QSP. On observe alors un lien négatif faible, mais significatif entre le facteur « Coercition et critique » du QCSA et le facteur « Soutien positif » du QSP. Les deux autres facteurs du QCSA sont associés positivement et de force modérée à la mesure de soutien positif du QSP. Ces deux corrélations sont également significatives. On peut également observer de fortes corrélations positives, significatives entre le facteur « Coercition et critique » du QCSA et les facteurs « Critiques » et « Évitement » du QSP. Le facteur « Gestion de l'anxiété » est lui aussi lié de façon significative, mais faiblement aux facteurs du QSP mentionnés ci-haut. Seuls les coefficients entre le facteur « Distraction » du QCSA et les facteurs « Critiques » et « Évitement » ne se sont pas révélés significatifs. Les résultats indiquent donc des différences significatives pour la plupart entre le QCSA et des instruments fréquemment utilisés mesurant le même construit.

Des analyses de corrélation sont également effectuées afin d'évaluer si la qualité du soutien social est liée aux mesures d'anxiété (IAB), de fonctionnement (QEFA) et de détresse psychologique (QSM).

Insérer Tableau 3

Les résultats indiquent un lien positif modéré significatif entre les interactions sociales négatives (facteur « Coercition et critique » du QCSA) et l'anxiété. Ensuite, seul le facteur « Gestion de l'anxiété et renforcement » est associé de façon significative, mais faiblement au degré d'anxiété. Il semble donc que l'anxiété soit liée à la perception des interactions sociales négatives et inversement en ce qui concerne le soutien social. En deuxième lieu, on constate que le niveau de fonctionnement est lié de façon significative aux interactions sociales négatives. Les gens percevant davantage de ce type d'interactions ont donc un niveau de fonctionnement de moindre qualité. Le facteur positif « Gestion de l'anxiété et renforcement » est également associé significativement au degré de fonctionnement, mais il s'agit d'un lien faible. Finalement, on constate que les individus vivant davantage de détresse psychologique perçoivent également plus d'interactions sociales négatives de la part de leur

entourage. Le contraire étant aussi vrai. Seul le facteur « Distraction » ne s'est pas révélé associé significativement aux trois mesures.

Discussion

Le soutien social a rarement été évalué en lien avec l'anxiété. Le manque d'instrument de mesure adéquat pour évaluer ce construit multidimensionnel explique en partie ce phénomène. Le but de la présente étude consiste à présenter et valider un instrument pouvant mesurer le soutien social de façon spécifique aux situations d'anxiété élevée. Le QCSA est un questionnaire auto-administré conçu pour cibler les comportements de soutien susceptibles d'être dispensés auprès d'une clientèle faisant face à des situations anxiogènes. Il se compose de 36 items mesurant autant la perception du soutien social que des interactions sociales négatives. Les résultats de la présente étude suggèrent qu'auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires, le QCSA présente des propriétés psychométriques satisfaisantes.

Suite à une analyse factorielle, trois facteurs sont retenus dont un évalue les interactions sociales négatives et deux, le soutien social. Chacun des facteurs présente des indices de consistance interne soit bons ou très bons. Par ailleurs, le faible taux de variance expliquée par l'ensemble des facteurs (37%) peut être expliqué par le fait que la population évaluée présente somme toute peu de situations d'anxiété élevée comparativement à une population cliniquement anxieuse. En effet, certains comportements soulevés dans le questionnaire peuvent ne pas se présenter très fréquemment pour un individu sans diagnostic de trouble anxieux et, au contraire, faire partie du quotidien d'une personne avec un trouble panique ou un trouble d'anxiété sociale. Le pourcentage de variance expliquée de chacun des facteurs sera possiblement augmenté lorsque le QCSA sera validé auprès d'un échantillon cliniquement anxieux.

Par ailleurs, le QCSA montre plusieurs évidences de validité convergente. En effet, plusieurs liens significatifs sont démontrés entre le QCSA, l'EPS et le QSP. La force des corrélations est modérée pour la plupart et considérée acceptable étant donné que les participants à cette étude sont tous universitaires et ont donc un fonctionnement social relativement bon. Il sera intéressant d'évaluer ces mêmes liens auprès d'une clientèle cliniquement anxieuse.

Les résultats des analyses corrélationnelles démontrent également que le QCSA présente des associations significatives allant de faibles à modérées avec l'anxiété, le degré de fonctionnement ainsi que la détresse psychologique. Tout comme démontré dans la littérature, on observe un lien entre la qualité du soutien social perçu et la santé mentale. Seul le facteur « Distraction » ne s'est pas révélé significatif. Il est possible que ces comportements de soutien ne soient ni nuisibles, ni aidant. Néanmoins, le fait que ce facteur soit associé au soutien social dans cette étude appuie son maintien dans le questionnaire. La pertinence de conserver ce facteur dans le questionnaire sera évaluée auprès d'une clientèle avec un trouble anxieux. Le QCSA s'avère donc un instrument prometteur pour évaluer le soutien social compte tenu du fait que certaines propriétés restent à vérifier auprès de la population pour lequel il a été conçu.

Sur le plan clinique, le QCSA présente plusieurs avantages dont celui d'être concis. Il peut donc s'intégrer facilement à un processus d'évaluation clinique. En permettant d'identifier rapidement les comportements de soutien social pouvant contribuer au maintien de l'anxiété, ce questionnaire peut faciliter l'enseignement de stratégies de soutien adéquates aux proches d'une personne anxieuse. Certains items de l'instrument permettent de plus d'identifier rapidement les stratégies d'évitement et d'exposition déjà utilisée par l'individu anxieux (p. ex. m'incite à ne pas fuir ou éviter la situation, m'incite à interrompre un comportement inutile ou m'accompagne dans mes déplacements) ce qui peut s'avérer utile pour l'élaboration d'un plan d'intervention. L'utilisation du QCSA peut finalement contribuer à l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie conventionnelle auprès des troubles anxieux. En effet, s'il est administré à plusieurs moments au cours d'une thérapie, le QCSA pourrait renseigner sur l'évolution des stratégies de soutien adoptées permettant ainsi d'ajuster certaines techniques d'intervention.

La principale limite de la présente étude réside dans l'utilisation d'un échantillon pouvant s'avérer être non représentatif de la population ciblée par le QCSA. Or, étant donné que l'anxiété constitue une des sensations les plus répandues dans la population générale (Ladouceur *et al.*, 1999) et que l'élaboration d'un questionnaire nécessite de valider son contenu auprès d'un vaste échantillon (DeVellis, 1991), le recours à un échantillon universitaire s'avère approprié. Il demeure cependant essentiel que le QCSA fasse l'objet

d'études approfondies avec des personnes aux prises avec un trouble anxieux, ce qui implique que la structure factorielle des items devra être analysée de nouveau.

En dernier lieu, des analyses de fidélité test-retest et de validité discriminante, avec un échantillon témoin par exemple, pourraient également contribuer à étoffer l'analyse psychométrique du QCSA. Une analyse de la sensibilité du questionnaire pourrait aussi s'avérer pertinente afin d'observer si le QCSA permet de soulever les différences suite à une intervention visant à améliorer les comportements de soutien d'un proche. Il sera finalement utile de valider l'instrument auprès d'une population moins scolarisée afin de vérifier la compréhensibilité des items.

En somme, les résultats de cette étude suggèrent que le QCSA semble un instrument pertinent et valide. Le QCSA représente un instrument fort utile pour mesurer le soutien social et les interactions sociales négatives en situation d'anxiété. Son utilisation dans le traitement de l'anxiété pathologique pourrait non seulement contribuer à l'identification des perceptions des individus en ce qui concerne la qualité du soutien octroyé, mais aussi à la compréhension des facteurs incitant les proches à adopter certains comportements de soutien selon le type de réactions anxieuses.

Références

- Abbey, A., Abramis, D.J., et Caplan, R.D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-129.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: APA Press.
- Beach, S. R. H. (2001). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Campbell, L. A., et Brown, T. A. (2002). Generalized anxiety disorder in Antony M.M., Barlow D. H., (Eds.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York, Guilford Press, 147-177.
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales: Une validation québécoise, *Santé Mentale au Québec*, 21, 158-180.
- Cohen, S., et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coyne, J. C., et Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Cutrona, C. E., et Russell, D. (1987). The provisions of social support and adaptation

to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.

- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development : Theory and Applications*. Sage publications, Newbury Park.
- Fiore, J., Becker, J., et Coppel, D. A. B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress? *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-440.
- Freeston, M. H. (1997). *L'évaluation du fonctionnement actuel*, Document inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., et Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, XX, 47-55.
- Fydrich, T., Dowdall, D., et Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of the Anxiety Disorders*, 6, 55-61.
- Gladis, M. .M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., et Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, London.
- Guay, S., et Bonaventure, M. (2002). Le soutien social et les troubles anxieux. Conférence présentée à la Clinique en intervention cognitivo-comportementale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Guay, S., Marchand, A. et O'Connor, K. (2003). Questionnaire de soutien en situation d'anxiété (QCSA). Document inédit. *Centre de recherche Fernand-Seguin*.

- Guay, S., et Miller, J.-M. (2000). *Traductions du Perceived Supportive Spouse Behaviors et du Perceived Negative Spouse Behaviors*. Document inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Halford, W. K., et Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress in Halford, W.K., Markman, H.J. (Eds.), *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions*. Wiley, London, 291-321.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Jin, R., Merikangas, K. R., et Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Ladouceur, R., Marchand, A., et Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Gaëtan Morin, Montréal.
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., et Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Marchand, A., et Boivin, I. (1999). Le trouble panique in Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J.-M. (Eds.), *Les troubles anxieux: Approche cognitive et comportementale*. Montréal, Gaëtan Morin, 59-94.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., et Telch, M. J. (1993). Psychological

treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 31(1), 1-8.

Mendlowicz, M. V., Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*, McGraw-Hill, New York.

Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.

Rosenbaum, J. F., Bierderman, J., Pollock, R. A., et Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-16.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackman, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure of breathing retraining. *Behavior Research and Therapy*, 29(2), 161-166.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., et Sarason, I. G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support : Parent's view of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1071-1085.

Statistique Canada. (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être. *Le Quotidien*, 3 septembre.

St-Jean-Trudel, E., Guay, S., et Bonaventure, M. (2003). Social support and anxiety disorders: A pilot study. Affiche présentée à l'AABT's 37th Annual Convention, Boston, MS.

Tabachnick, B. G., et Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Allyn and Bacon: Boston.

- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes : Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behaviour*, Special Issue, 53-79.
- Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I., et Üstün, B. T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30, 823-829.
- Wills, T. A., et Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support in Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb B. H. (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention*. Oxford University Press, New York, 86-135 .
- Wills, T. A., et Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support in Baum, A., Revenson, T.A., Singer, J.E., (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 209-234.

Note des auteurs

Auteur pour la correspondance : Edith St-Jean-Trudel, Centre de recherche Fernand-Seguin,
7331 Hochelaga, Montréal, Qc., Canada, H1N 3V2.

Tél: 514 251-4015, x.3574. Fax: 514 251-4014.

Courriel: edith.stjean@videotron.ca

Tableau 1
Facteurs identifiés et libellés de chacun des items (N=250)

Items	Facteurs		
	Coercition et critique	Gestion anxiété et renforcement	Distraction
Met de la pression	,74	-,12	-,12
Me critique	,68	-,19	,02
Me culpabilise	,65	-,21	,05
Critique ma façon de réagir	,65	-,13	-,03
Tanné de m'entendre	,62	-,20	,06
Se plaint	,59	-,11	-,09
Pas de pression	-,51	,08	,25
Respecte rythme	-,49	,23	,12
Dit que j'exagère	,48	-,12	,17
Me confronte	,48	,15	-,06
Expose mes faiblesses en public	,46	-,17	,07
Me dit quoi faire	,45	,18	-,17
Fait des blagues qui stressent	,45	-,08	,06
Exige des choses qui font peur	,45	,18	-,12
Ne comprend pas	,45	-,15	,02
Est impatient	,45	-,06	,17
Dissimule de l'information	,41	-,07	,23
A peur	,39	,03	-,17
Raconte mes problèmes aux autres	,36	-,12	,13
M'encourage à parler	,17	,74	,07
Remarque mes efforts	,10	,73	,12
M'encourage	,12	,69	,10
Me rappelle mes points forts	,30	,66	,10
M'aide à préciser mes émotions	,17	,65	,10
M'informe	,01	,62	,17
Me récompense pour mes efforts	,03	,59	,26
Me donne des conseils	-,12	,58	,07
M'incite à ne pas fuir	-,08	,53	,02
Aide à ne pas craindre mes malaises physiques	-,08	,44	,26
Interrompt pour m'accommoder	-,06	,39	,19
Me change les idées	-,04	,12	,77
Essaie de me distraire	,01	,22	,73
Fait des blagues qui détendent	-,02	,21	,68
Essaie de me faire oublier mon problème	,05	,15	,62
M'incite à interrompre comportement inutile	,10	,25	,46
M'accompagne dans mes déplacements	,09	,25	,45

Note. Les saturations les plus élevées sont en caractère gras.

Tableau 2
Corrélations entre les facteurs du QCSA, le soutien social et les interactions sociales négatives (EPS, QSP; N=250)

Facteurs	EPS-tot	QSP-1	QSP-2	QSP-3
Coercition et critique	-,47**	-,19**	,66**	,60**
Gestion anxiété, renforcement	,42**	,60**	-,16*	-,34**
Distraction	,27**	,47**	-,04	-,11

Note. EPS-tot = score total à l'Échelle de provisions sociales ; QSP-1, 2, 3 = Sous-échelles (soutien positif, critiques, évitement) du *Questionnaire sur le soutien perçu* ;

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

Tableau 3
 Corrélations entre les facteurs du QCSA, l'anxiété, le degré de fonctionnement et la détresse psychologique (IAB, QEFA, QSM; N=250)

Facteurs	IAB-tot	QEFA-tot	QSM-tot
Coercition et critique	,32**	,33**	,31**
Gestion anxiété, renforcement	-,15*	-,15*	-,19**
Distraction	-,10	-,10	-,11

Note. IAB-tot = score total à l'*Inventaire d'anxiété de Beck*; QEFA-tot = score total au *Questionnaire d'évaluation du fonctionnement actuel*; QSM-tot = score total au *Questionnaire de santé mentale*; ** $p < ,01$; * $p < ,05$.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre comporte une discussion générale concernant les résultats des deux études empiriques de la présente thèse. Cette discussion se subdivise en cinq sections distinctes. La première fait état des résultats obtenus en référence aux associations entre les différentes dimensions du soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les gens avec un diagnostic de trouble anxieux et à la suite de la validation du Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété. La deuxième section présente les contributions théoriques des résultats en lien avec certains modèles existants et la troisième expose les considérations méthodologiques reliées à ces deux études, comme leurs forces et leurs limites. Ensuite, des pistes de recherches futures concernant l'étude du soutien social et des troubles anxieux sont présentées dans la quatrième section et finalement, la cinquième et dernière section explore les implications cliniques reliées au soutien social.

4.1 Résultats globaux des deux articles de thèse

4.1.1 Soutien social, bien-être et détresse psychologique chez gens anxieux

En premier lieu, l'étude empirique présentée au chapitre II examine les corrélats du bien-être et de la détresse psychologique auprès de 1 803 hommes et femmes présentant un diagnostic de trouble d'anxiété sociale, de trouble panique sans agoraphobie et d'agoraphobie sans attaques de panique. Les résultats confirment l'importance du soutien social comme prédicteur du bien-être psychologique, uniquement chez les femmes, après avoir contrôlé pour plusieurs variables potentiellement confondantes telles que la présence de symptômes de dépression majeure, variable fortement reliée entre autres à la qualité de vie dans plusieurs études (Atkinson *et al.*, 1997; Carpinielo *et al.*, 1997; Koivumma-Honkanen *et al.*, 1996; Lehman, 1983; Lochner *et al.*, 2003; Mendlowicz et Stein, 2000; Pukrop *et al.*, 2003). Ces résultats semblent conformes avec ceux d'autres études portant sur la santé mentale ayant

démontré que le soutien social est le plus puissant prédicteur du bien-être psychologique ou de la qualité de vie (Caron *et al.*, 2001, 2005a).

De façon plus précise, parmi les différentes variables concernant le soutien social analysées dans le cadre de l'étude, seules les variables de soutien social fonctionnel paraissent associées significativement avec le bien-être psychologique. La quantité de confidents, comme stipulé dans de nombreuses études (Antonucci *et al.*, 1997; Oxman *et al.*, 1992; Stansfeld *et al.*, 1998), ne démontre pas d'association significative avec le fonctionnement des gens avec un trouble anxieux. Autrement dit, les résultats proposent que l'amélioration de la qualité du soutien social semble plus essentielle qu'un élargissement du réseau social.

Par ailleurs, parmi les fonctions du soutien social étudiées, le soutien émotionnel, le soutien informationnel, le soutien affectif et les interactions sociales positives, appelées aussi soutien de camaraderie, sont associées positivement et significativement au bien-être psychologique des femmes avec un trouble anxieux. Ces résultats concordent avec ceux de Kaniasty et Norris (1992) qui observent que la combinaison du soutien émotionnel et informationnel est reliée avec le bien-être des gens victimes d'actes criminels. Deux études effectuées par Caron et ses collaborateurs (1998; 2005) démontrent un lien entre le soutien d'attachement, ou émotionnel, et la qualité de vie chez les gens souffrant de schizophrénies et les individus atteints d'un trouble mental sévère.

Les résultats de notre étude ne font pas ressortir d'associations significatives entre le soutien social tangible et le bien-être ainsi que la détresse psychologique des gens avec un des trois troubles anxieux bien que plusieurs recherches soulignent l'importance du soutien tangible auprès de différentes populations. C'est notamment le cas de gens avec un état de stress post-traumatique (King *et al.*, 1999). En résumé, pour une personne souffrant d'un des trois troubles anxieux évalués dans notre étude, l'aide matérielle ou concrète, comme l'accompagnement à des rendez-vous, l'aide pour les tâches ménagères ou le don d'argent, ne représentent pas des prédicteurs importants d'un meilleur niveau de santé mentale. Il est possible qu'un individu anxieux ait moins besoin d'argent ou d'aide avec les tâches ménagères alors que ce n'est probablement pas le cas pour une personne venant de perdre son emploi ou qui est alitée en raison d'une maladie.

Contrairement à la majorité des études, les données indiquent que le soutien social ne démontre pas d'association avec la détresse psychologique. Il est possible que la forte association entre le trouble de dépression majeure et la détresse psychologique ait entraîné l'exclusion des variables de soutien social lors des analyses de régression. Ces résultats concordent cependant avec ceux d'autres études, comme celle de Manne et ses collaborateurs (1997) qui obtiennent des résultats similaires chez des gens atteints d'un cancer. À ce sujet, Cobb (1976) définit le soutien social comme une série d'informations amenant une personne à croire qu'on se préoccupe d'elle, qu'on l'apprécie, qu'on l'aime, etc. Or, l'action bénéfique du soutien social réside surtout dans la signification du geste et dans ce qu'il indique à propos de la relation entre deux personnes plutôt que dans la diminution de la détresse. Cette hypothèse peut expliquer en partie que le soutien social exerce un impact positif sur le bien-être psychologique de la personne anxieuse et non sur la diminution de ses symptômes et de la détresse elle-même. De plus, cette absence d'association entre le soutien social et la détresse psychologique peut s'expliquer par le fait que plusieurs comportements de soutien social, quoique pouvant être perçus positivement, peuvent encourager l'évitement des stimuli anxiogènes et contribuer au maintien des symptômes d'anxiété et donc, de la détresse psychologique. Une troisième explication concerne les différences entre les mesures de soutien social perçu et reçu. En effet, certains auteurs affirment que les mesures de soutien perçu sont davantage liées au bien-être psychologique ou à la qualité de vie et, qu'inversement, les mesures de soutien social reçu sont liées à la détresse. Cette dernière association s'explique par le fait que les gens recevant davantage de soutien social vivent également davantage de détresse et ont plus besoin de ce soutien (Helgeson, 1993). Enfin, il est possible de conclure que ces résultats sous-tendent une dissimilitude au niveau des mécanismes d'action des comportements de soutien social en lien avec la santé mentale des gens avec un trouble anxieux.

Par ailleurs, aucune variable de soutien social n'est démontrée comme étant liée aux indicateurs de santé mentale chez les hommes présentant un trouble anxieux. Des résultats similaires ont été trouvés chez les hommes atteints d'un cancer (Manne *et al.*, 1997). En effet, dans cette étude, les variables de soutien positif perçu ne sont pas associées au bien-être, ni à la détresse psychologique, et ce, uniquement chez les hommes. Les distinctions entre les hommes et les femmes en lien avec le soutien social ont fréquemment été observées dans les

dernières années. Les résultats de la première étude (chapitre II) appuient ces divergences au niveau de l'impact du soutien social sur la santé mentale des deux sexes. De plus, le fait que les femmes perçoivent significativement plus de chaque type de soutien social que les hommes est concordant avec plusieurs recherches qui concluent à la plus grande propension des femmes à recevoir du soutien (voir Turner, 1994 pour une recension des écrits). Néanmoins, les résultats de l'étude viennent infirmer l'hypothèse proposée par Kessler et ses collaborateurs (1985) qui affirme que malgré que les femmes aient de plus vastes réseaux sociaux, celles-ci ne peuvent en bénéficier pleinement en raison du fardeau personnel qu'impliquent ces nombreuses relations sociales. En effet, des contacts fréquents avec le réseau social impliquent également l'octroi fréquent de soutien social, ce qui représente un fardeau. Turner (1994) est également de cet avis, mais prétend qu'un nombre plus élevé de contacts sociaux concerne aussi un nombre plus élevé d'interactions sociales négatives, ce qui diminue l'effet positif du soutien social sur la santé mentale.

En somme, les résultats de cette étude confirment l'importance de quatre fonctions spécifiques du soutien social sur le bien-être psychologique des femmes avec un trouble anxieux, soit le soutien émotionnel, informationnel, affectif et les interactions sociales positives. Ces résultats soulèvent de plus les différences existantes entre les sexes dans le domaine du soutien social tout en suggérant une réflexion concernant les dissemblances entre les mécanismes d'action du soutien social sur la détresse versus sur le bien-être psychologique. Dans un contexte plus clinique, les résultats abondent dans le sens d'une évaluation plus approfondie enclavant certes la présence de symptômes influençant le fonctionnement psychosocial, mais aussi la qualité de vie ou le bien-être psychologique des gens avec un trouble mental. Cette évaluation plus fouillée permettrait de mieux comprendre les besoins et les attentes du client afin de pouvoir par la suite développer des stratégies d'intervention davantage adaptées.

4.1.2 Questionnaire des comportements de soutien social en situation d'anxiété

En second lieu, le *Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété* (QCSA) est développé pour répondre spécifiquement aux besoins des gens avec un trouble anxieux. En effet, on peut penser que les comportements de soutien dispensés dans le but de

diminuer certaines réactions anxieuses comme les attaques de panique, les inquiétudes excessives, les obsessions, l'hyperactivité neurovégétative ou l'évitement sont différents de ceux visant une diminution de la consommation d'alcool ou de la tristesse par exemple. Ce questionnaire évalue donc la perception de disponibilité d'une majorité de comportements de soutien susceptibles d'être émis par le proche d'une personne étant visiblement anxieuse. Ce répertoire de comportements de soutien est élaboré de façon à tenir compte de la plupart des fonctions du soutien social, soit le soutien émotionnel, le soutien informationnel, le soutien tangible et le soutien de camaraderie. Il est également élaboré pour mesurer les interactions sociales négatives qui, comme il a déjà été démontré, sont davantage liées à la détresse ou à la symptomatologie en général (Rook, 1984). La validation de ce questionnaire auprès d'une population étudiante est donc présentée au chapitre III.

Cette validation du QCSA permet de faire ressortir différents types de comportements de soutien social susceptibles de se produire auprès d'individus vivant une situation anxiogène. Ainsi, les données obtenues proposent trois facteurs liés aux symptômes d'anxiété. D'abord, deux facteurs sont définis comme représentant le soutien social, soit la gestion de l'anxiété et le renforcement et la distraction; et un facteur est défini comme représentant les interactions sociales négatives, soit la coercition et les critiques. L'ensemble des facteurs se compose d'un total de 36 items. Après vérification, la cohérence interne s'est révélée satisfaisante et le QCSA présente des indices de validité convergente modérés; celles-ci sont également considérées acceptables étant donné que ces analyses sont complétées auprès d'un échantillon d'étudiants, donc étant moins susceptibles de vivre des situations d'anxiété élevée par rapport à une population cliniquement anxieuse.

De plus, le QCSA offre l'avantage majeur de mesurer les dimensions des interactions sociales négatives en plus des dimensions du soutien social, ce qu'on ne retrouve pas chez d'autres outils d'évaluation du soutien social comme l'*Échelle de provisions sociales* (Cutrona et Russell, 1987) qui demeure très utilisée. En effet, les interactions sociales négatives sont davantage liées à la détresse psychologique et elles viennent même atténuer l'effet du soutien sur la qualité de vie. Cet impact majeur ne peut être ignoré dans les études évaluant les corrélats de la santé mentale et les troubles anxieux ne font pas exception considérant l'impact majeur qu'ils peuvent susciter à l'intérieur du réseau social. Les mêmes

priorités doivent être respectées au niveau des interventions axées sur le soutien social. À ce sujet, on peut penser qu'une amélioration des stratégies de soutien social ne peut être des plus bénéfique si une intervention n'est pas portée sur la diminution des interactions sociales négatives. En ce sens, le QCSA s'avère un outil d'évaluation prometteur et facile à utiliser dans un processus d'évaluation clinique. Il permet d'autant plus l'identification rapide des différents comportements de soutien associés au maintien de l'anxiété ou aux stratégies d'évitement ou d'exposition déjà utilisées par la personne.

Finalement, le QCSA, étant donné ses propriétés psychométriques satisfaisantes et son large répertoire de comportements de soutien et d'interactions sociales négatives susceptible de se produire alors qu'une personne est visiblement anxieuse, est un outil d'évaluation du soutien social offrant plusieurs atouts aux cliniciens souhaitant intervenir au niveau du soutien social à l'intérieur d'une problématique anxieuse.

4.2 Contributions théoriques

Les résultats des deux études de la présente thèse contribuent à l'amélioration de la compréhension du fonctionnement des gens aux prises avec des symptômes d'anxiété et des réactions de leurs proches face à cette problématique. D'abord, des liens significatifs sont soulevés entre plusieurs types de soutien social et un niveau élevé de bien-être chez les femmes souffrant d'anxiété, ce qui vient clarifier d'autant plus les types de stratégies de soutien qui doivent être enseignées aux proches de cette clientèle. En second lieu, la validation du QCSA permet d'identifier un répertoire des comportements de soutien social susceptibles de se produire auprès de ces individus, offrant ainsi la possibilité d'améliorer l'efficacité du processus d'évaluation et des stratégies d'intervention appliquées à cette population. Les résultats de ces deux études contribuent à l'avancement des connaissances sur plusieurs aspects concernant le soutien social, mais aussi la santé mentale en général. Les sections qui suivent abordent les différentes contributions théoriques découlant des données présentées.

4.2.1 Mécanismes d'action du soutien social sur la santé

Évidemment, il est impossible de tirer des conclusions précises en ce qui concerne les mécanismes d'action du soutien social sur la santé chez une population anxieuse uniquement à partir des résultats obtenus dans les deux études de cette thèse. En effet, comme stipulé dans le modèle d'atténuation du stress, plusieurs variables pouvant jouer un rôle médiateur n'ont pas été évaluées, telles que les habiletés de gestion (*coping*) des gens anxieux, ni les processus cognitifs, comportementaux ou physiologiques impliqués à l'intérieur de ces mécanismes. Toutefois, il est envisageable de confirmer que certains types de soutien social peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé mentale des femmes avec un trouble anxieux. Plus particulièrement, le fait de se sentir aimé, d'être conseillé, informé et distrait contribuerait au bien-être psychologique de ces femmes. Le modèle d'atténuation du stress présente cependant une limite importante dans l'explication du lien entre le soutien social et les troubles anxieux; il ne tient pas compte des effets des interactions sociales négatives, malgré qu'elle soient plus fortement liées à la santé psychologique que les interactions positives.

4.2.2 Soutien social et interactions sociales négatives

Il a été démontré à maintes reprises que les interactions sociales négatives exercent un impact important sur la santé mentale en général, voire même un impact plus élevé que le soutien social, mais aucun consensus n'est encore établi quant aux explications de ce phénomène. Rook et Pietromonaco (1987) mentionnent que les interactions sociales négatives sont plus douloureuses, plus contrastantes et plus puissantes puisqu'elles sont en général moins fréquentes, plus inattendues que le soutien social et qu'on y soit moins bien préparés. House (1981) quant à lui, affirme que le soutien social peut, après avoir atteint un certain seuil, perdre de son efficacité dans l'amélioration de la qualité de vie d'un individu. Rautkis et ses collaborateurs (1995) proposent à ce sujet que les interactions sociales négatives sont considérées comme un stresser supplémentaire venant ainsi augmenter le niveau de détresse psychologique. Dans le même ordre d'idées, Helgeson (2003) parle d'un effet plafond relié au soutien social. En effet, celle-ci rapporte qu'il n'est pas inhabituel qu'une personne affirme percevoir un niveau de soutien social extrêmement élevé alors que c'est rarement le cas pour les interactions sociales négatives. Cet auteur formule donc

l'hypothèse de la présence d'une plus grande variabilité lors de la mesure des comportements d'interactions sociales négatives, ce qui peut expliquer qu'elles représentent des prédicteurs plus puissants de la santé mentale. La première étude de cette thèse corrobore en quelque sorte cette hypothèse puisqu'on peut effectivement observer un effet de plafond sur chacune des distributions des variables de soutien social analysées. Davantage d'études sont requises pour préciser le rôle des interactions sociales négatives en lien avec la santé mentale et plus précisément, les troubles anxieux étant donné que nos deux études révèlent et confirment la portée de ces comportements qui sont susceptibles de se produire auprès de cette population.

4.2.3 Types de soutien social

Les résultats confirment la nature multidimensionnelle du soutien social. Le soutien émotionnel a longtemps été décrit comme étant le type de soutien social le plus efficace et dans les dernières années, les chercheurs ont souvent évalué seulement cette dimension. Une des raisons expliquant cette omission réside dans l'affirmation que le soutien émotionnel confirme l'identité et l'intégration sociale d'une personne et que les autres types de soutien social peuvent également exercer ce même effet à partir du moment où ils ne sont pas dispensés par obligation (Cassell, 1976). Or, les données de nos deux études soulignent de façon évidente l'importance d'autres types de soutien social chez les femmes avec un trouble anxieux, comme le soutien informationnel ou de camaraderie par exemple. De plus, l'absence de relation entre le soutien tangible et le bien-être psychologique de notre échantillon confirme que ce type de soutien social agit d'une façon distincte. Ces distinctions soulignent donc la possibilité d'un effet indépendant des types de soutien social sur la santé mentale.

4.2.4 Soutien social et sexe

Les résultats de la première étude empirique permettent un certain éclaircissement quant aux différences entre les hommes et les femmes par rapport au soutien social en lien avec la santé mentale. D'abord, il est une fois de plus établi que les femmes perçoivent davantage de soutien social que les hommes, et ce, même auprès d'un échantillon cliniquement anxieux. De plus, quoique plusieurs études établissent un effet équivoque du soutien social sur le fonctionnement des femmes, cette étude confirme que plus les femmes avec un trouble

anxieux perçoivent du soutien social, plus elles déclarent un niveau élevé de bien-être psychologique. Si nous faisons référence à l'hypothèse de Kessler et ses collaborateurs (1985), est-ce que cela signifie que les femmes avec un trouble anxieux auraient tendance à moins dispenser de soutien social et donc, moins ressentir le fardeau que cela implique? À ce sujet, certains auteurs affirment que la provenance du soutien social pourrait venir apporter un éclaircissement sur ces différences entre les sexes (Coventry *et al.*, 2004).

Il est dit dans la littérature que la principale source de soutien des hommes est leur conjointe (Fuhrer *et al.*, 1999). Or, plusieurs études rapportent que les hommes perçoivent autant de soutien positif que d'interactions sociales négatives provenant de leur conjointe. Il est donc possible que l'effet des interactions sociales négatives vienne annuler l'impact positif du soutien et comme les hommes ont moins tendance à se confier à l'extérieur de leur couple, ceux-ci bénéficient moins du soutien de leur conjointe. Les femmes quant à elles, perçoivent davantage de soutien provenant de différentes sources puisqu'elles ont plus d'habiletés à développer des alternatives au soutien ou de facilité à créer de nouvelles relations de soutien (Fuhrer *et al.*, 1999). Cela peut ainsi expliquer qu'elles bénéficient davantage de ce soutien que les hommes.

De plus, si nous considérons les résultats de l'étude dont le taux de significativité était légèrement supérieur au seuil standard (0.05), nous constatons que les interactions sociales positives devenaient un prédicteur du bien-être psychologique chez les hommes. Ces résultats pourraient confirmer la tendance des hommes à ne pas se confier à leurs proches, préférant plutôt passer du temps à accomplir des activités récréatives et de détente avec ceux-ci.

Dans un autre ordre d'idées, des différences entre les sexes pourraient également résider dans la façon de répondre à des questionnaires d'évaluation du soutien social. Les hommes ont-ils davantage de difficultés à exprimer leurs émotions, à se confier? Sont-ils plus méfiants vis-à-vis ce type de sondage ou ont-ils plus de difficultés à faire preuve d'introspection, habileté souvent nécessaire dans le cas d'études rétrospectives? Bref, d'autres études sont nécessaires afin de préciser ces différences de genre en ce qui concerne le soutien social.

4.2.5 Composantes de la santé mentale

L'analyse des résultats de la première étude suscite un questionnement additionnel concernant les composantes de la santé mentale. Le concept de santé mentale a beaucoup été étudié, analysé et évalué, mais aucun consensus n'est encore fait quant à sa définition et ses composantes. Massé et ses collaborateurs (1998) affirment que la santé mentale ne se définit pas uniquement selon l'absence de symptômes négatifs, ni par la présence de réactions négatives comme la dépression ou l'anxiété. En effet, la santé mentale doit inclure des indices de bonheur, d'estime de soi, de sociabilité, etc. Selon cette étude, un faible niveau de détresse psychologique ne signifie pas automatiquement un haut niveau de bien-être et cette tendance confirme que ces deux indicateurs, même s'ils sont hautement corrélés, représentent deux dimensions indépendantes du concept de santé mentale (Massé *et al.*, 1998). À titre d'exemple, les auteurs rapportent l'histoire d'une personne présentant un diagnostic de trouble mental sévère, comme la schizophrénie, qui bénéficie d'une médication adéquate. Cette personne peut par conséquent affirmer présenter un niveau de bien-être relativement élevé tout en rapportant d'importants symptômes de détresse. Dans le même ordre d'idées, les travaux récents de Keyes (2005; 2007) confirment ce qu'affirmaient Massé et ses collaborateurs et souligne que la santé mentale et la maladie mentale ne représentent pas une unique dimension bipolaire. Il ajoute par la suite que le construit de santé mentale avait déjà été considéré implicitement par l'introduction de l'axe V, soit l'évaluation global du fonctionnement (EGF). Enfin, cet auteur recommande également de prendre en considération la maladie mentale ainsi que la santé mentale et que ce dernier construit soit conceptualisé en une forme positive.

L'étude présentée au chapitre II corrobore les conclusions exposées dans cette dernière étude. En effet, la combinaison de ces deux indicateurs permet de distinguer des différences au niveau des liens entre le soutien social et les différents aspects de la santé mentale d'une personne avec un trouble anxieux. Cette étude appuie la distinction de ces deux composantes de la santé mentale puisqu'elles sont associées différemment au soutien social. Toutefois, les mesures de détresse psychologique sont souvent interprétées, comme étant une mesure du degré de sévérité des symptômes. Selon cette vision, cette mesure permet une précision que l'approche catégorielle ne permet pas, comme c'est le cas avec le DSM-IV ou le CIDI. Selon cette logique, les résultats de l'étude apparaissant au chapitre III démontrent que le soutien social représente un prédicteur du bien-être psychologique, mais pas de la sévérité du trouble

anxieux. Autrement dit, le niveau de soutien social, qu'il soit élevé ou non, n'est pas associé à la fréquence ou à l'intensité d'une attaque de panique ou d'une crainte marquée du jugement d'autrui. Bref, davantage de recherches sont nécessaires afin de confirmer si le bien-être psychologique et la détresse psychologique représentent bel et bien deux composantes distinctes de la santé mentale ou si les mesures de détresse psychologique ne font qu'apporter plus de précisions sur la sévérité des symptômes de troubles mentaux.

Finalement, les deux études présentées dans le cadre de cette thèse contribuent à l'avancement des connaissances dans le domaine du soutien social et de la santé mentale. En effet, le fait d'analyser le soutien social de façon détaillée et complète puis d'évaluer les liens entre ce construit et une population anxieuse permet de préciser les mécanismes d'action du soutien social sur la santé mentale. Ces études permettent d'autant plus d'approfondir les réflexions quant aux composantes de la santé mentale et sur la façon dont elle devrait être évaluée.

4.3 Considérations méthodologiques

4.3.1 Forces des études

La première étude du présent projet possède plusieurs forces, dont celle d'être basée sur les réponses provenant d'un grand échantillon représentatif des individus avec un diagnostic de troubles anxieux ($N = 1\,803$), augmentant par le fait même les indices de validité externe des conclusions de l'étude. En effet, afin de produire des estimations fiables pour les dix provinces, il est établi que l'enquête doit être réalisée auprès d'un échantillon de 30 000 personnes. Étant donné que les provinces varient grandement en taille de population et que des estimations fiables sont requises à l'échelle nationale et provinciale, l'échantillon est réparti proportionnellement à la racine carrée de la population estimée de chaque province. De plus, dans le but d'avoir une bonne représentation urbaine et rurale dans chaque province, l'échantillon provincial est ensuite réparti selon le type de strate, qu'il soit urbain ou rural. Ainsi, l'échantillon provincial est réparti selon la strate urbaine et la strate rurale proportionnellement au nombre de logements estimés dans chacune des deux strates. Or, le plan d'échantillonnage de l'ESCC 1.2 est un plan d'échantillonnage en grappes stratifié, mais la méthode de ré-échantillonnage *bootstrap* utilisée dans cette étude pour effectuer les calculs

des estimations de la variance sous-tend une sélection d'échantillons aléatoires simples, augmentant ainsi les indices de validité externe et la généralisation des résultats à l'ensemble de la population canadienne, pour plus de détails voir

http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/supp_f.htm.

Par ailleurs, les unités d'échantillonnage sélectionnées de la base de sondage sont interviewées au moyen de l'application d'interview sur place assistée par ordinateur (IPAO). La majorité des interviews sont effectués sur place, seulement 14 % des interviews sont réalisées par téléphone. La collecte des données par téléphone n'est permise que si les frais de déplacement sont excessifs ou si le répondant refuse l'interview sur place. Étant donné que les participants à l'étude sont donc interviewés dans leur demeure, ceux-ci n'ont pas nécessairement effectué des démarches pour demander de l'aide, comme c'est le cas de la majorité des études cliniques. Ainsi, sachant que les gens avec un trouble mental sévère ont moins tendance à rechercher de l'aide (Angst et Dobler-Mikola, 1985), l'étude permet d'avoir accès à ces individus. Aussi, les mesures de bien-être et de détresse psychologique incluses dans l'étude permettent d'offrir davantage de précisions quant au fonctionnement des gens de cet échantillon par rapport à la plupart des études qui évaluent seulement les symptômes d'un trouble ou seulement la qualité de vie. Une autre force de cette étude réside dans le fait que les variables de soutien social sont évaluées séparément en fonction des principaux types de soutien social répertoriés dans la littérature. Ces distinctions permettent également un raffinement des liens existant entre le soutien social et la santé mentale.

D'autre part, il existe une multitude d'outils d'évaluation du soutien social, mais aucun ne répertorie chacune des fonctions du soutien social combiné avec plusieurs manifestations d'interactions sociales négatives. De plus, aucune mesure du soutien social ne s'est penchée sur les symptômes d'anxiété de façon précise. Le QCSA est conceptualisé pour répondre à ces lacunes et présente des propriétés psychométriques satisfaisantes auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires. Aussi, le QCSA mesure la perception de disponibilité du soutien social et selon plusieurs études, c'est cette modalité d'évaluation qui démontre le plus de résultats en lien avec la santé en général (Wills et Shinar, 2000). Finalement, cet instrument d'évaluation peut facilement être complété par la personne anxieuse, sans nécessiter d'administration par un intervenant. Il est relativement concis puisqu'il ne comporte que 36

items et peut facilement s'intégrer dans un processus d'évaluation effectué dans un cadre clinique ou de recherche. L'évaluation du soutien social à l'aide de cet outil de mesure, à l'intérieur d'un contexte clinique, peut notamment apporter au clinicien un éclairage sur le contexte social dans lequel le client évolue tout en établissant les composantes du soutien qui sont déficitaires et celles qui sont adéquates. Ces connaissances permettent au clinicien d'établir les besoins sociaux du client et de le soutenir dans les stratégies qui lui conviennent le mieux.

4.3.2 Limites des études

La première étude comprend une limite importante qui concerne l'omission du soutien de valorisation personnelle, appelé aussi confirmation de sa valeur, parmi les variables de soutien social alors que cette dimension s'avère être un puissant prédicteur de la qualité de vie chez les gens atteints de schizophrénie (Caron *et al.*, 2001, 2005a). En effet, selon ces résultats, la reconnaissance, de la part du réseau social, de ses habiletés et de ses compétences représente une dimension importante à la perception d'une bonne qualité de vie. De plus, il faut noter que seulement trois diagnostics de troubles anxieux sur une possibilité de neuf sont répertoriés dans l'étude, limitant ainsi la portée des conclusions à l'ensemble des troubles anxieux. En effet, étant donné que l'objet d'anxiété varie beaucoup pour chacun des troubles anxieux et que les comportements d'évitement associés sont différents, on peut supposer que l'impact sur le réseau social est distinct. Cette limite rend ainsi la généralisation des résultats de l'étude plus difficile. À ce sujet, Statistique Canada rapporte que par soucis de minimiser le fardeau des réponses, c'est-à-dire la durée de l'entrevue ainsi que la clarté des concepts et des questions, ils ont choisis de répertorier un nombre limité de troubles mentaux par module. Or, l'état de stress post-traumatique et le trouble d'anxiété généralisée figuraient dans un supplément de l'ESCC, cycle 1.2 effectué pour les Forces canadiennes (Statistique Canada, 2003). Toutefois, il est démontré que le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique sans agoraphobie et l'agoraphobie sans attaques de panique figurent parmi les troubles ayant le plus d'impact sur les relations sociales (Bech et Angst, 1996; Candilis *et al.*, 1999; Cramer *et al.*, 2005; Rubin *et al.*, 2000; Stein et Kean, 2000).

Dans le même ordre d'idées, l'ajout des interactions sociales négatives parmi les variables de soutien social à l'étude auraient permis d'éclaircir certains résultats. En effet, deux études similaires ne rapportant aucune relation entre le soutien social et la détresse psychologique chez des proches de personnes atteintes de troubles mentaux sévères, rapportent toutefois une association positive entre les interactions sociales négatives et la détresse psychologique (Manne *et al.*, 1998; Ruktis, Koeske et Tereshko, 1995). Il est donc possible de penser que si les interactions sociales négatives avaient été mesurées dans la présente étude, celles-ci auraient été associées positivement avec la détresse psychologique.

En ce qui a trait au devis de la recherche, la nature transversale de l'étude ne permet pas de tirer des conclusions sur la causalité d'une variable sur une autre. En effet, les prédicteurs et les indicateurs du fonctionnement sont évalués au même moment rendant impossible l'affirmation, par exemple, que le manque de soutien social provoque une augmentation de la détresse psychologique des gens avec un trouble anxieux ou inversement, que d'avoir un trouble anxieux a un impact sur le soutien social. La nature rétrospective de l'étude limite également les conclusions pouvant être tirées des résultats. Enfin, l'utilisation d'un groupe de comparaison, par exemple de gens sans diagnostic de troubles anxieux, aurait permis de comparer les résultats.

Une des limites à considérer dans la deuxième étude présentée concerne l'échantillon utilisé. En effet, le QCSA est développé pour évaluer les comportements de soutien susceptibles d'être dispensés chez une population anxieuse. Or, on peut penser que l'échantillon d'étudiants universitaires ne possède pas les mêmes caractéristiques qu'un échantillon cliniquement anxieux et bien que les analyses de validation sont effectuées en tenant compte de cette limite, il est possible que certains items non retenus par l'analyse factorielle s'avèrent pertinents auprès d'une population avec un trouble anxieux. Une validation du QCSA auprès d'une population cliniquement anxieuse est nécessaire et permettra, s'il y a lieu, un réajustement des items et des facteurs inclus dans le questionnaire afin qu'il convienne à ces individus ou permettra d'obtenir des données normatives concernant cette population.

D'un point de vue statistique, des corrélations test-retest auraient permis de vérifier la stabilité des facteurs dans le temps et améliorer ainsi la fidélité de l'instrument. L'utilisation

d'un échantillon de comparaison, où les répondants auraient évalué leur perception du soutien social alors qu'ils doivent composer avec une autre problématique que l'anxiété, aurait également permis d'observer des différences dans les comportements des proches.

4.4 Pistes de recherches futures

4.4.1 Les troubles anxieux

Les études relatives aux liens entre le soutien social et les problématiques d'anxiété sont peu nombreuses. Davantage d'études seront nécessaires pour préciser les liens entre les dimensions du soutien social et chacun des sept troubles anxieux. Bien qu'ils soient tous basés sur une dynamique anxieuse, les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par rapport à l'objet d'anxiété. Le trouble panique avec ou sans agoraphobie se développe suite à une peur des sensations physiques, le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions, l'état de stress post-traumatique implique la survenue d'un événement traumatique, le trouble d'anxiété généralisée est lié à la présence récurrente d'inquiétudes et la phobie spécifique concerne la peur d'un objet ou d'une situation précise telle que les araignées, les injections ou les hauteurs. Une analyse des associations entre les types de soutien social et le bien-être psychologique des gens avec chacun des sept troubles anxieux permettra de cibler les stratégies de soutien prédisant le mieux le bien-être de ces gens et d'en améliorer les traitements. À ce sujet, une étude effectuée par Lochner et ses collaborateurs (2003) démontre que le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble d'anxiété sociale et le trouble panique sont associés à une détérioration dans des domaines variés. Par exemple, le trouble obsessionnel-compulsif affecte davantage la vie de famille et les activités quotidiennes. Le trouble d'anxiété sociale affecte plutôt la vie sociale en générale et les gens avec un trouble panique sont plus enclins à avoir des problèmes d'abus de substances. Ces auteurs proposent que chaque trouble anxieux doit pouvoir profiter de stratégies d'intervention spécialement développées afin d'améliorer la qualité de vie de ces gens. Suivant cette logique, les interventions concernant l'amélioration des stratégies de soutien social doivent également être développées pour répondre aux besoins spécifiques de chacun des troubles anxieux. Dans le même ordre d'idées, Cramer et ses collaborateurs (2005) confirment également l'effet indépendant du trouble d'anxiété

sociale, du trouble panique et du trouble d'anxiété généralisée sur la qualité de vie et Brugha et ses collaborateurs (2003) suggèrent également d'évaluer les troubles psychologiques individuellement en lien avec le soutien social de façon à bien cerner les mécanismes actifs pour chacun d'eux. Par exemple, il est possible qu'une personne avec un état de stress post-traumatique puisse bénéficier davantage d'un soutien émotionnel, étant donné leur fréquent besoin de parler de l'événement traumatique, contrairement à une personne avec un trouble panique avec agoraphobie chez qui le soutien de camaraderie ou les interactions sociales positives pourraient être préférables et les amener à s'exposer à des situations anxiogènes comme aller au cinéma.

4.4.2 Personnalité

En plus d'ajouter le soutien de valorisation personnelle et les interactions sociales négatives dans l'analyse des liens avec les troubles anxieux, il aurait également été pertinent de mesurer certaines caractéristiques individuelles, comme la personnalité, qui a été démontrée comme étant un facteur pouvant influencer les associations entre le soutien social et la santé mentale. Certains affirment en effet, que la perception du soutien social est basée sur certains aspects de la personnalité, tel que le cynisme ou l'hostilité (Lepore, 1995). D'autres chercheurs pensent que les personnes possédant les habiletés sociales requises pour dispenser du soutien ou ceux qui se décrivent comme ayant une bonne santé mentale perçoivent plus de soutien social (Helgeson, 2003). Plusieurs études ont également entrepris d'évaluer le style d'attachement qu'un enfant a développé face à ses principaux fournisseurs de soins, en lien avec le soutien social et la santé mentale une fois à l'âge adulte (Carpenter et Kirkpatrick, 1996).

4.4.3 La provenance du soutien social

Des explorations concernant la provenance du soutien social pourraient également apporter des précisions sur les liens entre le soutien social et les troubles anxieux. Cette dimension a fait l'objet de plusieurs études ayant établi des différences entre les relations sociales dites obligatoires, telles que le conjoint, la famille, les collègues de travail, ou volontaires, comme les amis ou les membres d'un regroupement. En effet, ce sont surtout les

relations sociales obligatoires qui entraînent davantage d'interactions sociales négatives qui viennent, par la suite, diminuer l'impact positif du soutien social alors que les relations sociales volontaires supplantent l'impact négatif des relations sociales pour en faire ressortir que le positif (Berbier et Schulte, 1993; Gove, Style et Hughes, 1990; Moen, Dempster-McClain et Williams, 1989; Rook, 1990; Thoits, 1992). À titre d'exemple, les travaux de Wortman (1985) démontrent que les membres de la famille ne sont pas adéquats pour dispenser du soutien social puisqu'ils sont souvent tout aussi affectés par l'événement stressant que la personne elle-même. En effet, ceux-ci ont tendance à dispenser des comportements de soutien inadéquats afin de percevoir rapidement un rétablissement (p. ex. dire à la personne d'oublier ce qui est arrivé ou de l'encourager à prendre des médicaments). Inversement, ils peuvent être trop protecteurs et trop aidants, empêchant ainsi la personne de développer des stratégies de gestion saines. Selon d'autres auteurs, les gens qui dispensent du soutien social efficacement sont les personnes ayant vécu une situation similaire et qui ont traversé cette épreuve avec succès (Thoits, 1986). Dans le même ordre d'idées, Helgeson (2003) rapporte que le soutien informationnel est plus efficace lorsqu'il provient de professionnels ou d'experts, comme des médecins ou infirmières. Toutefois, Bertera (2005) affirme dans son étude à partir d'une enquête nationale que le soutien social est lié à moins de symptômes de dépression et d'anxiété, mais seulement lorsque ce soutien est dispensé par la famille, ce qui va à l'encontre des études rapportant que le soutien du conjoint est le plus bénéfique sur le bien-être psychologique (Acitelli et Antonucci, 1994; Syrotuik et D'Arcy, 1984). Il semble donc que la provenance du soutien influence son efficacité et davantage d'études sont donc nécessaires afin d'apporter un éclairage sur la question.

4.4.4 Aspects méthodologiques

En dernier lieu, des analyses prospectives et longitudinales des liens entre les différents types de soutien social et le fonctionnement des gens avec un trouble anxieux nous indiquerait si c'est le manque de soutien social qui provoque une augmentation de la détresse psychologique des gens avec un trouble anxieux ou si inversement, c'est le fait d'avoir un trouble anxieux qui exerce un impact sur le soutien social. De plus, l'utilisation d'un groupe de comparaison pourrait préciser si les mécanismes régissant les liens entre le soutien social

et les troubles anxieux sont différents de ceux de gens avec un trouble de dépression majeure ou de gens ne souffrant pas d'un trouble mental par exemple.

4.5 Implications cliniques

Lorsqu'un traitement est offert auprès d'une personne anxieuse, son entourage est rarement impliqué. Pourtant, les interventions appliquées dans le cadre de la thérapie provoquent des changements importants dans le quotidien des gens qui consultent. À titre d'exemple, une personne agoraphobe ayant l'habitude de toujours se faire accompagner lors de ses sorties peut susciter l'étonnement et même la déception de ses proches qui doivent soudainement composer avec un changement d'habitudes. À ce sujet, plusieurs auteurs se sont penchés sur les conséquences que peuvent impliquer de tels changements, au sein du couple par exemple (Barlow, Mavissakalian et Hay, 1981; Marcaurette, Bélanger et Marchand, 2002; Perlmutter, 1990). Or, ces constats ont amené certains chercheurs à tenter d'intégrer le conjoint ou les proches significatifs dans le processus thérapeutique afin qu'ils comprennent mieux la problématique dans un premier temps, les conséquences que cela entraîne et le rationnel derrière les techniques d'intervention employées, puis, dans un deuxième temps, afin d'enseigner aux proches des façons adéquates de soutenir leur partenaire à travers ce processus exigeant (Hogan *et al.*, 2002). Par conséquent, une étude effectuée auprès d'individus avec un état de stress post-traumatique démontre qu'une thérapie combinée avec un volet axé sur le soutien social est plus efficace qu'une thérapie traditionnelle (Guay *et al.*, 2004). Les résultats de cette étude vont dans le sens de cette inclusion du volet axé sur l'enseignement de stratégies de soutien social dans un processus de thérapie pour les troubles anxieux.

Toutefois, les modalités d'intervention axées sur le soutien social doivent être adaptées en fonction de la dynamique entre les deux personnes et en considérant la qualité de la relation déjà existante et non pas de façon systématique. Considérant que l'octroi du soutien social représente davantage un processus interactionnel (Badr *et al.*, 2001) plutôt qu'un état statique ou une caractéristique de la personnalité (Lakey et Cassady, 1990; Sarason, Pierce et Sarason, 1990), la perception du soutien social est faite suite aux comportements de soutien social dispensés par le passé, selon l'humeur de la personne, selon ce qui est entrevu dans le

futur, selon la dynamique du couple, selon la culture, etc. Par exemple, l'adoption de comportements de soutien émotionnel par une personne qui n'a jamais eu l'habitude de dispenser du soutien peut ne pas avoir d'impact sur l'autre. Selon cette logique, le soutien social peut donc difficilement être pris indépendamment de son contexte social et de son histoire. Ainsi, l'adoption de stratégies de soutien social adéquates requiert préalablement certaines habiletés de base, comme de bonnes habiletés de communication et d'affirmation de soi par exemple. En effet, la personne qui doit dispenser le soutien doit le faire de façon à ce que son message soit bien interprété et perçu positivement et inversement, la personne sollicitant le soutien doit préciser quel type de soutien elle a besoin afin que la personne qui dispense ce soutien puisse offrir le type de soutien adéquat (Badr *et al.*, 2001).

De plus, il est démontré que les gens percevant un niveau de soutien social élevé interprètent une action comme étant significativement plus aidante que ceux qui ont tendance à percevoir un degré de soutien social moindre (Lakey et Cassady, 1990; Lakey et Dickinson, 1994; Lakey, Moineau et Drew, 1992). À titre d'exemple, les gens avec un trouble d'anxiété sociale ont tendance à interpréter les situations sociales ambiguës de façon négative et à interpréter les situations sociales négatives de façon catastrophique (Stopa et Clark, 2000). Par conséquent, ce biais pourrait influencer la perception de soutien en modifiant l'interprétation de l'action de donner du soutien de l'autre. Des stratégies d'intervention qui corrigent ces fausses interprétations, notamment chez la personne qui a un trouble anxieux, peuvent être bénéfiques.

En somme, l'amélioration de l'efficacité des traitements offerts aux gens avec un trouble anxieux par le biais d'intervention spécifiques reliés au soutien social peut exercer un impact important sur les coûts sociaux reliés aux conséquences des troubles anxieux. En effet, s'ils répondent mieux aux besoins de ces gens, les traitements peuvent diminuer leur durée et le pourcentage de rechute.

4.6 Conclusion générale

Les deux études de la présente thèse contribuent à l'avancement des connaissances dans le domaine du soutien social et de l'anxiété tout en apportant certaines précisions sur le fonctionnement des gens avec un trouble anxieux et sur les composantes de la santé mentale.

Dans un premier temps, la validation du QCSA permet de mettre en valeur trois facteurs liés au soutien social susceptible d'être dispensé lors d'une situation d'anxiété, à savoir la gestion de l'anxiété et le renforcement, la distraction et la coercition et les critiques. Malgré qu'ils présentent quelques limites, ces résultats suggèrent l'occurrence d'interactions sociales négatives dans ces situations et l'importance de développer des interventions pour pallier ce problème. Ensuite, le soutien social est, encore une fois, démontré comme étant un prédicteur significatif de la santé mentale, notamment en ce qui concerne le soutien émotionnel, informationnel, affectif et de camaraderie. Toutefois, cette fois-ci les résultats permettent de préciser que l'impact se situe surtout au niveau du bien-être psychologique et uniquement auprès des femmes. De telles spécifications permettent un regard plus complet sur toute la dynamique entourant d'une part, les interactions sociales chez les hommes et les femmes et, d'autres part, les mécanismes d'action du soutien social sur la santé mentale. Finalement, la dernière étude confirme l'importance d'évaluer la détresse en plus du bien-être psychologique afin d'obtenir un portrait complet et précis du profil psychologique d'une personne. De façon générale, la présente thèse abonde dans le sens de l'intégration d'un volet sur le soutien social à l'intérieur de la thérapie individuelle pour les troubles anxieux, surtout auprès des femmes et une importance particulière doit être portée à la prévention des interactions sociales négatives.

APPENDICE A

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE
ÉCHELLE DE MESURE DES MANIFESTATIONS DE BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

**ÉCHELLE DE MESURE DES MANIFESTATIONS DE BIEN-ÊTRE
PSYCHOLOGIQUE**

Je vais maintenant vous lire une série d'énoncés que les gens peuvent utiliser pour se décrire. Veuillez me dire si vous avez eu ces sentiments presque toujours, fréquemment, la moitié du temps, rarement ou jamais.

PWBB_01 Au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) en confiance.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_02 Au cours du dernier mois, vous étiez satisfait(e) de vos réalisations, vous étiez fier/fière de vous.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_03 Au cours du dernier mois, vous étiez fonceur/fonceuse, vous avez entrepris plein de choses.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_04 Au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) équilibré(e) émotionnellement.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_05 Au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) aimé(e) et apprécié(e).

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_06 Au cours du dernier mois, vous aviez des buts et des ambitions.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_07 Au cours du dernier mois, vous avez eu le goût de vous amuser, de faire du sport, de pratiquer vos loisirs et vos activités préférés.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement

5 Jamais

PWBB_08 Au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) utile.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_09 Au cours du dernier mois, vous aviez facilement un beau sourire.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_10 Au cours du dernier mois, vous avez été égal(e) à vous-même, naturel/naturelle en toutes circonstances.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_11 Au cours du dernier mois, vous aviez une bonne écoute pour vos amis.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_12 Au cours du d ernier mois, vous étiez curieux/curieuse et intéressé(e) à toutes sortes de choses.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_13 Au cours du dernier mois, vous avez pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_14 Au cours du dernier mois, vous avez trouvé la vie excitante et vous avez eu envie d'en profiter.

1 Presque toujours

2 Fréquemment

3 La moitié du temps

4 Rarement

5 Jamais

PWBB_15 Au cours du dernier mois, votre vie était bien équilibrée entre vos activités familiales, personnelles et professionnelles.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_16 Au cours du dernier mois, vous étiez plutôt calme et posé(e).

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_17 Au cours du dernier mois, vous avez facilement trouvé des solutions à vos problèmes.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_18 Au cours du dernier mois, vous avez été en bon terme avec votre entourage.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_19 Au cours du dernier mois, vous avez vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_20 Au cours du dernier mois, vous avez eu l'impression de vraiment jouir de la vie.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_21 Au cours du dernier mois, vous aviez beaucoup d'humour, vous faisiez facilement rire vos amis.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_22 Au cours du dernier mois, vous étiez bien dans votre peau, en paix avec vous-même.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment

- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_23 Au cours du dernier mois, vous vous êtes senti(e) en santé et en pleine forme.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_24 Au cours du dernier mois, vous avez su affronter positivement des situations difficiles.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

PWBB_25 Au cours du dernier mois, vous aviez un bon moral.

- 1 Presque toujours
- 2 Fréquemment
- 3 La moitié du temps
- 4 Rarement
- 5 Jamais

APPENDICE B

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE
DÉTRESSE

DÉTRESSE

Les questions suivantes portent sur des sentiments que vous auriez pu vivre au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, c'est-à-dire la période commençant à la date d'il y a un mois et se terminant hier, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

DISB_10A **...épuisé(e) sans véritable raison?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

DISB_10B **...nerveux/nerveuse?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

DISB_10C **...si nerveux/nerveuse que rien ne pouvait vous calmer?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

DISB_10D **...désespéré(e)?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

DISB_10E **...agité(e) ou ne tenant pas en place?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

DISB_10F **...si agité(e) que vous ne pouviez pas rester immobile?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

DISB_10G **...triste ou déprimé(e)?**

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement

- 5 Jamais
- DISB_10H **...si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?**
- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- DISB_10I **...que tout était un effort?**
- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- DISB_10J **...bon(ne) à rien?**
- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Nous venons de parler de sentiments qui ont été éprouvés à différentes fréquences au cours du dernier mois.

DISB_10K Si vous les considérez tous ensemble, est-ce que vous avez, au cours du dernier mois, éprouvé ces sentiments plus souvent qu'à l'habitude, moins souvent qu'à l'habitude ou sensiblement à la même fréquence qu'à l'habitude?

- 1 Plus souvent
- 2 Moins souvent
- 3 Sensiblement à la même fréquence
- 4 N'a jamais ressenti ces sentiments

DISB_10L Est-ce beaucoup plus, plutôt plus ou un peu plus souvent que d'habitude?

- 1 Beaucoup
- 2 Plutôt
- 3 Un peu

DISB_10M Est-ce beaucoup moins, plutôt moins ou un peu moins souvent que d'habitude?

- 1 Beaucoup
- 2 Plutôt
- 3 Un peu

DISB_10N Au cours du dernier mois, dans quelle mesure ces sentiments ont-ils dérangés votre vie ou vos activités de tous les jours?

- 1 Beaucoup
- 2 Assez
- 3 Un peu
- 4 Pas du tout

APPENDICE C

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, CYCLE 1.2
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE
SOUTIEN SOCIAL

SOUTIEN SOCIAL

Voici maintenant quelques questions concernant le soutien auquel vous avez accès.

SSMB_01 En commençant par une question sur l'amitié, combien d'amis ou de parents proches avez-vous environ, c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise et à qui vous pouvez vous confier?

Amis proches

Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien.

Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin :

SSMB_02 ...une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?

- 1 J amais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_03 ...une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_04 ...une personne qui vous conseille en situation de crise?

- 1 Jamais
- 2 Rarement

- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_05 ...une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_06 ...une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

Encore une fois, dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin :

SSMB_07 ...une personne avec qui partager du bon temps?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_08 ...une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_09 ...une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_10 ...une personne pour vous serrer dans ses bras?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_11 ...une personne avec qui vous détendre?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois

4 La plupart du temps

5 Tout le temps

SSMB_12 ...une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?

1 Jamais

2 Rarement

3 Parfois

4 La plupart du temps

5 Tout le temps

SSMB_13 ...une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?

1 Jamais

2 Rarement

3 Parfois

4 La plupart du temps

5 Tout le temps

Encore une fois, dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin :

SSMB_14 ...une personne avec qui faire des activités distrayantes?

1 Jamais

2 Rarement

3 Parfois

4 La plupart du temps

5 Tout le temps

SSMB_15 ...une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_16 ...une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_17 ...une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_18 ...une personne avec qui faire des choses agréables?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_19 **...une personne qui comprend vos problèmes?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

SSMB_20 **...une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

APPENDICE D

RÉSUMÉE DE LA SOLLICITATION ORALE

Résumé de la sollicitation orale

Projet de recherche : Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire.

Présentation

- Noms des chercheurs impliqués.
- Étude pour une thèse de doctorat en psychologie.

Objectifs du projet de recherche

- Mention et normalisation de la fréquence des périodes de stress ou d'anxiété chez la population générale ainsi que des symptômes les plus fréquents.
- Développer et valider un questionnaire visant à mesurer le soutien des proches lorsque une personne est confrontée à une situation anxiogène (p.ex. entrevue d'embauche, déménagement, séparation, etc.).
- Meilleure compréhension des liens entre l'anxiété et le soutien des proches permettra un soutien mieux adapté aux besoins de ces gens, ce qui aura sans aucun doute un impact positif sur le niveau de fonctionnement et le bien-être de ces derniers.

Déroulement

- Sept questionnaires : un de questions générales (p.ex. âge, niveau de scolarité, etc.), trois mesurant le soutien des proches lors d'une situation anxiogène, un sur vos symptômes d'anxiété depuis les deux dernières semaines, un sur le fonctionnement dans différentes sphères de vie et un dernier sur l'état de santé en général (p.ex. sommeil, concentration, stress, etc.).
- Temps approximatif requis pour remplir les questionnaires.
- Les questionnaires sont récupérés à la fin du cours ou remis ultérieurement au bureau DS-1875 (seulement pour les étudiants de l'UQAM).

Avantages et/ou risques de l'étude

- L'étude permet une auto-observation du soutien qui est dispensé par vos proches lorsque vous vivez une situation anxiogène.
- Aucun risque.

Confidentialité

- Les questionnaires sont identifiés par un numéro.
- Le nom des participants n'apparaît sur aucun des questionnaires.
- Les réponses aux questionnaires sont regroupées dans une base de données à partir de laquelle des analyses statistiques seront effectuées afin d'en tirer des conclusions générales.

Consentement libre

- Aucune obligation n'est reliée à la participation à cette étude.
- Sélection des participants volontaire. Les gens intéressés lèvent leur main afin que les questionnaires leur soient distribués.
- Possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans aucun préjudice, même si vous aviez levé la main.

Coordonnées

- Nom et adresse courriel en cas de questions
- Questions

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN EN SITUATION
D'ANXIÉTÉ

Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA)

Consignes : Tout d'abord, veuillez identifier votre confident le plus significatif (si vous êtes en couple vous devez choisir votre conjoint(e) et inscrire son nom ainsi que le lien que vous avez avec elle (conjoint, parent, ami, etc.) _____

« Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux(se) ou angoissé(e) il-elle: »

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

1. me donne des conseils	1	2	3	4	5
2. me dit d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
3. reste calme	1	2	3	4	5
4. est impatient-e avec moi	1	2	3	4	5
5. me dit de prendre des médicaments	1	2	3	4	5
6. se plaint de mes difficultés	1	2	3	4	5
7. critique ma façon de réagir	1	2	3	4	5
8. me demande comment je me sens	1	2	3	4	5
9. essaie de me changer les idées	1	2	3	4	5
10. fait des blagues qui me détendent	1	2	3	4	5
11. fait des blagues qui me stressent	1	2	3	4	5
12. me dit quoi faire	1	2	3	4	5
13. essaie de me distraire	1	2	3	4	5
14. manifeste de la peur	1	2	3	4	5
15. me dit que j'exagère	1	2	3	4	5
16. m'accompagne dans mes déplacements	1	2	3	4	5
17. tente de me rassurer	1	2	3	4	5

18. me dit qu'il-elle ne comprend pas mon problème	1	2	3	4	5
19. essaie de me confronter	1	2	3	4	5
20. demande des choses pour moi	1	2	3	4	5
21. répond à des questions à ma place	1	2	3	4	5
22. me protège	1	2	3	4	5
23. va ou reste à ma place dans la situation	1	2	3	4	5
24. minimise l'importance de mes malaises	1	2	3	4	5
25. me critique	1	2	3	4	5
26. expose mes faiblesses en public	1	2	3	4	5
27. raconte mes problèmes aux autres	1	2	3	4	5
28. essaie de dédramatiser mes craintes	1	2	3	4	5
29. m'ignore	1	2	3	4	5
30. dissimule des informations pour diminuer mon anxiété	1	2	3	4	5
31. se plie à mes demandes	1	2	3	4	5
32. interrompt ce qu'il-elle faisait pour m'accommoder	1	2	3	4	5
33. met de la pression sur moi	1	2	3	4	5
34. ne m'écoute pas	1	2	3	4	5
35. me culpabilise	1	2	3	4	5
36. me dit qu'il-elle est tannée de m'entendre parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
37. s'isole de moi	1	2	3	4	5
38. exige de moi des choses que j'ai peur de faire	1	2	3	4	5
39. me ridiculise	1	2	3	4	5
40. m'empêche physiquement d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
41. tente de m'informer par rapport à mon	1	2	3	4	5

problème					
42. essaie de me faire oublier mon problème	1	2	3	4	5
43. me donne de l'alcool	1	2	3	4	5
44. me dit que je suis fou (folle)	1	2	3	4	5
45. m'incite contre mon gré à affronter la situation	1	2	3	4	5
46. m'incite à ne pas fuir ou éviter la situation	1	2	3	4	5
47. m'encourage à lui parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
48. m'aide à changer mes pensées dérangeantes	1	2	3	4	5
49. m'aide à affronter mes peurs	1	2	3	4	5
50. respecte mon rythme	1	2	3	4	5
51. essaie de comprendre comment je me sens	1	2	3	4	5
52. m'aide à interpréter de façon moins catastrophique ce que je vis	1	2	3	4	5
53. m'incite à interrompre un comportement inutile	1	2	3	4	5
54. m'aide à me détendre	1	2	3	4	5
55. m'aide à me changer les idées	1	2	3	4	5
56. m'aide à préciser mes émotions	1	2	3	4	5
57. me donne de l'espoir par rapport à l'avenir	1	2	3	4	5
58. m'encourage à prendre part à des activités agréables	1	2	3	4	5
59. menace de me quitter	1	2	3	4	5
60. m'aide à ne pas craindre mes malaises physiques	1	2	3	4	5
61. remarque quand je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
62. me récompense si je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
63. me rappelle mes points forts	1	2	3	4	5

64. m'encourage à faire ce que je suis capable de faire	1	2	3	4	5
65. ne me met pas de pression	1	2	3	4	5

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE F

ÉCHELLE DE PROVISIONS SOCIALES

Échelle de provisions sociales

(EPS)

Les questions suivantes portent sur votre réseau social.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	1	2	3	4
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.	1	2	3	4
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.	1	2	3	4
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.	1	2	3	4
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	1	2	3	4
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.	1	2	3	4
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	1	2	3	4
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	1	2	3	4
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et mes habiletés.	1	2	3	4
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.	1	2	3	4
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	1	2	3	4

12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	1	2	3	4
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	1	2	3	4
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.	1	2	3	4
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.	1	2	3	4
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	1	2	3	4
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	1	2	3	4
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.	1	2	3	4
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.	1	2	3	4
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	1	2	3	4
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.	1	2	3	4
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.	1	2	3	4
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	1	2	3	4
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.	1	2	3	4

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE G

QUESTIONNAIRE SUR LE SOUTIEN PERÇU

Questionnaire sur le soutien perçu

(QSP)

Quand votre conjoint(e) vous aide à gérer vos difficultés liées à l'anxiété, il(elle) peut adopter différents types de comportements ou d'attitudes. Les énoncés ci-bas sont des réactions possibles de sa part quand vous vous sentiez anxieux(se). À l'aide de l'échelle, veuillez évaluer À QUELLE FRÉQUENCE votre conjoint(e) a répondu de cette façon AU COURS DU DERNIER MOIS.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	N'a jamais répondu de cette façon	A rarement répondu de cette façon	A parfois répondu de cette façon	A souvent répondu de cette façon
1. A semblé impatient(e) avec vous.	1	2	3	4
2. A semblé fâché(e) ou irrité(e) avec vous quand il(elle) a fait des choses pour vous aider.	1	2	3	4
3. A semblé ne pas aimer être en votre présence.	1	2	3	4
4. Vous a fait attendre longtemps pour de l'aide quand vous en aviez besoin.	1	2	3	4
5. A évité d'être en votre présence quand vous ne vous sentiez pas bien.	1	2	3	4
6. A fait voir qu'il(elle) ne voulait réellement pas parler de vos difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
7. A crié ou hurlé après vous.	1	2	3	4
8. N'a pas semblé respecter vos sentiments.	1	2	3	4
9. S'est plaint de vos difficultés liées à l'anxiété ou d'avoir à vous aider avec une tâche que vous trouviez difficile à faire par vous-même.	1	2	3	4
10. A semblé inconfortable de vous parler au sujet de vos difficultés liées à	1	2	3	4

l'anxiété.				
11. A critiqué la façon dont vous gériez vos difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
12. A semblé moins acceptant(e) envers vous parce que vous aviez des difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
13. N'a pas été émotivement supportant(e) pour vous alors que vous vous attendiez à recevoir un peu de support.	1	2	3	4
14. A plaisanté et tenté de vous remonter de moral.	1	2	3	4
15. A demandé comment vous vous sentiez.	1	2	3	4
16. Vous a demandé de faire une activité pour vous changer les idées.	1	2	3	4
17. Vous a fait savoir qu'il(elle) serait toujours dans les alentours si vous aviez besoin d'aide.	1	2	3	4
18. A dit que vos émotions étaient normales pour quelqu'un qui avait des difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
19. Vous a consolé en vous démontrant de l'affection physique.	1	2	3	4
20. Était à vos côtés dans les moments stressants de vos difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
21. A exprimé de l'intérêt ou du souci au sujet de votre bien-être.	1	2	3	4
22. A initié des discussions au sujet de vos difficultés liées à l'anxiété.	1	2	3	4
23. A suggéré des conduites que vous devriez prendre.	1	2	3	4
24. A fait des tâches ménagères ou des courses que vous trouviez difficiles à faire.	1	2	3	4

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE H

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

Inventaire d'anxiété de Beck

(IAB)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes **au cours de la dernière semaine**, en incluant aujourd'hui.

	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement				
2. Bouffées de chaleur				
3. « Jambes molles », tremblements dans les jambes				
4. Incapacité de se détendre				
5. Crainte que le pire ne survienne				
6. Étourdissement ou vertige, désorientation				
7. Battements cardiaques marqués ou rapides				
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9. Terrifié(e)				
10. Nervosité				
11. Sensation d'étouffement				
12. Tremblement des mains				
13. Tremblements, chancelant(e)				
14. Crainte de perdre le contrôle de soi				

15. Respiration difficile				
16. Peur de mourir				
17. Sensation de peur, « avoir la frousse »				
18. Indigestion ou malaise abdominal				
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20. Rougeur du visage				
21. Transpiration (non associée à la chaleur)				

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT ACTUEL

D) Relations familiales

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
Problème								sévères

E) Vie sociale, contact avec autrui

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
Problème								sévères

F) Passe-temps, loisirs, vacances

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
Problème								sévères

G) Activités quotidiennes (ménage, courses, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
Problème								sévères

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE J

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MENTALE

Questionnaire de santé mentale

(QSM)

Récemment, et en particulier ces dernières semaines :

1. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

2. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

3. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

4. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou « stressé(e) »?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

5. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

6. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?

1 = mieux que d'habitude	3 = moins bien que d'habitude	
2 = comme d'habitude	4 = beaucoup moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude
8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude
9. Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e)?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude
10. Avez-vous perdu confiance en vous-même?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude
11. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude
12. Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?
- 1 = mieux que d'habitude 3 = moins bien que d'habitude
 2 = comme d'habitude 4 = beaucoup moins que d'habitude

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE K

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'ÉDITEUR

Canadian Public Association canadienne
Health Association de santé publique

400-1565 avenue Carling Avenue
Ottawa, Ontario K1Z 8R1 Canada
Tel. : 613-725-3769 Fax/Télec. : 613-725-9826
E-mail/Courriel : cjph@cpha.ca
Internet : www.cpha.ca
Québec, le 10 mars 2008

Madame Édith St-Jean-Trudel
Centre d'étude sur le trauma
7401 Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Dossier no : 08-055

Madame,

Nous accusons réception de votre manuscrit intitulé Les relations entre le soutien social, le bien-être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux : Résultats d'une enquête nationale. Votre document a été acheminé aux réviseurs externes le 28 février dernier. Nous vous ferons part de leurs commentaires et de notre recommandation dès qu'ils seront disponibles. La décision de la Revue devrait vous parvenir d'ici 70 jours. Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec Mme Denise Mercier, secrétaire à l'Institut national de santé publique du Québec, par téléphone (418 650-5115, poste 5225) ou par courriel (denise.mercier@inspq.qc.ca).

Nous vous remercions d'avoir proposé votre manuscrit à la Revue canadienne de santé publique et vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Les rédacteurs scientifiques adjoints,

Original signé par Claire Laliberté et Benoît Lévesque

Claire Laliberté, M.A., M. Sc.
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, local B4-58
Téléphone : (418) 650-5115, poste 5253
Télécopieur : (418) 654-3144
Courriel : claire.laliberte@inspq.qc.ca

Benoît Lévesque, M.D., M. Sc. FRCP
Institut national de santé publique du Québec et Département de médecine sociale et préventive
Université Laval
945, avenue Wolfe, local B4-52
Téléphone : (418) 650-5115, poste 5214
Télécopieur : (418) 654-3144
Courriel : benoit.levesque@inspq.qc.ca

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

Abbey, A., Abramis, D. J., et Caplan, R. D. 1985. « Effects of Different Sources of Social Support and Social Conflict on Emotional Well-being ». *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 6, no 2, p. 111-129.

Acitelli, L., et Antonucci, T. 1994. « Gender Differences in the Link between Marital Support and Satisfaction in Older Couples ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 67, p. 688-698.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington (DC) : American Psychiatric Association.

Andrews, B., Brewin, C. R., et Rose, S. 2003. « Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, no 4, p. 421-427.

Andrews, R. M., et McKennell, A. C. 1980. « Measures of Self-reported Well-being : Their Affective, Cognitive, and other Components ». *Social Indicators Research*, vol. 8, p. 127-155.

Angst, J., et Dobler-Mikola, A. 1985. « Anxiety and Phobia in Young Adults ». *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, vol. 235, no 3, p. 171-178.

Antonucci, T. C. 1994. « A Life-span View of Women's Social Relations ». In *Women Growing Older*, B. F. Turner et L. E. Troll (Ed.), p. 239-269. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications.

Antonucci, T. C., Fuhrer, R., et Dartigues, J- F. 1997. « Social Relations and Depressive Symptomatology in a Sample of Community-dwelling French Older Adults ». *Psychology and Aging*, vol. 12, no 1, p. 189-195.

Antony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V., et Devins, G. M. 1998. « Illness Intrusiveness in Individuals with Panic Disorder, Obsessive-compulsive Disorder, or Social Phobia ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 186, no 5, p. 311-315.

Ashton, W. A., et Fuehrer, A. 1993. « Effects of Gender and Gender Role Identification of Participant and Type of Social Support Resource on Support Seeking ». *Sex Roles*, vol. 28, no 7-8, p. 461-476.

Atkinson, M., Zibin, S., et Chuang, H. 1997. « Characterizing Quality of Life Among Patients with Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-report Methodology ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, p. 99-105.

Badr, H., Acitelli, L., Duck, S., et Carl, W. J. 2001. « Weaving Social Support and Relationships Together ». In *Personal Relationships : Implications for Clinical and Community Psychology*, B. R. Sarason, S. Duck (Ed.), p. 1-14. New York : Wiley.

Baker, F., Jodrey, D., et Intagliata, J. 1992. « Social Support and Quality of Life of Community Support Clients ». *Community Mental Health Journal*, vol. 28, p. 397-402.

Barbee, A. P., Derlega, V. J., Sherburne, S. P., et Grimshaw, A. 1998. « Helpful and Unhelpful Forms of Social Support for HIV-positive Individuals. In *HIV and Social Interaction*, V. J. Derlega et A. P. Barbee (Ed.), p. 83-105. Thousand Oaks (CA) : Sage.

Barlow, D. H., Mavissakalian, M., et Hay, L. 1981. « Couples Treatment of Agoraphobia : Changes in Marital Satisfaction ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 19, p. 335-338.

Barrera, M. 1986. « Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 413-445.

Baucom, D. H., Stanton, S., et Epstein, N. B. 2003. « Anxiety Disorders ». In *Treating Difficult Couples*, D. K. Snyder et M. A. Whisman (Ed.), p. 57-87. New York: The Guilford Press.

Beach, S. R. H. 2001. *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice*. Washington (DC): American Psychological Association.

Beach, P., et Angst, J. 1996. « Quality of Life in Anxiety and Social Phobia ». *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 11, suppl. 3, p. 97-100.

Bech, P., et Angst, J. 1996. « Quality of Life in Anxiety Disorder and Social Phobia. » *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 11, suppl.3, p. 97-100.

Berbier, M., et Schulte, A. 1993. « *Binding and Non-binding Integration : The Relational Costs and Rewards of Social Ties on Mental Health* ». *Papier présenté à l'American Sociological Association*. Miami Beach (FL).

Bertera, E. M. 2005. « Mental Health in U.S. Adults: The Role of Positive Social Support and Social Negativity in Personal Relationships ». *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 22, no 1, p. 33-48.

Brewin, C. R., Andrews, B., et Valentine, J. D. 2000. « Meta-analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-exposed Adults ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, p. 748-766.

Brugha, T. S., Morgan, Z., Bebbington, P., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., et Meltzer, H. 2003. « Social Support Networks and Type of Neurotic Symptom among Adults in British Households ». *Psychological Medicine*, vol. 33, p. 307-318.

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., et McDougle, C. J. 1995. « Family Accommodation in Obsessive-compulsive Disorder ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, no 3, p. 441-443.

Candilis, P. J., McLean, R. Y., Otto, M. W., Manfro, G. G., Worthington, J., et Penava, S. J. 1999. « Quality of Life in Patients with Panic Disorder ». *Journal of Nervous & Mental Diseases*, vol. 187, p. 429-434.

Caron, J., Latimer, E., et Tousignant, M. 2007. « Predictors of Psychological Distress in Low Income Populations of Montreal ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, p. 35-44.

Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E., et Renaud, S. 2001. « The Relationships between Life Events, Coping Strategies, Social Support and Quality of Life in Schizophrenia ». *Schizophrenia Research*, vol. 46, no 1-2, p. 27.

Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E., et Renaud, S. 2005a. « Predictors of Quality of Life in Schizophrenia ». *Community Mental Health Journal*, vol. 41, no 4, p. 399– 417.

Caron, J., Mercier, C., Martin, A., et Stip, E. 2005b. « Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schizophrénie ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXX, no 2, p. 165-191.

Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., et Leouffre, P. 1998. « Components of Social Support and Quality of Life in Severely Mentally Ill, Low Income Individuals and a General Population Group ». *Community Mental Health Journal*, vol. 34, no 5, p. 459-475.

Carpenter, E. M., et Kirkpatrick, L. A. 1996. « Attachment Style and Presence of a Romantic Partner as Moderators of Psychophysiological Responses to a Stressful Laboratory Situation ». *Personal Relationships*, vol. 3, p. 351-367.

Carpinielo, B., Pariante, C.M., Rudas, N. 1997. « Symptoms, Standards of Living, and Subjective Quality of Life: A Comparative Study of Schizophrenic and Depressed Outpatients ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 89, p. 27-82.

Cassel, J. 1976. « The Contribution of the Social Environment to Host Resistance ». *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, p. 107-123.

Cobb, S. 1976. « Social Support as a Moderator of Life Stress ». *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, no 5, p. 300-314.

Cohen, S. 1988. « Psychological Models of Social Support in the Etiology of Physical Disease ». *Health Psychology*, vol. 7, p. 269-297.

Cohen, S., et Hoberman, H. M. 1983. « Positive Events and Social Support as Buffers of Life Change Stress ». *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 13, p. 99-125.

Cohen, S., et McKay, G. 1984. « Social Support, Stress, and the Buffering Hypothesis : A Theoretical Analysis ». In *Handbook of Psychology and Health*, A. Baum, S. E. Taylor, et J. E. Singer (Ed.), vol. 4, p. 253-267. Hillsdale (NJ) : Erlbaum.

Cohen, S., et Syme, S. L. 1985. « Issues in the Study and Application of Social Support ». In *Social Support and Health*, S. Cohen et S. L. Syme (Ed.), p. 3-22. New York: Academic.

Cohen, S., Underwood, L. G., et Gottlieb, B. H. 2000. *Social Support Measurement and Intervention*. New York: Oxford University Press.

Cohen, S., et Wills, T. A. 1985. « Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis ». *Psychological Bulletin*, vol. 98, p. 310-357.

Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., et Martin, N. G. 2004. « Perceived Social Support in a Large Community Sample : Age and Sex Differences ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, p. 625-636.

Coyne, J.C., et Downey, G. 1991. « Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes ». *Annual Review of Psychology*, vol. 42, p. 401-425.

Cramer, V., Torgersen, S., et Kringlen, E. 2005. « Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 193, no 3, p. 196-202.

Craske, M. G., et Zoellner, L. A. 1995. « Anxiety Disorders: The Role of Marital Therapy ». In *Clinical Handbook of Couple Therapy*, N. S. Jacobson et A. S. Gurman (Ed.), p 394-410. New York: The Guilford Press.

Cutrona, C. E., et Russell, D. 1987. « The Provisions of Social Support and Adaptation to Stress ». *Advance in Personal Relationships*, vol. 1, p. 37-67.

Cutrona, C. E., et Russel, D. W. 1990. « Type of Social Support and Specific Stress : Toward a Theory of Optimal Matching ». In *Social Support : An Interactional View*, B. R. Sarason, I. G. Sarason, et G. R. Pierce (Ed.), p. 319-366. New York : Wiley.

Dalgard, O. S., Bjork, S., et Tambs, K. 1995. « Social Support, Negative Life Events and Mental Health ». *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, p. 29-34.

Davidson, J. R. T., Hughes, D. C., George, L. K., et Blazer, D. G. 1994. « The Boundary of Social Phobia: Exploring the Threshold ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, p. 975-983.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Chlenhuth, E. H., et Covi, L. 1974. « The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) : A Self-report Inventory ». *Behavioral Science*, vol. 19, p. 1-15.

Diener, E. 1994. « Assessing Subjective Well-being : Progress and Opportunities ». *Social Indicators Research*, vol. 31, p. 103-157.

Dimenas, E. S., Dahlof, C. G., Jern, S. C., et Wiklund, I. K. 1990. « Defining Quality of Life in Medicine ». *Scandinavia Journal of Primary Health Care*, vol. 1, suppl, p. 7-10.

Dunkel-Schetter, C., et Bennett, T. L. 1990. « Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support ». In *Social Support : An Interactional View*, B. R. Sarason, I. G. Sarason, et G. R. Pierce (Ed.), p. 267-296. New York : Wiley.

Emmelkamp, P. M. G., Van Dyck, R., Bitter, M., Heins, R., Onstein, E. J., et Eisen, B. 1992. « Spouse-aided Therapy with Agoraphobics ». *British Journal of Psychiatry*, vol. 160, p. 51-56.

Fauerbach, J. A. 1992. « Marital Interaction Patterns of Couples with and without an Agoraphobic Partner ». *Dissertation Abstracts International*, vol. 52, no 10B, p. 5530-5531.

Finch, J. F. 1998. « Social Undermining, Support Satisfaction, and Affect : A Domain-specific Lagged Effects Model ». *Journal of Personality*, vol. 66, p. 315-334.

Finch, J. F., Okun, M. A., Barrera, M., Zautra, A. J., et Reich, J. W. 1989. « Positive and Negative Social Ties among Older Adults : Measurement Models and Prediction of Psychological Well-being ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 17, p. 585-605.

Finch, J. F., Okun, M. A., Pool, G. J., et Ruehlman, L. S. 1999. « A Comparison of the Influence of Conflictual and Supportive Social Interactions on Psychological Distress ». *Journal of Personality*, vol. 67, no 4, p. 581-621.

Fokias, D., et Tyler, P. 1995. « Social Support and Agoraphobia: A Review ». *Clinical Psychology Review*, vol. 15, no 4, p. 347-366.

Fordyce, M. W. 1983. « A Program to Increase Happiness : Further Studies ». *Journal of Counseling Psychology*, vol. 30, p. 483-498.

Frydenberg, E., et Lewis, R. 1993. « Boys Play Sport and Girls Turn to Others : Age, Gender and Ethnicity as Determinants of Coping ». *Journal of Adolescents*, vol. 16, p. 253-266.

Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., et Shipley, M. J. 1999. « Gender, Social Relations and Mental Health : Prospective Findings from an Occupational Cohort (Whitehall II Study) ». *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 77-87.

Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., et Fredrikson, M. 1999. « Social Phobia in the General Population: Prevalence and Sociodemographic Profile ». *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, p. 416-424.

Gove, W. R., Style, C. B., et Hughes, M. 1990. « The Effect of Marriage on the Well-being of Adults ». *Journal of Family Issues*, vol. 11, p. 4-35.

Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, R. E., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C. et Fyer, J. A. 1999. « The Economic Burden of Anxiety Disorders in the 1990s ». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60, no 7, p. 427-434.

Guay, S., Billette, V., et Marchand, A. 2006. « Exploring the Links between Posttraumatic Stress Disorder and Social Support: Processes and Potential Research Avenues ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 19, no 3, p. 327-338.

Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A., et Mainguy, N. 2004. « Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 4, p. 81-88.

Halford, W. K., et Bouma, R. 1997. « Individual Psychopathology and Marital Distress ». In *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions*, W. K. Halford, H. J. Markman (Ed.), p. 291-321. London: Wiley.

Hammer, M. 1981. « “Core” and “Extended” Social Networks in Relation to Health and Illness ». *Social Science and Medicine*, vol. 17, p. 405-411.

Helgeson, V. S. 1993. « Two Important Distinctions in Social Support: Kind of Support and Perceived vs Received ». *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 23, p. 825-845.

Helgeson, V. S. 2003. « Social Support and Quality of Life ». *Quality of Life Research*, vol. 12, suppl. 1, p. 25-31.

Hogan, B. E., Linden, W., et Najarian, B. 2002. « Social Support Interventions : Do they Work? ». *Clinical Psychology Review*, vol. 22, p. 381-440.

Holahan, C. J., et Moos, R. H. 1981. « Social Support and Psychological Distress : A Longitudinal Analysis ». *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 90, p. 365-370.

House, J. S. 1981. *Work Stress and Social Support*. Reading (MA) : Addison-Wesley.

House, J. S., et Kahn, R. L. 1985. « Measures and Concepts of Social Support ». In *Social Support and Health*, S. Cohen et S. L. Syme (Ed.), p. 83-108. Orlando (FL) : Academic Press.

Ilfeld, F. W. 1976. « Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population ». *Psychological Reports*, vol. 39, p. 1215-1228.

Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D., et Antonucci, T. 1997. « The Effects of Positive and Negative Social Exchanges on Aging Adults ». *Journal of Gerontology : Social Sciences*, vol. 52B, p. S190-S199.

Julien, M., Julien, D., et Lafontaine, P. 1998. *Environnement de soutien : Enquête sociale de santé*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Kaniasty, K., et Norris, F. H. 1992. « Social Support and Victims of Crime: Matching Event, Support, and Outcome ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 20, p. 211-241.

Katon, W. J., VonKorff, M. et Lin, E. 1992. « Panic Disorder: Relationship to High Medical Utilization ». *American Journal of Medicine*, vol. 92, no 1A, p. 7S-11S.

Kennedy, B. L. et Schwab, J. J. 1997. « Utilization of Medical Specialists by Anxiety Disorder Patients ». *Psychosomatics*, vol. 38, no 2, p. 109-112.

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., et Normand, S.-L. T. 2002. « Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-specific Psychological Distress ». *Psychological Medicine*, vol. 32, p. 959-976.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et Walters, E. E. 2005. « Prevalence Severity, and Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, p. 617-627.

Kessler, R. C., et McLeod, J. D. 1985. « Social Support and Mental Health in Community Sample ». In *Social Support and Health*, S. Cohen, et S. L. Syme (Ed.), p. 219-240. New York: Academic Press.

Kessler, R. C., Price, R. H., et Wortman, C. B. 1985. « Social Factors in Psychopathology : Stress, Social Support, and Coping Processes ». *Annual Review of Psychology*, vol. 36, p. 531-572.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., et Nelson, C. B. 1995. « Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, p. 1048-1060.

Keyes, C. L. 2005. « Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no 3, p. 539-548.

Keyes, C. L. 2007. « Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing ». *American Psychologist*, vol. 62, no 2, p. 95-108.

King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., et Fairbank, J. A. 1999. « Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans : Risk Factors, War-zone Stressors, and Resilience-recovery Variables ». *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 108, no 1, p. 164-170.

Koerner, N., Dugas, M. J., Marchand, A., Turcotte, J., Savard, P., et Gaudet, A. 2002. « Health Care Utilization and Work Impairment in Individuals with Generalized Anxiety Disorder ». *Affiche présentée à l'AABT's 36th Annual Convention*. Reno (NV).

Koivumma-Honkanen, H.-T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Transkanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L., Jääskeläinen, J., et Lehtonen, J. 1996. « Correlates of Life Satisfaction among Psychiatric Patients ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 94, p. 372-378.

Lakey, B., et Cassady, P. 1990. « Cognitive Processes in Perceived Social Support ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 11, p. 336-348.

Lakey, B., et Cohen, S. 2000. « Social Support Theory and Measurement ». In *Social Support Measurement and Intervention*, S. Cohen, L. G. Underwood, et B. H. Gottlieb (Ed.), p. 29-52. New York: Oxford University Press.

Lakey, B., et Dickinson, L. G. 1994. « Antecedents of Perceived Support : Is Perceived Family Environment Generalized to New Social Relationships? » *Cognitive Therapy and Research*, vol. 18, no 1, p. 39-53

Lakey, B., Moineau, S., et Drew, J. B. 1992. « Perceived Social Support and Individual Differences in the Interpretation and Recall of Supportive Behaviors ». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 11, p. 336-348.

Lakey, B., Tardiff, T. A., et Drew, J. B. 1994. « Negative Social Interactions : Assessment and Relations to Social Support, Cognition, and Psychological Distress ». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 13, p. 63-85.

Lazarus, R. S. 1966. *Psychological stress and the coping process*. New York : Springer.

Lazarus, R. S., et Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.

Leavy, R. L. 1983. « Social Support and Psychological Disorder : A Review of Community Psychology ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 11, p. 3-21.

Lehman, A. F. 1983. « The Effects of Psychiatric Symptoms on Quality of Life Assessments among the Chronic Mentally Ill ». *Evaluation and Program Planning*, vol. 6, p. 143-151.

Lepore, S. J. 1995. « Cynicism, Social Support, and Cardiovascular Reactivity ». *Health Psychology*, vol. 15, p. 135-148.

Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., et Wayment, H. A. 1989. « Social Constraints, Intrusive Thoughts, and Depressive Symptoms among Bereaved Mothers ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 70, p. 271-282.

Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., et Stein, D. J. 2003. « Quality of Life in Anxiety Disorders : A Comparison of Obsessive-compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder ». *Psychopathology*, vol. 36, p. 255-262.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H., McGonagle, K. A., et Kessler, R. C. 1996. « Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, p. 159-168.

Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., et Kemeny, N. 1997. « Supportive and Negative Responses in the Partner Relationship: Their Association with Psychological Adjustment among Individuals with Cancer ». *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 20, no 2, p. 101-125.

Marcaurelle, R., Bélanger, C., et Marchand, A. 2002. « Marital Relationship and the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia : A Critical Review ». *Clinical Psychology Review*, vol. 580, p. 1-31.

Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., et Klerman, G. L. 1989. « Quality of Life in Panic Disorder ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, p. 984-992.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., et Battaglini, A. 1998. « The Structure of Mental Health: Higher-order Confirmatory Factor Analyses of Psychological Distress and Well-being Measures ». *Social Indicators Research*, vol. 45, p. 475-504.

Matthews, S., Stansfeld, S., et Power, C. 1999. « Social Support at Age 33 : The Influence of Gender, Employment Status, and Social Class ». *Social Science et Medicine*, vol. 49, p. 133-142.

McCarthy, L., Shean, G. 1996. « Agoraphobia and Interpersonal Relationships ». *Journal of Anxiety Disorder*, vol. 10, no 6, p. 477-487.

Mendlowicz, M. V., et Stein, M. B. 2000. « Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 669-682.

Moen, P., Dempster-McClain, D., et Williams, R. M. 1989. « Social Integration and Longevity : An Event History Analysis of Women's Role and Resilience ». *American Sociological Review*, vol. 54, p. 635-647.

Monroe, S. M., et Steiner, S. C. 1986. « Social Support and Psychopathology : Interrelations with Preexisting Disorder, Stress, and Personality ». *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 95, no 1, p. 29-39.

Monterio, W., Marks, I. M., et Ramm, E. 1985. « Marital Adjustment and Treatment Outcome in Agoraphobia ». *British Journal of Psychiatry*, vol. 146, p. 383-390.

Moos, R. H., Moos, B. S. 1981. *Family Environment Scale manual*. Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press.

Norris, F. H., et Kaniasty, K. 1996. « Received and Perceived Social Support in Times of Stress ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, p. 498-511.

Norton, G. R., McLeod, L., Guertin, J., Hewitt, P. L., Walker, J. R., et Stein M. B. 1996. « Panic Disorder or Social Phobia: Which is Worse? » *Behavioral Research Therapies*, vol. 34, p. 273-276.

Oppenheimer, K., et Frey, J. 1993. « Family Transitions and Developmental Processes in Panic Disordered Patients ». *Family Process*, vol. 32, no 3, p. 341-352.

Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman Jr., D. H., et Barrett, J. 1992. « Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly ». *American Journal of Epidemiology*, vol. 135, no 4, p. 356-368.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L, et Weiss, D. S. 2003. « Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-analysis ». *Psychological Bulletin*, vol. 129, p. 52-73.

Parmentier, T. R. 1994. « Quality of Life as a Concept and Measurable Entity ». *Social Indicators Research*, vol. 33, p. 3-46.

Pélissolo, A., André, C., Chignon, J.- M., Dutoit, D., Martin, P., Richard-Berthe, C. 2002. « Épidémiologie des troubles anxieux en psychiatrie libérale : Prévalences, comorbidité et retentissement (étude DELTA) ». *L'Encéphale*, vol. XXVIII, cahier 1, p. 510-519.

Perlmutter, R. A. 1990. « Psychopharmacology of Attachment: Effects of Successful Agoraphobia Treatment on Marital Relationships ». *Family Systems Medicine*, vol. 8, no 3, p. 279-284.

Peterson, C. 1993. « Helpless Behavior ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 31, p. 289-295.

Prévaille, M., Potvin, L, et Boyer, R. 1995. « The Structure of Psychological Distress ». *Psychological Reports*, vol. 77, p. 275-293.

Pukrop, R., Schlaak, V., Möller-Leimkühler, A. M., Albus, M., Czernik, A., Klosterkötter, J., et Möller, H. J. 2003. « Reliability and Validity of Quality of Life Assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in Patients with schizophrenia and Patients with Depression ». *Psychiatry Research*, vol. 119, p. 63-79.

Pyke, J., et Roberts, J. 1987. « Social Support and Married Agoraphobic Women ». *Psychiatry*, vol. 32, p. 100-104.

Quilty, L. C., Ameringen, M. V., Mancini, C., Oakman, J., et Farvolden, P. 2003. « Quality of Life and the Anxiety Disorders ». *Anxiety Disorders*, vol. 17, p. 405-426.

Rauktis, M. E., Koeske, G. F., et Tereshko, O. 1995. « Negative Social Interactions, Distress, and Depression among those Caring for a Seriously and Persistently Mentally Ill Relative ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no 2, p. 279-299.

Rees, C. S., Richards, J. C. et Smith, L. M. 1998. « Medical Utilization and Costs in Panic Disorder: A Comparison with Social Phobia ». *Journal of Anxiety Disorder*, vol. 12, no 5, p. 421-435.

Regier, D. A., Narrow, W. E., et Rae, D. S. 1990. « The Epidemiology of Anxiety Disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Experience ». *Journal of Psychiatric Research*, vol. 24, p. 3-14.

Reinhardt, J. P. 2001. « Effects of Positive and Negative Support Received and Provided on Adaptation to Chronic Visual Impairment ». *Applied Developmental Science*, vol. 5, p. 76-85.

Rook, K. S. 1984. « The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-being ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, p. 1097-1108.

Rook, K. S. 1990. « Parallels in the Study of Social Support and Social Strain ». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 9, p. 118-132.

Rook, K. S., et Pietromonaco, P. 1987. « Close Relationships : Ties that Heal or Ties that Blind? ». In *Advances in Personal Relationships*, W. H. Jones et D. Perlman (Ed.), vol. 1, p. 1-35. Greenwich (CT) : JAI.

Roy-Byrne, P. P., Stein, B. S., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., Katon, W. J., Craske, M. G., Bystritsky, A. et Sherbourne, C. D. 1999. « Panic Disorder in the Primary Care Setting: Comorbidity, Disability, Service Utilization, and Treatment ». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60, no 7, p. 492-499.

Rubin, H. C., Rapaport, M. H., Levine, B., Gladajo, J. K., Rabin, A., et Auerbach, M. 2000. « Quality of Well-being in Panic Disorder: The Assessment of Psychiatric and General Disability ». *Journal of Affective Disorder*, vol. 57, p. 217-221.

Ryff, C. D., et Singer, B. 1996. « Psychological Well-being : Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research ». *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 65, p. 14-23.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Bannerman, A., et Sarason, I. G. 1993. « Investigating the Antecedents of Perceived Social Support : Parents' View of and Behavior toward their Children ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 65, p. 1071-1085.

Sarason, S. I., Pierce, G. R., et Sarason, B. R. 1990. « Social Support and Interactional Processes : A Triadic Hypothesis ». *Journal of Social and Personal Relationships. Special Issue Predicting, Activating and Facilitating Social Support*, vol. 7, no 4, p. 495-506.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., et Pierce, G. R. 1990. *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.

Schneier, F. R., Heckleman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., et Gitow, A. 1994. « Functional Impairment in Social Phobia ». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 55, p. 322-331.

Schuster, T. L., Kessler, R. C., et Aseltine Jr., R. H. 1990. « Supportive Interactions, Negative Interactions, and Depressed Mood ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, p. 423-438.

Schonfeld, W. H., Vadeboncoeur, C. J., Fifer, S. K., Lipschut, R. C., Lubeck, D. P., et Buesching, D. P. 1997. « The Function and Well-being of Patients with Unrecognized Anxiety Disorders and Major Depressive Disorder ». *Journal of Affective Disorders*, vol. 43, p. 105-119.

Sherbourne, C. D., et Stewart, A. L. 1991. « The MOS Support Survey (Medical Outcome Study Social Support Survey) ». *Social Sciences and Medicine*, vol. 32, p. 705-714.

Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., et Shipley, M. J. 1998. « Types of Social Support as Predictors of Psychiatric Morbidity in a Cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study) ». *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 881-892.

Statistique Canada. 2003. « Supplément de l'enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités pour les Forces canadiennes: Santé mentale ». *Le Quotidien*, 5 septembre, <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030905/q030905b.htm>

Stein, M. B., et Kean, Y. M. 2000. « Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiological Findings ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 1606-1613.

Steketee, G. 1997. « Disability and Family Burden in Obsessive-compulsive Disorder ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, no 9, p. 919-928.

Stephens, T. et Joubert, N. 2001. « The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada ». *Chronic Diseases in Canada*, vol. 22, p. 18-23.

Stoler, L. S., et McNally, R. J. 1991. « Cognitive Bias in Symptomatic and Recovered Agoraphobics ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 29, no 6, p. 539-545.

Stopa, L., et Clark, D. M. 2000. « Social Phobia and Interpretation of Social Events ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 38, no 3, p. 273-283.

St-Jean-Trudel, E., Guay, S., et Bonaventure, M. 2003. « *Social Support and Anxiety Disorders: A Pilot Study* ». *Affiche présentée à l'AABT's 37th Annual Convention*. Boston (MS).

St-Jean-Trudel, E., Guay, S., Marchand, A., et O'Connor, K. 2005. « Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire ». *Santé mentale au Québec*, vol. XXX, no 1, p. 11-29.

Syrotuik, J., et D'Arcy, C. 1984. « Social Support and Mental Health : Direct, Protective and Compensatory Effects ». *Social Science & Medicine*, vol. 18, p. 229-236.

Taylor, S. E., Cousino Klein, L., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., et Updegraff, J. A. 2000. « Biobehavioral Responses to Stress in Females : Tend-and-befriend, not Fight-to-flight ». *Psychological Review*, vol. 107, no 3, p. 411-429.

Tohits, P. A. 1983. « Multiple Identities and Psychological Well-being: A Reformulation and Test of the Social Isolation Hypothesis ». *American Sociological Review*, vol. 48, p. 174-187.

Tohits, P. A. 1985. « Social Support Processes and Psychological Well-being: Theoretical Possibilities ». In *Social Support: Theory, Research and Applications*, I. G. Sarason et B. Sarason (Ed.), p. 51-72. The Hague: Martinus Nijhoff.

Tohits, P. A. 1986. « Social Support as Coping Assistance ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, p. 416-423.

Tohits, P. A. 1992. « Identity Structures and Psychological Well-being : Gender and Marital Status Comparisons ». *Social Psychology Quarterly*, vol. 55, no 3, p. 236-256.

Torgrud, L. J., Walker, J. R., Murray, L., Cox, B. J., Chartier, M., et Kjernisted, K. D. 2004. « Deficits in Perceived Social Support Associated with Generalized Social Phobia ». *Cognitive Behaviour Therapy*, vol. 33, no 2, p. 87-96.

Turner, H. 1994. « Gender and Social Support: Taking the Bad with the Good ». *Sex Roles*, vol. 30, p. 521-541.

Turner, J. R., et Marino, F. 1994. « Social Support and Social Structure ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, p. 193-212.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., et Kiecolt-Glaser, J. K. 1996. « The Relationship between Social Support and Physiological Processes ». *Psychological Bulletin*, vol. 119, p. 488-531.

Ullman, S. E., et Filipas, H. H. 2001. « Predictors of PTSD Symptom Severity and Social Reactions in Sexual Assault Victims ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, p. 369-389.

Veit, C. T., et Ware, J. E. 1983. « The Structure of Psychological Distress and Well-being in General Populations ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, p. 730-742.

Vollrath, M., et Angst, J. 1993. « Coping and Illness Behavior among Young Adults with Panic ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 181, p. 303-308.

Wethington, E., et Kessler, R. C. 1986. « Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, p. 78-89.

Wethington, E., McLeod, J. D., et Kessler, R. C. 1987. « The Importance of Life Events for Explaining the Gender Difference in Psychological Distress ». In *Gender and Stress*, R. C. Barnett, L. Biener, et G. K. Baruch (Ed.), p. 144-156. New York : Plenum.

Williams, A. W., Ware Jr., J. E., et Donald, C. A. 1981. « A Model of Mental Health, Life Events, and Social Support Applicable to General Populations ». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22, p. 324-336.

Wills, T. A. 1985. « Supportive Fonctions of Interpersonal Relationships ». In *Social Support and Health*, S. Cohen et S. L. Syme (Ed.), p. 61-82. New York: Academic.

Wills, T. A., et Fegan, M. F. 2001. « Social Networks and Social Support ». In *Handbook of Health Psychology*, A. Baum, T. A. Revenson et J. E. Singer (Ed.), p. 209-234. Mahwah (NJ) : Lawrence Erlbaum.

Wills, T. A., et Shinar, O. 2000. « Measuring Perceived and Received Social Support ». In *Social Support Measurement and Intervention : A Guide for Health and Social Scientists*, S. Cohen, L. G. Underwood et B. H. Gottlieb (Ed.), p. 86-135. New York : Oxford University Press.

Wortman, C., et Lehman, D. 1985. « Reactions to Victims of Life Crises : Support Attempts that Fail ». In *Social Support : Theory, Research and Applications*, I. G. Sarason et B. R. Sarason (Ed.), p. 463-489. Dordrecht (the Netherlands) : Martinus Nijhoff.

Zoellner, L. A., Foa, E. B., et Bartholomew, D. B. 1999. « Interpersonal Friction and PTSD in Female Victims of Sexual and Nonsexual Assault ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, p. 689-700.